

Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat

Trabajo final de Grado

Curso académico 2024-2025

VIOLENCIA Y SALUD MENTAL: ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Celia Ochoa Heras y Emma Pedrosa Fernandez

Tutor: Dr. Javier Montes Hidalgo

Sant Cugat del Valles, mayo 2025

ESCOLES UNIVERSITÀRIES GIMBERNAT

GRAU D´INFERMERIA

PRESENTACIÓ TREBALL FINAL DE GRAU

Nom i Cognoms autor/a: Celia Ochoa Heras i Emma Pedrosa Fernandez

Títol treball: Violencia y salud mental: Análisis de factores asociados en pacientes con trastornos mentales graves.

Autoritzo a que aquest sigui presentat el proper mes de : Juny

Nom i cognoms tutor/a: Fco Javier Montes Hidalgo

Signat digitalment per Dr. Fco Javier Montes Hidalgo. Tutor del TFG. EUI Gimbernat
Data: 2025.05.16 15:36:08 +02'00'

Sant Cugat del Vallès, a 23 de maig de 2025

"No hay un comportamiento más humano que
tratar de aliviar el dolor emocional,
incluso si es a través de medios destructivos.
La clave está en cómo podemos ayudar a las personas
a encontrar otras maneras de aliviar ese dolor"

- Aaron Beck -

ABREVIATURAS

- **BIS:** Escala de Impulsividad de Barratt.
- **CEV:** Cuestionario de Exposición a la Violencia
- **EAI:** Experiencias Adversas en la Infancia.
- **EPA-UNEPSA:** Asociación Europea de Pediatría, unión de sociedades y Asociaciones Pediátricas Nacionales Europeas.
- **GADS:** Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.
- **HCR-20 V3**: Historical, Clinical, Risk Management-20, versión 3
- **ICSO:** Individuos condenados por delitos sexuales.
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística.
- **ISBD:** Sociedad Internacional de Trastorno bipolar.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **PAIEM:** Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales.
- **PA:** Programa Soporte a la Primaria.
- **TDAH:** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- **TDM:** Trastorno depresivo mayor.
- **TLP:** Trastorno límite de la personalidad.
- **TP:** Trastornos de Personalidad.
- **TPA:** Trastorno de la Personalidad Antisocial.
- **TEPT:** Trastorno por estrés postraumático.
- **TB:** Trastorno Bipolar.
- **TMG:** Trastornos Mentales Graves.
- **TOC:** Trastorno obsesivo-compulsivo.
- **TRD:** Triple Riesgo Delictivo.
- **UHPP:** Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria.

ÍNDICE

PRESENTACIÓ TREBALL FINAL DE GRAU 2
Autoritzo a que aquest sigui presentat el proper mes de : Juny 2
ÍNDICE 5
1. RESUMEN/ABSTRACT 7
1.1 RESUMEN 7
2. INTRODUCCIÓN 9
2.1 JUSTIFICACIÓN 9
2.2 MARCO TEÓRICO 12
Conceptos clave 12
Violencia y salud mental 15
Victimización 16
Trastornos mentales y prisión 18
Suicidio y enfermedad mental 20
Psicosis y violencia 22
Esquizofrenia y violencia 23
Trastorno bipolar y violencia 24
Trastorno de personalidad y violencia 25
Familia y trastornos mentales 27
Perspectiva de género 29
Casos reales 30
Papel de la enfermería 32
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS 35
3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 35
3.2 HIPÓTESIS 35
4. OBJETIVOS 36
4.1 OBJETIVO GENERAL 36
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 36
5. MATERIAL Y MÉTODOS 38
5.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO PROPUESTO 38
5.2 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN A LA CUAL SE DIRIGE EL ESTUDIO 39
Tamaño de la muestra 40
5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN 42
5.4 VARIABLES 43
Variable dependiente 43

Variables independientes 43
5.5 INSTRUMENTOS DE MEDIDA NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO 45
5.5.1 Evaluación del Riesgo de Violencia 45
5.5.2 Medición de Agresividad y Conducta Violenta 47
5.5.3 Factores de Riesgo y Variables Asociadas 49
5.5.3 Medición de la Exposición Previa a la Violencia 50
5.6 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS 51
5.7 CRONOGRAMA 55
5.8 ANÁLISIS DE LOS DATOS 56
5.9 ASPECTOS ÉTICOS 57
5.10 LIMITACIONES 59
6. APLICABILIDAD PARA LA PRÁCTICA Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN 61
7. AGRADECIMIENTOS 63
7. BIBLIOGRAFÍA 64
8. ANEXOS 78
ANEXO 1: PREVALENCIA TRASTORNOS ANSIEDAD 78
ANEXO 2: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN 78
ANEXO 3: PREVALENCIA DE PSICOSIS AFECTIVA 79
ANEXO 4: PREVALENCIA DE ESQUIZOFRENIA 79
ANEXO 5: ESCALA PRISS 80
ANEXO 6: ESCALA HCR-20 V3 89
ANEXO 7: ESCALA DE AGRESIÓN DE BUSS Y PERRY (AQ) 90
ANEXO 8: ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT (BIS-11) 91
ANEXO 9: CUESTIONARIO DE EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA (CEV) 92
ANEXO 10: SOLICITUD DE PERMISO A LA GERENCIA/DIRECCIÓN DEL HOSPITAL BENITO MENNI 93
ANEXO 11: SOLICITUD COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL BENITO MENNI 94
ANEXO 12: CONSENTIMIENTO INFORMADO A TUTORES LEGALES 95
ANEXO 13: CONSENTIMIENTO INFORMADO A PARTICIPANTES MAYORES DE EDAD 97

1. RESUMEN/ABSTRACT

1.1 RESUMEN

Los trastornos mentales graves (TMG) y la violencia son fenómenos complejos con importantes repercusiones sociales, sanitarias y éticas. Aunque persiste el estigma que vincula la enfermedad mental con conductas violentas, la evidencia científica demuestra que esta asociación no es directa ni universal. De hecho, las personas con TMG presentan una mayor vulnerabilidad a la victimización que a la perpetración de violencia. No obstante, factores como la falta de adherencia al tratamiento, el consumo de sustancias, el entorno sociofamiliar y experiencias traumáticas previas pueden incrementar el riesgo de conductas agresivas.

Este trabajo de fin de grado tiene como objetivo analizar la relación entre los TMG y la violencia en pacientes atendidos en el Centro Hospitalario Benito Menni de Sant Boi de Llobregat, a través de un estudio cuantitativo y transversal. Se utilizarán escalas validadas y análisis estadísticos para identificar posibles asociaciones entre variables clínicas, sociodemográficas, antecedentes de victimización y conducta violenta.

Desde una perspectiva enfermera, el estudio apuesta por una atención integral, humanizada y basada en la evidencia, visibilizando la realidad de este colectivo y contribuyendo a la reducción del estigma. Asimismo, busca fomentar estrategias preventivas e intervenciones adaptadas, reconociendo el papel clave de la enfermería en la detección precoz, la promoción de la salud mental, la adherencia terapéutica y la inclusión social de estas personas.

La investigación pretende contribuir a una mejor comprensión de esta compleja relación, promoviendo una reflexión crítica y ética sobre cómo abordar la violencia desde el respeto a los derechos y la dignidad de las personas afectadas.

Palabras clave: Trastornos mentales graves, violencia, salud mental, enfermería, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, agresividad, victimización, adherencia terapéutica, atención psiquiátrica.

1.2 ABSTRACT

Severe mental disorders (SMDs) and violence are complex phenomena with significant social, healthcare, and ethical implications. Although stigma persists linking mental illness to violent behavior, scientific evidence shows that this association is neither direct nor universal. In fact, individuals with SMDs are more vulnerable to becoming victims rather than perpetrators of violence. However, factors such as non-adherence to treatment, substance use, family and social environment, and traumatic experiences can increase the risk of aggressive behavior.

This final degree project aims to analyze the relationship between SMDs and violence in patients treated at the Benito Menni Hospital Center in Sant Boi de Llobregat through a quantitative and cross-sectional study. Validated scales and statistical analyses will be used to identify potential associations between clinical, sociodemographic variables, victimization history, and violent behavior.

From a nursing perspective, the study advocates for comprehensive, humanized, and evidence-based care, highlighting the reality of this population and helping to reduce stigma. It also seeks to promote preventive strategies and tailored interventions, acknowledging the key role of nurses in early detection, mental health promotion, treatment adherence, and social inclusion of these individuals.

The research aims to contribute to a better understanding of this complex relationship, encouraging critical and ethical reflection on how to address violence with respect for the rights and dignity of affected individuals.

Keywords: Severe mental disorders, violence, mental health, nursing, schizophrenia, bipolar disorder, personality disorder, aggression, victimization, treatment adherence, psychiatric care.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 JUSTIFICACIÓN

En mayo de 2021 se publicaba una noticia en la sección de sucesos del diario ABC que llevaba como título: “Mató a su madre a golpes por creerla «una bruja», padecía esquizofrenia”. El protagonista era David B.J., un hombre de 54 años que fue diagnosticado de esquizofrenia paranoide con 30 años de edad. No se trata de una persona violenta y, gracias a la medicación, la enfermedad estaba bajo control. Semanas previas al hecho, el acusado se había negado a tomar la medicación, por lo que, según los psiquiatras especialistas, sufrió un brote psicótico grave. Esto le llevó a empujar a su madre por las escaleras, agarrarla por el cabello y golpearla en varias ocasiones en el cuerpo y la cabeza hasta matarla. El acusado no fue consciente de lo ocurrido hasta un mes después (1).

Este trabajo de final de grado tiene como objetivo investigar la relación entre la salud mental y la violencia, un tema complejo y ampliamente debatido que involucra factores psicológicos, sociales y legales. La violencia y los trastornos mentales conllevan un estigma social significativo, lo que dificulta la integración y recuperación de los individuos afectados. Esta marginación puede impactar negativamente en la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y conductas violentas, lo que hace aún más necesario analizar la relación entre estos dos fenómenos (2).

A través de una metodología cuantitativa y un enfoque multidisciplinario, el proyecto pretende examinar cómo los trastornos mentales pueden influir en la conducta violenta, y cómo la exposición a la violencia puede influir en los trastornos mentales. Se busca abordar tanto la prevención como el tratamiento de aquellos individuos, con el fin de promover su bienestar.

La visibilidad de esta relación es clave para desarrollar estrategias de intervención más humanas y eficaces (3). Este enfoque permitirá contribuir a una mayor comprensión de las personas afectadas, favoreciendo su rehabilitación, respetando su dignidad y promoviendo su plena integración en la sociedad. La investigación también debe sensibilizar a la sociedad sobre la importancia de ofrecer respuestas profesionales

adecuadas tanto en la sanidad como en los contextos sociales y familiares de estas personas (4). Por lo que la finalidad de este estudio, desde una perspectiva sanitaria, es visibilizar y analizar, a través de la evidencia científica, la relación entre la salud mental y la violencia.

La salud mental es un tema de relevancia global, con una prevalencia del 27,4% de TMG en la población general, según datos del Ministerio de Sanidad de España en el año 2020. Las mujeres presentan una prevalencia mayor 30,2% en comparación con los hombres 24,4%, una diferencia que se acentúa a partir de los 20 años. Los trastornos más comunes incluyen ansiedad 6,7%, depresión 4,1%, trastornos del sueño 5,4%, y trastornos de personalidad 0,67%. Además, se reporta una prevalencia significativa de psicosis 1,2%, siendo la esquizofrenia la más notable, afectando al 0,37% de la población. Estos problemas son más frecuentes en áreas urbanas de más de 100.000 habitantes y en personas desempleadas (5).

El trastorno de ansiedad es el problema de salud mental más común, según datos clínicos de Atención Primaria-BDCAP recogido en el año 2020, afirman que afecta al 88,4% de las mujeres y al 45,2% de los hombres. Los casos nuevos anuales son más frecuentes en mujeres 19,9% frente a 10,4% en hombres. Además, el trastorno de ansiedad muestra un marcado gradiente social, siendo más común en personas con menor renta, especialmente en mujeres (5) (Ver anexo 1).

La depresión es un trastorno afectivo del estado de ánimo que incluye síntomas físicos y psicológicos. Afecta significativamente a la población, siendo casi tres veces más frecuente en mujeres 58,5% que en hombres 23,3%. La prevalencia aumenta con la edad, aunque disminuye ligeramente en los últimos años de vida. A pesar de una reducción en la incidencia desde 2015, en 2017 se observó un incremento preocupante. Al igual que el trastorno de ansiedad, la depresión está asociada a niveles más bajos de ingresos, lo que subraya la necesidad de enfoques preventivos y terapéuticos centrados en las comunidades más vulnerables (5) (Ver anexo 2).

La psicosis incluye el trastorno bipolar y otros trastornos relacionados con alteraciones del estado de ánimo. La más frecuente es la psicosis afectiva, con una prevalencia de 7,2% siendo un 9,6% en mujeres y 4,8% en hombres. En las mujeres, la prevalencia

aumenta con la edad hasta los 84 años, mientras que en los hombres se estabiliza a partir de los 60 años. Se observa una disminución de los casos nuevos, con un descenso de 1,9 en 2013 a 1,1 en 2017, y un gradiente social, siendo más prevalente en personas con menor nivel de renta (5) (Ver anexo 3).

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta aproximadamente a 24 millones de personas en el mundo, lo que equivale al 0,32 % de la población global. Este trastorno, que generalmente se manifiesta al final de la adolescencia o en los primeros años de la adultez, es más frecuente en hombres 4,5% que en mujeres 2,9%, con una mayor diferencia entre los 20 y 49 años. La prevalencia se iguala a partir de los 65 años, donde se observa un leve incremento en las mujeres. Existe un marcado gradiente social, especialmente en personas con rentas muy bajas, donde la prevalencia es más alta en los hombres (6) (Ver anexo 4).

Desde el ámbito social, investigar la relación entre salud mental y violencia puede fomentar la sensibilización y aceptación de estas condiciones, contribuyendo a la construcción de una sociedad más equitativa e inclusiva. En este sentido, es fundamental recordar lo establecido en la Ley 15/2022, de 12 de julio, que reconoce el derecho a la igualdad de trato y no discriminación por razón de enfermedad o condición de salud (7). Además, el fenómeno de la violencia afecta profundamente la cohesión social, la percepción de seguridad y la convivencia (5).

Desde un enfoque científico, el estudio de este campo permite, a través de la evidencia, el desarrollo de nuevas estrategias de intervención para las personas con trastornos mentales. Es crucial que el sistema de salud y el sistema de justicia trabajen de manera conjunta para valorar las necesidades individuales de este colectivo, no sólo abordando la patología, sino también considerando la situación social, familiar y el riesgo violento de cada persona (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsa la transformación de los servicios de salud mental hacia un modelo comunitario y basado en derechos, mediante iniciativas como el programa *mhGAP* y el proyecto *QualityRights*. Estas estrategias tienen como objetivo garantizar el acceso a una atención asequible, inclusiva y centrada en la persona, priorizando los derechos humanos y la integración social (5).

En este contexto, la enfermería desempeña una función esencial en la atención integral y humanizada de las personas con trastornos mentales. La intervención de los profesionales de la salud es crucial para respetar la dignidad de estos individuos, promoviendo su rehabilitación y facilitando su integración social (8). Un análisis detallado de cómo los trastornos mentales interactúan con la violencia ayudará a mejorar las respuestas profesionales y a diseñar estrategias más eficaces para tratar tanto la patología como los factores sociales y familiares asociados.

Este estudio se lleva a cabo desde una visión enfermera, utilizando un enfoque holístico y ético, libre de prejuicios, contribuyendo al avance de la enfermería basada en la evidencia científica. Con el objetivo de dar visibilidad a las personas con trastornos mentales, quienes a menudo enfrentan estigmatización, favoreciendo una mejor comprensión y una integración social más plena y equitativa.

2.2 MARCO TEÓRICO

Conceptos clave

A lo largo del tiempo, el concepto de salud mental ha evolucionado desde interpretaciones mágicas y sobrenaturales hacia un enfoque basado en la evidencia científica. Pese a estos avances, las personas con trastornos mentales siguen enfrentándose a un doble estigma: el personal y el social, de los cuales surgen prejuicios y discriminación. Este estigma, junto con las creencias estereotipadas, contribuye a la exclusión de este colectivo, afectando negativamente su integración en la sociedad (9).

La salud mental, definida por la (OMS), es un estado de bienestar que permite a las personas gestionar situaciones de estrés, aprender, trabajar y contribuir a la comunidad, es un pilar esencial para el bienestar general. Influye directamente en nuestra capacidad para tomar decisiones y construir relaciones, y se reconoce como un derecho humano básico y un componente esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (10). Por otro lado, la enfermedad mental hace referencia a un conjunto de trastornos que afectan el pensamiento, las emociones, el comportamiento y el bienestar psicológico de una persona, lo cual afecta la capacidad para funcionar en la vida diaria (11).

Para distinguir entre la gravedad y las causas orgánicas de los diferentes trastornos mentales, se diferencian los trastornos "psicóticos" de los "neuróticos". En términos generales, los psicóticos describen un estado en el que el individuo pierde el contacto con la realidad, mientras que los neuróticos se caracterizan por malestar y ansiedad, pero manteniendo dicho contacto. Según lo planteado por Sigmund Freud, fundador del psicoanálisis, en su forma extrema, todos somos "buenos neuróticos", mientras que los casos de psicosis son menos frecuentes (12).

Los ejemplos más comunes de psicosis incluyen la esquizofrenia, varios trastornos neurológicos y cerebrales (como las demencias), y las formas extremas de la depresión (como la psicosis maniaco-depresiva). En cuanto a las neurosis, las más representativas son las fobias, la histeria, los TOC, la hipocondría y, en general, aquellos que generan un alto nivel de ansiedad sin provocar una desconexión con la realidad. Existen más tipos de trastornos mentales, pero, a continuación, explicamos los más comunes (12):

- **Esquizofrenia:** Enfermedad mental grave caracterizada por una distorsión del pensamiento con alucinaciones y pérdida de contacto con la realidad. Poseen ideas delirantes, con alteración de la percepción, autismo entendido como aislamiento y se pueden sentir controlados por fuerzas extrañas.

- **Trastornos de la afectividad:** Siendo el más común la depresión, predomina una alteración del estado de ánimo, como tristeza, sentimiento de culpa, inutilidad personal, etc. Por el contrario, la manía, se caracteriza por un ánimo exaltado, megalomaníaco e irritable, que se suele alternar con el estado depresivo.

- **Trastornos paranoides:** Su síntoma principal son las ideas delirantes, y las más típicas son las de persecución, las de grandeza y las celotípicas. La personalidad paranoide es rígida, defensiva, egocéntrica y desconfiada, por lo que tienden a aislarse.

- **Trastornos de ansiedad:** La ansiedad predomina en dos casos: los desórdenes que suponen pánico ante situaciones concretas y los trastornos ansiosos generalizados. En las fobias y los trastornos obsesivos-compulsivos (TOC), el pánico aparece cuando la persona intenta controlar síntomas, como el miedo

desmedido, en una situación que altera su vida cotidiana. Por otro lado, las obsesiones consisten en pensamientos, imágenes o ideas repetitivas y sin sentido que el individuo se ve sometido a ellos.

- **Otros trastornos neuróticos:** Como la histeria y la hipocondría. Se pueden resumir en la aparición de síntomas físicos sin que ocurran causas físicas aparentes. También tenemos los trastornos disociativos, los cuales provocan una desconexión entre los pensamientos, la identidad, la conciencia y la memoria; escapan involuntariamente de la realidad.
- **Trastornos de la personalidad:** Enfermedad en la que los rasgos de la personalidad son inadaptados, por lo que causan problemas sociales, laborales y con uno mismo. Destaca la personalidad paranoide, entre otras, la cual se caracteriza por la suspicacia y la desconfianza. Dentro de ella, tenemos la esquizoide, en la que se pierde capacidad de amar o establecer relaciones personales, y la esquizotípica, donde el pensamiento, el habla y el comportamiento se definen como extraños.

En relación a la violencia, también existen varios tipos, los cuales se pueden clasificar siguiendo la taxonomía creada por José Sanamartín, militar y político argentino. Los 4 tipos de violencia principales se basan según el tipo de daño causado (13):

1. **Violencia física:** Según la Ley Contra la Violencia Intrafamiliar, consiste en aquellas “acciones, comportamientos u omisiones que amenazan o lesionan la integridad física".
2. **Violencia psicológica y emocional:** Siguiendo la misma Ley, “cualquier acción u omisión directa o indirecta cuyo propósito sea controlar o degradar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas por medio de intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier conducta u omisión que produzcan un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación, el desarrollo integral y las posibilidades personales”.

3. **Violencia sexual:** Según la OMS, “todo acto sexual, tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, así como las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos en el hogar y en el lugar de trabajo”.
4. **Violencia económica o patrimonial:** Esta se define como “el control, limitación, daño o privación de recursos económicos, bienes o derechos patrimoniales de una persona, con el objetivo de mantener poder, dominación o dependencia sobre ella”.

Además de estos, también tenemos la violencia según el tipo de víctima, donde encontramos la violencia contra la mujer, contra los niños y niñas, contra las personas mayores, violencia de género, violencia debido a la orientación sexual y contra personas con discapacidad. Y la violencia según el ámbito donde ocurre, en la que conocemos la violencia doméstica o intrafamiliar, en las comunidades, en las calles y en los espacios públicos, en la escuela, en el trabajo y a través de los medios de comunicación y el ciberespacio (13).

Violencia y salud mental

La relación entre la salud mental y la violencia es un vínculo complejo y no causal. Históricamente, cuando individuos con enfermedades mentales se enfrentaban a la justicia, los médicos se centraban en la recuperación de la salud mental (p. ej., rehabilitación psiquiátrica), excluyendo el tratamiento dirigido a la actitud criminal. Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que el riesgo criminógeno, compuesto por factores como la personalidad antisocial y el consumo de estupefacientes, tiene un impacto significativamente mayor en la delincuencia que cualquier patología de salud mental (14).

Por lo tanto, no existe evidencia que sugiera que la salud mental sea un factor determinante del comportamiento violento. A pesar de ello, es importante señalar que algunas interacciones, como el empeoramiento de los síntomas psiquiátricos, pueden influir en el aumento de factores criminógenos, tales como la impulsividad, lo que

subraya la necesidad de abordar no sólo la patología mental, sino también las dinámicas antisociales que contribuyen al comportamiento delictivo (14).

El modelo de Triple Riesgo Delictivo (TRD), desarrollado por el psicólogo y criminólogo Santiago Redondo, aporta un marco útil para entender las dinámicas criminógenas. Este modelo identifica tres fuentes principales de riesgo: características personales, carencias sociales y exposición a oportunidades delictivas. Según Redondo, la salud mental se clasifica como un factor de riesgo adicional, no como la causa principal de las conductas violentas (15).

Asimismo, la criminalidad y el estigma social hacia las personas con trastornos mentales comparten una relación fundamental en cuanto a cómo la sociedad percibe y responde a conductas consideradas desviadas o peligrosas. Mientras que la criminalidad se define como el conjunto de actos antisociales realizados contra la sociedad y, desde una perspectiva jurídica, comprende todas aquellas infracciones que afectan al orden público (16); el estigma social hacia las personas con enfermedades mentales refleja una violación de normas sociales, lo que a menudo genera distanciamiento y discriminación. Este estigma está alimentado por creencias estereotipadas y la etiquetación social de estas personas como una "amenaza" (17).

Es importante destacar que la violencia es una conducta humana no adaptativa, mientras que la agresividad tiene un propósito biológico y adaptativo. El estigma social aumenta cuando los medios destacan conductas violentas en personas con enfermedades mentales, perpetuando la discriminación (18).

Victimización

Lo cierto es que las personas con trastornos mentales son más propensas a ser víctimas de violencia que a ser perpetradores. Los adultos con enfermedades mentales graves presentan una probabilidad 11 veces mayor de sufrir victimización por violencia en comparación con la población general, incluso tras ajustar las variables demográficas. En niños y adolescentes, la salud mental deteriorada también aumenta el riesgo de ser víctimas de violencia, como lo demuestran estudios que asocian problemas de salud mental con mayor vulnerabilidad a agresiones y abuso (19).

Las mujeres que sufren trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia, trastorno bipolar o de personalidad, también son más propensas a sufrir maltrato doméstico o abuso sexual, se trata de un grupo vulnerable por su patología (18).

Además, la exposición a la violencia, ya sea directa (por ejemplo, abuso infantil o agresión en relaciones adolescentes) o indirecta (presenciar violencia), genera efectos adversos significativos en la salud mental, especialmente en los jóvenes. Estas experiencias suelen derivar en trastornos emocionales y psicológicos que perduran con el tiempo (19).

Los trastornos mentales representan el 16% de la carga global de morbilidad en adolescentes. Un estudio revisa cómo la violencia comunitaria contribuye al desarrollo de síntomas de salud mental en esta población, diferenciando entre ser testigo y víctima de violencia. Se realizó una revisión sistemática de estudios observacionales con adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, analizando la exposición a violencia comunitaria y su asociación con la internalización de síntomas de salud mental (20).

Las obras encontradas demuestran que la violencia comunitaria se asocia positivamente con el desarrollo de trastornos de salud mental (como ansiedad y depresión) en adolescentes. Ser víctima tiene un impacto más severo que ser testigo. Aunque edad y raza no fueron factores determinantes, el sexo masculino y el apoyo familiar aparecieron como posibles factores protectores. Las niñas fueron más sensibles a los efectos de exposición, lo que demuestra que el género es un posible moderador en esta relación (20).

A pesar del impacto profundo de la violencia en la salud mental, muchos niños y adolescentes enfrentan barreras importantes para acceder a los servicios necesarios. Estudios indican que solo la mitad de los adolescentes que experimentaron victimización personal accedieron a servicios de salud mental en el año posterior al trauma. Esto se agrava en niños con altas puntuaciones de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI), conjunto de acontecimientos y circunstancias potencialmente estresantes y traumáticas antes de los 18 años (21), ya que menos del 50% de ellos recibieron atención adecuada.

En referencia a las EAI, se estima que el 15% de los niños en países desarrollados presenta algún tipo de trastorno mental debido a la vivencia de estas experiencias traumáticas. Estos impactos pueden ser más graves si los eventos ocurren durante etapas sensibles del desarrollo infantil. Además, la pandemia de COVID-19 incrementó este problema debido al aumento de la violencia familiar, lo que ha sido documentado en varios estudios (22).

Debido a este aumento de exposición a la violencia durante la infancia, la Asociación Europea de Pediatría, unión de sociedades y Asociaciones Pediátricas Nacionales Europeas (EPA-UNEPSA), destaca la necesidad de un enfoque interdisciplinario para enfrentar esta problemática. Subraya la importancia de la colaboración entre pediatras, educadores, psicólogos y trabajadores sociales para reducir el impacto de la violencia en el desarrollo infantil. Además, buscan promover iniciativas educativas que aumenten el conocimiento de los trastornos mentales relacionados con la violencia y brinden herramientas para limitar su efecto en el bienestar físico, emocional e intelectual de los niños (22).

Desde este enfoque, la relación entre salud mental y violencia es compleja y bidireccional: las condiciones de salud mental aumentan el riesgo de victimización, y la victimización, a su vez, intensifica los problemas de salud mental. Estos vínculos subrayan la necesidad de intervenciones tempranas y de mejorar el acceso a servicios de salud mental para mitigar los efectos perjudiciales en poblaciones vulnerables (19).

El problema es que existen pocos estudios que indaguen en el riesgo de victimización en personas con trastornos mentales. Esto se debe, entre otras causas, a que las personas con enfermedad mental suelen infravalorar sus experiencias como víctimas y no lo comparten con el resto o, también, pueden no ser creídos cuando informan sobre ello (18).

Trastornos mentales y prisión

Por el contrario, esta relación también se ve reflejada en que existe un riesgo elevado de violencia en personas con trastornos mentales graves (TMG), como trastornos psicóticos o del estado de ánimo, especialmente cuando los síntomas no están tratados

o existe consumo de sustancias. Aunque hay un riesgo modesto de violencia en general, este aumenta en ciertas condiciones, como durante el inicio de los síntomas psicóticos (23). Excluyendo el trastorno por uso de sustancias, los trastornos psicóticos son los más comúnmente diagnosticados entre los individuos delictivos (24).

La prevalencia de trastornos mentales en prisiones es significativamente mayor que en la población general, aunque se desconoce en qué medida la prisión influye en la incidencia de enfermedades mentales. Investigaciones revelan que los reclusos tienen altas tasas de trastornos psiquiátricos, como trastornos de personalidad (65% en varones y 42% en mujeres), psicosis (3,7% en varones y 4% en mujeres), y depresión mayor (10% en varones y 12% en mujeres). Además, el consumo de sustancias y la impulsividad asociados a trastornos de personalidad aumentan el riesgo de violencia en las prisiones (18).

Asimismo, se ha demostrado que, en particular, aquellos individuos con patología dual, tienen una mayor probabilidad de reincidir en el sistema penal en comparación con quienes no padecen estas condiciones. Estas personas tienen hasta 1.5 veces más probabilidades de residir en un centro penitenciario que de recibir un tratamiento adecuado (25). Este fenómeno se observa claramente en unidades como la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria (UHPP) del centro penitenciario Can Brians, en Cataluña, donde se atiende a personas con trastornos mentales que requieren atención especializada en un entorno cerrado.

En este contexto, a partir de una revisión sistemática en 15 bases de datos diferentes, un estudio estimó la prevalencia de TMG comórbidas y trastornos por uso de sustancias (patología dual) entre las personas en prisión en todo el mundo. Encontraron que el 3,5% presentaba psicosis no afectiva con algún trastorno por consumo de sustancias comórbido, lo que representa 443 (49,2%) de 900 personas, y el 9,1% tenía depresión mayor y trastornos comórbidos por consumo de sustancias, lo que representa 1105 (51,6%) de 2143 personas. Por lo que, aproximadamente la mitad de la población carcelaria con psicosis no afectiva o depresión mayor tiene un trastorno por consumo de sustancias comórbido (26).

En España, la prevalencia de TMG en reclusos alcanza el 84,4%, con los trastornos por consumo de sustancias como los más comunes. Las cárceles enfrentan dificultades para atender a estos internos, por lo que se necesita un enfoque de atención psiquiátrica especializada y programas como el "Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales" (PAIEM). Este se centra en diagnosticar, tratar y mejorar la calidad de vida de los internos con trastornos mentales a nivel español, destacando la importancia de la derivación a recursos sociosanitarios adecuados (18).

Si nos enfocamos específicamente en Cataluña, la atención ambulatoria en los centros penitenciarios sigue un modelo innovador de atención integral, con el objetivo de mejorar la salud mental de los internos. Esta población presenta una incidencia significativamente mayor de trastornos psicóticos, depresión severa y trastornos de personalidad antisocial en comparación con la población general. Para abordar esta situación, en 2017 se puso en marcha el Programa Soporte a la Primaria (PSP) Penitenciario, el cual promueve la cooperación entre la atención primaria y los servicios de salud mental, permitiendo un tratamiento multidisciplinario y eficaz. Este modelo prioriza la recuperación personal, brindando herramientas y habilidades clave para facilitar la reinserción social, incluso cuando persisten ciertos síntomas. Asimismo, se destaca la importancia de mantener la continuidad asistencial y fortalecer la autonomía de las personas (27).

Sin embargo, la falta de instalaciones psiquiátricas adecuadas en el sistema penitenciario, junto con la escasez de hospitales psiquiátricos penitenciarios, agrava la situación, ya que muchos reclusos con TMG permanecen en prisión sin el tratamiento adecuado (18).

Suicidio y enfermedad mental

El suicidio es una conducta universal y específica del individuo que ha estado presente a lo largo de la historia. Se considera un problema de salud pública a nivel mundial y es la segunda causa de muerte en personas de entre 15-29 años. Varios estudios, como los que explicamos a continuación, han relacionado el riesgo suicida con diferentes tipos de trastornos mentales (18).

Se realizó un estudio con población psiquiátrica en prisiones españolas, concretamente en el Psiquiátrico de Alicante. Recopilaron y estudiaron informes postmortem de dicho lugar, incluyendo 36 casos de muerte no natural y 28 de muerte natural. De las muertes violentas, 34 (94,4%) corresponden a suicidios; de estos, el 64,7% de los fallecidos tenían esquizofrenia y el 32,4% presentaba antecedentes de autolesiones. Haciendo referencia a dichas autolesiones, en el caso de las mujeres se asocian al trastorno límite de la personalidad (TLP), mientras que en los hombres están relacionadas al trastorno de la personalidad antisocial (TPA) (18).

Por su parte, Casares-López et al. analizaron la prevalencia de patología dual y el riesgo de suicidio en 143 internos (95,8% hombres) del centro penitenciario de Villabona, Asturias. Hallaron que el 35% presentaba patología dual, de los cuales, un 83,3% tenían comorbilidad con trastornos de ansiedad, un 79,2% con trastornos afectivos, y en un 0,8% con trastornos psicóticos (18).

En otro estudio realizado con 200 pacientes con trastornos psiquiátricos, se analizó a 65 personas con trastorno de personalidad limítrofe, 72 con depresión y 63 con esquizofrenia. Los resultados mostraron que el trastorno de personalidad limítrofe presentó la mayor proporción de intentos de suicidio (83,1 %), seguido por el TDM (43,1 %) y la esquizofrenia (20,6 %). Además, el 21,4 % de los pacientes con trastorno de personalidad limítrofe intentaron suicidarse entre 4 y 10 veces, una frecuencia significativamente superior en comparación con el grupo con esquizofrenia, donde solo el 4,8 % realizó hasta un máximo de 4 intentos (28).

Asimismo, la Sociedad Internacional de Trastorno bipolar (ISBD) informó que los estudios epidemiológicos afirman que entre el 23 y 26% de las personas con trastorno bipolar intentan suicidarse. Esto se observó en una revisión sistemática, donde la prevalencia de vida del intento suicida en personas bipolares solo era del 33,9%, y se asoció positivamente al género femenino, al trastorno bipolar I, con un 36.3% de los casos, y al trastorno bipolar II, con un 32.4% (28).

Según los hallazgos, aquellos pacientes que presentan un porcentaje más alto de intentos de suicidio son los que padecen TDM y trastornos bipolares. Aumentando el

riesgo de este comportamiento con alguna comorbilidad psiquiátrica, como el TLP o el consumo de estupefacientes (28).

Psicosis y violencia

Un factor de riesgo clave en la violencia asociada a pacientes con psicosis es la ausencia o el incumplimiento del tratamiento, una situación que afecta aproximadamente al 40% de los pacientes diagnosticados. Este incumplimiento terapéutico, junto con el consumo de sustancias psicoactivas (como alcohol, drogas recreativas o automedicación), incrementa significativamente la probabilidad de conductas violentas. Asimismo, la presencia de trastornos de personalidad, especialmente aquellos caracterizados por introversión o rasgos esquizoides, constituye un elemento predisponente relevante (18).

Por otro lado, la evolución de los trastornos psicóticos por brotes representa un contexto particularmente sensible. En estos casos, los episodios de inestabilidad emocional y los cambios de comportamiento, que suelen manifestarse de forma intermitente, pueden no ser reconocidos a tiempo. Entre los síntomas prodrómicos más comunes destacan el aislamiento social, la aparición de conductas extrañas y los conflictos interpersonales. Si bien, estas señales son frecuentemente subestimadas, constituyen indicadores tempranos que podrían preceder a comportamientos violentos si no se identifican y gestionan adecuadamente (18).

En consecuencia, desde una perspectiva preventiva, resulta esencial priorizar la adherencia al tratamiento y el monitoreo regular de los pacientes con psicosis, especialmente en aquellos con factores de riesgo adicionales como el consumo de sustancias o antecedentes familiares de TMG. Adicionalmente, la evaluación integral de los síntomas prodrómicos y los rasgos de personalidad asociados a la psicosis debe considerarse una estrategia central para la prevención de la violencia. La intervención temprana y multidisciplinaria, combinando enfoques farmacológicos, psicológicos y sociales, es fundamental para minimizar estos riesgos y mejorar el pronóstico a largo plazo de los pacientes (18).

A pesar de la disponibilidad de tratamientos efectivos, que incluyen medicamentos, terapia cognitivo-conductual, apoyo familiar y rehabilitación psicosocial, más de dos tercios de las personas con psicosis no reciben atención especializada. En este contexto, los modelos comunitarios de tratamiento han demostrado ser una alternativa más eficaz y respetuosa con los derechos humanos en comparación con la hospitalización psiquiátrica tradicional (6).

Estos modelos, que integran elementos como vivienda asistida, empleo con apoyo y la inclusión en la atención primaria de salud, tienen un impacto significativo en la calidad de vida de las personas con TMG. Al ofrecer un entorno de apoyo continuo y adaptado a las necesidades de los pacientes, estos enfoques permiten avanzar hacia la recuperación y fomentar una participación activa en la sociedad, respetando su autonomía y dignidad (6).

Esquizofrenia y violencia

En la sociedad existe una percepción errónea que asocia directamente la violencia con la enfermedad mental, especialmente con la esquizofrenia. El estigma y la discriminación hacia estos individuos son generalizados, afectando su acceso a educación, vivienda, empleo y atención sanitaria. Durante emergencias, estas personas enfrentan riesgos adicionales, como el abandono y la exclusión social (5).

Las políticas que refuerzan la hospitalización involuntaria de personas con esquizofrenia, basadas en la errónea percepción de que son inherentemente violentas, perpetúan el estigma social y limitan sus derechos. Estas creencias, alimentadas por estudios con fallas metodológicas y un enfoque descontextualizado, ignoran factores clave como la pobreza, el racismo estructural y la falta de tratamiento adecuado en etapas tempranas de la enfermedad (29).

Sin embargo, los pacientes con esta patología no son más violentos que la población general, es más, por el contrario, suelen ser víctimas de violencia. A pesar de la creencia común, no existe una conexión causal directa entre la esquizofrenia y los actos violentos. Si que es cierto que la combinación de factores como abandono del tratamiento,

consumo de sustancias, trastornos de personalidad y exclusión social, puede desencadenar conductas violentas (18).

La violencia en personas con esquizofrenia está relacionada principalmente con la presencia de síntomas psicóticos positivos, como ideas delirantes persecutorias y alucinaciones auditivas imperativas, que generan una percepción alterada de la realidad. Los actos violentos suelen ocurrir en el entorno familiar, lo que incrementa su impacto social. Se identifican dos tipos principales de violencia en estos pacientes: una asociada al abandono del tratamiento o al consumo de drogas, y otra relacionada con resistencias al tratamiento y trastornos de personalidad concomitantes (18).

Por lo tanto, estudios epidemiológicos sugieren que el porcentaje de violencia en pacientes con esquizofrenia es mayor que en la población general, pero depende de factores como la psicopatía, antecedentes de abuso en la infancia y comorbilidades. Como ya hemos mencionado, la falta de adherencia al tratamiento y el consumo de sustancias son predictores clave, al igual que ciertos rasgos de personalidad y contextos sociales adversos. Además, los síntomas iniciales de la enfermedad, muchas veces ignorados, pueden llevar al debut de la esquizofrenia mediante actos violentos (18).

No obstante, este riesgo no es uniforme. Un estudio que recoge los datos de MacArthur destaca que solo el 17% de los pacientes con esquizofrenia son violentos al ser dados de alta, aunque esta proporción aumenta al 32% cuando el consumo de drogas se combina con el trastorno psicótico (30).

Trastorno bipolar y violencia

El trastorno bipolar es una condición crónica caracterizada por fluctuaciones extremas en el estado de ánimo, alternando entre episodios depresivos de intensa tristeza y pérdida de energía, y episodios maníacos de euforia y elevada autoestima. Si bien algunos pacientes pueden volverse irritables durante la fase maníaca, esto no implica necesariamente comportamientos agresivos. La violencia en estos pacientes es poco frecuente y, en muchos casos, exagerada por el estigma social. Aunque la fase maníaca puede implicar irritabilidad y agitación, estos síntomas no se traducen necesariamente en conductas violentas.

Un estudio del Hospital de Investigación San Raffaele, en Milán, que siguió a 151 pacientes durante un año, reveló que solo el 1% presentó agresión física, mientras que la mayoría de los episodios involucraban violencia verbal o contra objetos. Además, los comportamientos agresivos disminuyeron drásticamente durante los periodos de estabilidad, equiparándose a los de la población general (31).

Sin embargo, el abuso de alcohol y drogas aparece como un factor de riesgo clave para la agresión en personas con trastorno bipolar, más que la propia enfermedad. Estas sustancias pueden aumentar los episodios de violencia física y verbal, a pesar de reducir la irritabilidad. Los investigadores subrayan la importancia de diferenciar entre síntomas propios del trastorno y conductas violentas inducidas por factores externos. Por lo que cabe destacar que, el estigma que asocia bipolaridad con peligrosidad social, es erróneo y debe combatirse, ya que la mayoría de los pacientes no representan una amenaza (31).

En 2023, se realizó un estudio que analizó la relación entre el trastorno bipolar (TB) y la violencia, destacando el impacto del trauma infantil como un factor de riesgo significativo. Se encontró una correlación positiva entre la historia de trauma en la infancia y la agresión en pacientes con TB, especialmente en los casos de abuso emocional y sexual. La agresión no solo se manifiesta como violencia física o verbal, sino también a través de ira y hostilidad, lo que subraya la complejidad del comportamiento violento en estos pacientes. Sin embargo, el nivel de violencia en la muestra estudiada fue bajo, debido a que los pacientes estaban bajo tratamiento psiquiátrico regular, además de factores socioculturales como la educación y el entorno en el que viven (32).

Otro hallazgo relevante fue la relación inversa entre la edad y la violencia, ya que los pacientes más jóvenes mostraron una mayor tendencia a la agresión. Esto sugiere que con la edad se adquieren mejores estrategias para manejar emociones negativas (32).

Trastorno de personalidad y violencia

Los Trastornos de Personalidad (TP) son patrones de rasgos persistentes, inflexibles y estables en el tiempo, que comienzan en la adolescencia o adultez temprana y generan un deterioro significativo en el funcionamiento. Para su diagnóstico, estos rasgos deben ser invasivos y afectar varios ámbitos de la vida de manera estable, no solo como

respuesta a un estímulo específico (33). Según Phares, la personalidad se define como un conjunto estable de pensamientos, emociones y comportamientos que diferencian a los individuos y se mantiene a lo largo del tiempo (34).

Aunque sus causas son desconocidas, se cree que factores genéticos y ambientales influyen en su desarrollo. Se clasifican en varios tipos, como trastorno antisocial, límite, histriónico, narcisista, evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo, paranoide, esquizoide y esquizotípico. La evolución varía según el trastorno, con algunos mejorando con la madurez y otros requiriendo tratamiento prolongado. Las complicaciones pueden incluir problemas en las relaciones, dificultades laborales, abuso de sustancias y otros trastornos mentales (35).

La violencia en la sociedad actual es un fenómeno complejo y multifactorial, en el que influyen tanto el entorno como las características individuales de cada persona. En el caso de los trastornos de personalidad, su relación con la conducta violenta ha sido objeto de estudio, identificándose patrones específicos como la impulsividad, dificultades en la regulación emocional, narcisismo y amenazas al sentido del yo. Se ha evidenciado que el trastorno antisocial de la personalidad es uno de los más vinculados a comportamientos violentos, aunque otros elementos, como el consumo de sustancias y las condiciones ambientales, también desempeñan un papel relevante. Según un artículo publicado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, han revelado una gran diversidad en las características de personalidad de los agresores, especialmente en poblaciones penitenciarias, donde los trastornos de personalidad más comunes son el antisocial, el límite y el narcisista. En este sentido, los trastornos de personalidad se caracterizan por patrones persistentes e inflexibles que se apartan de las normas culturales, generando dificultades en la vida del individuo y de su entorno (36).

Las conductas violentas en individuos con trastornos de personalidad (PP) pueden estar motivadas por una compleja combinación de factores emocionales, sociales y psíquicos. La ira es identificada como un factor común en estos individuos, a menudo desencadenada por experiencias de desconfianza, exclusión y otros sentimientos

negativos. Además, muchos de estos individuos provienen de contextos de extrema pobreza psicosocial y han experimentado traumas y adversidades desde la infancia, lo que aumenta su vulnerabilidad a comportamientos violentos. La violencia dirigida a terceros, así como la violencia autolesiva, pueden cumplir diversas funciones, como la regulación afectiva, la búsqueda de poder o control, y la venganza, entre otras. Asimismo, la autolesión en estos individuos puede ser vista como un intento de comunicación de su angustia o un acto de autocastigo. En conjunto, estos factores subrayan la importancia de abordar los trastornos de personalidad desde una perspectiva integral, que no solo considere los síntomas clínicos, sino también el contexto social y emocional que favorece la aparición de conductas violentas (37).

Es importante ser conscientes de que estos actos pueden ser una forma de comunicación, en la que la persona expresa una necesidad o deseo, pero no sabe cómo hacerlo de manera adecuada. Los enfermeros debemos ir más allá del comportamiento visible y centrarnos en identificar la necesidad subyacente, ofreciendo apoyo emocional y colaborando con otros profesionales para desarrollar un plan de atención integral que favorezca el bienestar y la rehabilitación del paciente (36).

Familia y trastornos mentales

En España, la mayoría de las personas con problemas mentales crónicos vive con un familiar, según el Instituto Nacional de Estadística (INE). Este problema es la cuarta causa de cuidados informales, después de las enfermedades cerebrovasculares, las demencias y las enfermedades osteomusculares. Los familiares juegan un papel crucial en el cuidado, siendo los primeros en brindar asistencia, apoyo físico y emocional, y desempeñando un rol decisivo en la implementación del plan terapéutico, especialmente cuando la persona afectada no tiene la autonomía para hacerlo (38).

En este contexto, el sistema familiar, que abarca los patrones organizativos y las interacciones que rigen la vida familiar, influye directamente en la salud mental de sus miembros. Las creencias, valores y factores sociales, culturales, económicos y políticos determinan cómo se estructuran los roles y relaciones dentro de la familia. Este sistema puede tener un impacto tanto positivo como negativo, proporcionando seguridad y bienestar, pero también generando estrés, tensiones y contribuyendo a la aparición de

trastornos mentales. Por lo tanto, comprender las dinámicas familiares es esencial para abordar las relaciones humanas y sus impactos en la salud mental (39).

Por ello, la familia juega un papel fundamental en la aparición, desarrollo, tratamiento y pronóstico de trastornos mentales como la esquizofrenia y la depresión. Diversos estudios clínicos han demostrado que experiencias tempranas, como la muerte de un padre, el rechazo o los conflictos familiares, pueden alterar la salud mental de los miembros de la familia. Por tanto, la familia se convierte en un agente clave en el tratamiento de enfermedades mentales, y es necesario identificar a las familias vulnerables para brindarles el apoyo adecuado. Para una intervención efectiva, es crucial que los familiares desarrollen expectativas realistas sobre los trastornos y sus consecuencias (40).

Por otro lado, la psicopatología familiar se refiere a cómo las dinámicas familiares disfuncionales, tales como la comunicación inadecuada y las estructuras rígidas, pueden influir en la salud mental de los miembros. Factores como el rechazo, la sobreprotección, la permisividad excesiva y las expectativas poco realistas pueden contribuir al desarrollo de trastornos mentales. Los modelos de crianza disfuncionales, como los conflictos familiares y la falta de orientación emocional, tienen un impacto negativo en el desarrollo cognitivo y emocional de los niños, y pueden aumentar la probabilidad de problemas psicopatológicos en la adultez. Asimismo, cuando las familias rechazan normas sociales o adoptan conductas disfuncionales, pueden inculcar valores que favorezcan comportamientos deshonestos y la desconfianza (40).

Por lo que podemos afirmar que la familia tiene una influencia significativa en el inicio, progreso y tratamiento de los trastornos mentales. Las experiencias familiares tempranas y factores estresantes como el rechazo, los conflictos matrimoniales y la violencia pueden afectar la salud mental a lo largo de la vida. La intervención familiar es esencial en el tratamiento, ya que puede promover la independencia, el perdón y el apoyo mutuo, motivando a los pacientes a participar activamente en su recuperación (40).

Perspectiva de género

Desde una perspectiva de género, un estudio revela que el sexo y la edad de inicio de los trastornos mentales están asociados con diferentes niveles de violencia. Los hallazgos indican que los hombres cometen más actos violentos y, que una edad de inicio temprana de los trastornos se vincula con mayor violencia tanto en hombres como en mujeres, lo que subraya la importancia de un diagnóstico temprano y un manejo psicosocial adaptado al género para reducir el riesgo de este comportamiento (41).

Es necesario puntualizar que, entre las mujeres presentan mayor prevalencia trastornos como los de personalidad, estado de ánimo, TOC, y alimentarios, mientras que en los hombres predomina el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (42). En cambio, los trastornos psicóticos son los más comunes en ambos géneros (43).

Un problema al que se enfrenta la sociedad es a la falta de acceso a tratamientos adecuados, especialmente en mujeres con problemas de consumo de sustancias. Esto pone en evidencia una carencia crítica de programas con enfoque de género y la necesidad de una intervención integral que contemple tanto las necesidades específicas de género como las patologías coexistentes (44).

Entre otras, la violencia sexual es un problema global que afecta a personas de todas las edades, con graves consecuencias para la salud mental y física de las víctimas, incluyendo depresión, ansiedad, consumo de sustancias y suicidio. Se ha identificado una alta prevalencia de trastornos mentales en individuos condenados por delitos sexuales (ICSO), como trastornos parafílicos, de personalidad del grupo B (caracterizados por la apariencia dramática, emocional o errática) y abuso de sustancias. Además de prevalecer el género masculino (45).

Un estudio reciente de Estados Unidos investigó a 1.066 hombres liberados de prisión, encontrando que los trastornos mentales están muy presentes en los ICSO. Los más comunes fueron la pedofilia y el exhibicionismo, llegando a la conclusión de que se tratan de factores de riesgo significativos para la reincidencia sexual, mientras que los trastornos de personalidad del grupo B contribuyeron a la reincidencia violenta (45).

En cuanto a la polivictimización y a la exposición a la violencia, también se encuentran diferencias de género. Se examina la violencia comunitaria directa y presenciada, la violencia doméstica, el abuso sexual y los diferentes niveles de polivictimización a la gravedad del trastorno por estrés postraumático (TEPT) y la depresión en una muestra clínica de niños y adolescentes (n = 310). En el caso de las niñas, mostraron que niveles elevados de polivictimización predecían la gravedad del TEPT y la depresión. En cambio, para los varones, la polivictimización no predijo estos trastornos, pero sí lo hizo la violencia comunitaria, que estuvo vinculada con un mayor TEPT, sin embargo, no afectó a la depresión. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar el género al abordar los efectos de la violencia en la salud mental y sugieren que las intervenciones deben adaptarse a las experiencias específicas de cada género (46).

Por otro lado, encontramos a las personas transgénero y de género diverso, las cuales enfrentan altos niveles de problemas de salud mental y comportamientos violentos, como resultado de la discriminación y los desafíos sociales. Una investigación basada en dos estudios longitudinales en Chicago, encontraron tasas elevadas de depresión, ideación suicida, trauma, abuso sexual infantil y uso de sustancias en esta población en concreto. Las mujeres transgénero y los jóvenes no binarios con asignación masculina al nacer mostraron peores resultados que los hombres transgénero y los jóvenes no binarios con asignación femenina al nacer. En general, las dificultades sociales contribuyen significativamente a la salud mental deteriorada y la mayor violencia en este grupo vulnerable (47).

Casos reales

El homicidio es un indicador crucial para analizar la violencia humana, y su relación con los trastornos mentales ha sido objeto de debate durante décadas. Si bien existe una leve asociación entre psicosis y homicidio, los estudios señalan que el uso de sustancias y rasgos de personalidad, como el TPA o la psicopatía, son factores determinantes (48).

Modelos neurocognitivos, como los que involucran la disfunción del lóbulo frontal, han vinculado déficits en la inhibición de la conducta, la empatía y el procesamiento del miedo con comportamientos violentos. Además, las experiencias tempranas de abuso o

conflicto familiar suelen ser comunes entre los perpetradores, destacando la influencia crítica de la infancia (48).

Los asesinos en serie como Jeffrey Dahmer, John Wayne Gacy y Ted Dundy han despertado un enorme interés debido a la naturaleza extrema de sus crímenes y el enigma de las causas de su comportamiento. Su análisis no solo revela patrones de violencia y manipulación, sino también la posible influencia de patologías mentales y experiencias traumáticas en la infancia. A través del estudio de sus vidas y actos, se puede explorar cómo estos factores pudieron contribuir a su desarrollo como perpetradores de crímenes.

Jeffrey Dahmer, John Wayne Gacy y Ted Bundy comparten ciertos rasgos comunes en su comportamiento y trastornos de personalidad, lo que permite identificar patrones en sus historias. Los tres presentaron trastornos de personalidad graves, como el trastorno límite de la personalidad (TLP) en Dahmer, el trastorno de personalidad antisocial (TPA) en Gacy y Bundy, y rasgos narcisistas en Gacy y Bundy (49)(50)(51)(52). Estos trastornos se manifestaron en una falta de empatía, manipulación y conductas impulsivas (50).

En cuanto a sus infancias, los tres vivieron en entornos familiares disfuncionales, que incluyeron abuso emocional y físico, especialmente de sus figuras paternas. La relación problemática con sus padres y la falta de apoyo emocional parecen haber influido en su desarrollo hacia comportamientos antisociales. Dahmer, por ejemplo, creció en un ambiente marcado por el aislamiento y el conflicto familiar, lo que pudo haber exacerbado sus dificultades emocionales (49). Gacy experimentó abuso físico y humillación por parte de su padre, lo que afectó profundamente su autoestima y su capacidad para formar relaciones saludables (50). Bundy, criado por sus abuelos, también vivió en un hogar con un ambiente familiar violento y careció de una figura (51).

En los tres casos de asesinos en serie mencionados, la infancia y los trastornos de salud mental desempeñaron un papel fundamental en la formación de sus personalidades y conductas violentas. Jeffrey Dahmer, John Wayne Gacy y Ted Bundy crecieron en entornos familiares disfuncionales, marcados por abusos y conflictos. Si bien todos fueron diagnosticados con trastornos de personalidad, como el TPA o el TLP, no se puede determinar con certeza si estas enfermedades de salud mental fueron innatas desde su

infancia o si fueron una consecuencia de las experiencias traumáticas vividas durante su desarrollo (53).

Es posible que los trastornos de personalidad ya estén presentes en las características psíquicas desde una edad temprana, pero también cabe la posibilidad de que las experiencias adversas y traumáticas sufridas, tales como el abuso físico, la negligencia emocional y el aislamiento social, desencadenen estos trastornos (45).

Papel de la enfermería

La enfermería juega un papel fundamental en el cuidado de pacientes con trastornos mentales, especialmente aquellos que presentan un riesgo elevado de manifestar conductas violentas. Las enfermeras son las profesionales de salud que están en contacto directo y constante con los pacientes, lo que les permite detectar signos tempranos de deterioro en su salud mental. Su intervención temprana y continua no solo contribuye a la estabilización del paciente, sino también a la prevención de actos violentos, al identificar y abordar los factores de riesgo antes de que se agraven (54).

También están muy presentes en la implementación de estrategias terapéuticas que ayudan a los pacientes a controlar sus emociones y comportamientos. A través de la observación, la comunicación efectiva y el apoyo emocional, las enfermeras pueden ayudar a reducir la ansiedad, la agitación y otros síntomas que pueden desencadenar actos violentos. Por lo tanto, su rol no se limita al cuidado físico, sino que abarca un enfoque integral que incluye el bienestar emocional y psicológico del paciente, lo que es esencial para su recuperación y para la prevención de situaciones peligrosas tanto para ellos como para los demás (54).

Aunque, actualmente, uno de los principales problemas en el contexto de trastornos mentales es precisamente la adherencia terapéutica. Influye directamente y de manera negativa en la evolución y el pronóstico del paciente, potenciando en muchos casos conductas violentas. En la adherencia al tratamiento de los pacientes psiquiátricos, uno de los factores más importantes es el propio paciente, especialmente su percepción de la enfermedad, así como sus comportamientos hacia el tratamiento. Por esta razón, los profesionales de enfermería deben tomar medidas que faciliten el establecimiento del

tratamiento psiquiátrico, promoviendo la adherencia y desarrollando nuevas estrategias que nos permitan adaptarnos al paciente, considerando su contexto y su naturaleza integral como ser humano (54).

Además, son las enfermeras quienes actúan en casos de exclusión social de las personas que padecen trastornos mentales, ya que son percibidos como peligrosos y violentos. Es muy importante actuar en estos casos ya que al tener dos barreras de dificultades; la enfermedad y las creencias y opiniones por parte de la sociedad; les resulta más complicado el proceso de recuperación, ya que tienen una percepción negativa de ellos mismos. Por lo que, las enfermeras luchan junto al resto de profesionales sanitarios, para una inclusión efectiva y, así, conseguir que sean ciudadanos de pleno derecho. Realizan educación y actividades destinadas a favorecer el contacto con la sociedad, para lograr un cambio de pensamiento y eliminar los prejuicios que les excluye (55).

Cabe remarcar la utilización de diferentes instrumentos, como cuestionarios o escalas, con el objetivo de optimizar la intervención enfermera evaluando los diferentes trastornos mentales y valorando las necesidades individualizadas de estas personas. Uno de los más utilizados es la "Escala PRISS", la cual tiene el objetivo de entender cómo se sienten y se ven afectadas las personas con esquizofrenia en relación con la sintomatología clínica de la enfermedad, y saber que visión tienen sobre el tratamiento y la atención que reciben. Es decir, mide la presencia de experiencias percibidas, como el nivel de preocupación e interferencia en la vida diaria de estas personas. Esta información no sólo puede mejorar la eficacia clínica de las intervenciones, sino también la calidad de la atención sanitaria (56)(Ver anexo 5).

En conclusión, el papel de la enfermería en el cuidado de pacientes con trastornos mentales es crucial para garantizar una atención integral y humanizada. Su labor no solo se centra en la detección temprana y la prevención de conductas violentas, sino también en la promoción de la adherencia terapéutica y la lucha contra el estigma social que afecta a estas personas. A través de herramientas de evaluación y estrategias de inclusión, las enfermeras contribuyen significativamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes, fomentando su autonomía y bienestar. Su compromiso y empatía son

fundamentales para construir un sistema de salud más equitativo y accesible para quienes padecen trastornos mentales.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La pregunta de investigación planteada ante este trabajo de investigación es la siguiente: ¿Qué relación existe entre los trastornos mentales graves y la manifestación de conductas violentas?

3.2 HIPÓTESIS

Nos hemos planteado las siguientes hipótesis a raíz de la pregunta de investigación:

- La presencia de TMG se asocia con un mayor riesgo de conductas violentas en los pacientes diagnosticados.
- La exposición previa a la violencia (directa o indirecta) se asocia con un mayor riesgo de desarrollar TMG.
- Los pacientes diagnosticados con TMG presentan un mayor riesgo de ser víctimas de violencia.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal que se plantea para este estudio es el siguiente:

- Analizar la relación entre los trastornos mentales graves y la violencia en pacientes atendidos en el Centro Hospitalario Benito Menni de Sant Boi de Llobregat durante un año.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos planteados para esta investigación son los siguientes:

- Evaluar la prevalencia de conductas violentas en pacientes con trastornos mentales graves (TMG) atendidos en el Centro Hospitalario Benito Menni.
  → Medición: Se empleará la escala HCR-20 V3 para valorar el riesgo de violencia en cada paciente, herramienta indicada en el apartado 5.5.1.
- Determinar el nivel de agresividad y conducta violenta mediante escalas psicométricas validadas.
  → Medición: A través de la aplicación de la Escala de Agresión de Buss y Perry (AQ) y la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), según lo descrito en el apartado 5.5.2.
- Analizar la influencia de factores sociodemográficos (edad, sexo, nivel educativo, entorno familiar, etc.) en la relación entre TMG y violencia.
  → Medición: Se recopilarán estos datos mediante revisión de los historiales clínicos y se analizarán estadísticamente como variables independientes (ver punto 5.4).
- Explorar la relación entre el tipo específico de TMG diagnosticado (esquizofrenia, TLP, TB, etc.) y la intensidad o presencia de conductas violentas.
  → Medición: Se clasificará a los pacientes según su diagnóstico DSM-5 y se compararán los niveles de agresividad obtenidos con AQ y BIS-11, así como el riesgo medido por HCR-20 V3 (ver puntos 5.4 y 5.5).

- Examinar la influencia de la exposición previa a violencia (como víctima o testigo) en el desarrollo de trastornos mentales graves.

  → Medición: Se extraerá del historial clínico y entrevistas clínicas; la variable está contemplada como "historia de violencia previa" y "entorno social/familiar" (ver apartados 5.4).
- Evaluar el impacto de la adherencia al tratamiento psiquiátrico (farmacológico y/o psicoterapéutico) en la manifestación de conductas violentas.

  → Medición: Se analizarán los registros de adherencia al tratamiento (farmacológico y/o psicoterapéutico) y se relacionarán con las puntuaciones de violencia (HCR-20 V3 y AQ) (ver punto 5.4).
- Evaluar el papel del entorno familiar como factor de protección o riesgo ante conductas violentas en personas con TMG.

  → Medición: Variable "entorno familiar" contemplada en el apartado 5.4; se analizará su correlación con escalas de violencia y agresividad.
- Analizar la prevalencia de intentos autolíticos o suicidas entre pacientes con TMG y su asociación con conductas violentas.

  → Medición: Variable incluida en el historial clínico como “historial de intentos suicidas o autolíticos” (ver punto 5.4); se contrastará con los resultados de violencia.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO PROPUESTO

El presente estudio se enmarca dentro de una metodología cuantitativa, dado que su objetivo es analizar la relación entre los trastornos mentales graves y la violencia a partir de datos numéricos y medibles. La naturaleza cuantitativa del estudio permite la recopilación, análisis y contrastación de información basada en evidencias empíricas, facilitando una interpretación objetiva de los resultados y la identificación de patrones significativos.

Se selecciona un diseño transversal por su viabilidad en cuanto a tiempo y recursos, permitiendo explorar asociaciones entre TMG y violencia en un periodo determinado, aunque se reconoce que no permite establecer relaciones causales.

El periodo de recopilación de datos se aplicará durante un año, siendo incluidos todos aquellos pacientes diagnosticados con trastornos mentales graves atendidos en el Centro Hospitalario Benito Menni de Sant Boi de Llobregat, con el objetivo de determinar si existe una relación entre su condición clínica y la presencia de conductas violentas. La selección de este centro responde a su relevancia en la atención psiquiátrica especializada y su potencial para proporcionar una muestra adecuada para el estudio.

Para la obtención de datos cuantitativos, se utilizarán fuentes secundarias procedentes de los historiales clínicos de los pacientes, así como la aplicación de instrumentos estandarizados para la medición de la agresividad y la presencia de trastornos mentales.

Este enfoque metodológico permitirá obtener resultados objetivos y respaldados estadísticamente, contribuyendo a una mejor comprensión de la relación entre los trastornos mentales graves y la violencia, así como a la generación de estrategias de intervención en el ámbito de la enfermería y la salud mental.

5.2 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN A LA CUAL SE DIRIGE EL ESTUDIO

La población objeto de estudio se compone por pacientes diagnosticados con TMG que reciben atención en el Centro Hospitalario Benito Menni de Sant Boi de Llobregat. La Fundación Hospitalarias Sant Boi, o



Figura 1: Centro Hospitalario Benito Menni de Sant Boi de Llobregat (57)

también conocida como Benito Menni CASM, es un grupo de centros asistenciales concertados con la Generalitat de Catalunya, dedicado a la atención integral en el ámbito de la salud mental. Esta institución tiene como misión proporcionar una atención sanitaria y social de calidad, basada en el valor de la hospitalidad, con el propósito de humanizar la asistencia a personas con enfermedades mentales, discapacidades físicas y psíquicas, así como a pacientes psicogeriátricos y otros colectivos vulnerables. Su modelo asistencial no solo abarca la prevención, el cuidado y la rehabilitación, sino que también integra la investigación y la docencia, formando profesionales comprometidos con la excelencia y el bienestar del paciente. La dignidad y la centralidad de la persona en el proceso asistencial guían todas sus acciones, asegurando que los recursos de la institución se destinen a mejorar la calidad de vida (57).

Se considerarán aquellos pacientes con diagnósticos confirmados de patologías como esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, trastorno depresivo mayor y otros trastornos psicóticos severos, según los criterios del DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición).

Esta población se caracteriza por una alta variabilidad en la severidad de los síntomas, la adherencia al tratamiento y la evolución clínica, lo que puede influir en su pronóstico y en la posible asociación con conductas violentas. Dado que el centro hospitalario ofrece servicios especializados en salud mental, la población estudiada incluirá tanto

pacientes ingresados en unidades de hospitalización como aquellos atendidos en consultas ambulatorias y programas de seguimiento comunitario, analizando estas subpoblaciones por separado, ya que los hospitalizados suelen tener mayor gravedad clínica que los ambulatorios, los cuales pueden tener más control de la sintomatología.

Asimismo, se tendrá en cuenta la posible influencia de variables sociodemográficas como el nivel educativo, la situación socioeconómica y el entorno familiar de los pacientes, ya que estos factores pueden desempeñar un papel clave en la manifestación de conductas violentas y en la evolución clínica de los trastornos mentales graves.

Tamaño de la muestra

La selección de la muestra se realizará bajo un muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo en cuenta todos los pacientes que sean atendidos en el centro hospitalario durante el periodo de un año y que puedan aportar información relevante para el estudio.

El tamaño de la muestra para este estudio correlacional ha sido estimado siguiendo los criterios clásicos en función de:

1. **Magnitud esperada de la correlación (r):** Esperamos encontrar una correlación de magnitud moderada ($r \approx 0,30$) entre trastornos mentales graves (TMG) y conductas violentas, por lo que necesitaremos una muestra amplia (58).
2. **Nivel de significancia (α):** Se adopta un nivel de significancia $\alpha = 0,05$ (bilateral), estándar en investigaciones en salud (59).
3. **Potencia estadística (1-β):** Se establece una potencia mínima del 80 % (0,80) para asegurar una probabilidad adecuada de detectar la correlación planteada y reducir el riesgo de error de tipo II. (59).
4. **Número de variables y análisis multivariante:** Además de las dos variables principales (grado de presencia de TMG y escala de agresividad/violencia), se incorporarán variables sociodemográficas (nivel educativo, situación socioeconómica, entorno familiar) y clínicas (tipo de diagnóstico, severidad

sintomática). Al aumentar el número de predictores, el tamaño de la muestra requerido crece para mantener la potencia en análisis de regresión múltiple (60).

***Cálculo aproximado según Cohen (1988)**

Magnitud de la correlación	Tamaño de muestra recomendado (n)
Fuerte (r ≥ 0,50)	30–50
Moderada (r ≈ 0,30)	80–100
Débil (r ≈ 0,10)	≥ 250

Puesto que se espera una correlación moderada entre TMG y violencia, el rango mínimo aconsejado es de 80–100 participantes (59).

***Cálculo preciso con G*Power**

Para mayor exactitud se realizó la estimación en G*Power (versión 3.1):

- Prueba: Correlación de Pearson (bilateral)
- Efecto: r = 0,30 (f^2 = 0,09)
- α = 0,05
- Power (1 − β) = 0,80
- Resultado: n = 84 sujetos

Si se considerara un análisis de regresión múltiple con 5 predictores (incluyendo variables sociodemográficas y clínicas), para un efecto f^2 = 0,15 (efecto mediano), α = 0,05 y power = 0,80, G*Power estima un n ≈ 92. (58).

Por otro lado, según la "Memoria RSC 2020" del centro, se espera reclutar aproximadamente 120–150 pacientes con TMG (ingresados y ambulatorios) (61). Este rango de participantes:

- Supera ampliamente el mínimo de 100 sujetos requerido para detectar correlaciones moderadas, por lo que mantiene un margen de seguridad para cubrir posibles datos incompletos o pacientes excluidos tras la recogida de datos, ya que se proyecta una muestra de hasta 150 sujetos.

– Asegura potencia de ≈ 0,92–0,96, muy por encima del 0,80 establecido.
– Permite realizar análisis de regresión múltiple con varias covariables manteniendo la robustez estadística.

5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Para garantizar la validez y la relevancia de los resultados, hemos establecido criterios de inclusión y exclusión específicos para la selección de la muestra.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores o iguales a 18 años.
- Diagnóstico confirmado de trastorno mental grave según los criterios del DSM-5, incluyendo esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad y otros trastornos psicóticos severos.
- Pacientes atendidos en el Centro Hospitalario Benito Menni de Sant Boi de Llobregat durante el período de estudio.
- Disponibilidad de información clínica suficiente para el análisis.
- Consentimiento informado del paciente o, en caso de que este no pueda otorgarlo, de su representante legal.

Criterios de exclusión:

- Pacientes menores de 18 años.
- Diagnósticos de trastornos mentales no considerados graves (por ejemplo, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo sin síntomas psicóticos, trastornos adaptativos, entre otros).
- Pacientes con deterioro cognitivo grave o discapacidad intelectual que impidan una evaluación válida de las variables clínicas o conductuales del estudio.
- Pacientes cuyo expediente clínico no contenga información suficiente para su análisis dentro del estudio.
- Pacientes que presenten un estado clínico inestable que imposibilite su participación en el estudio.

Estos criterios permitirán obtener una muestra homogénea y representativa, asegurando que los resultados obtenidos reflejan de manera precisa la relación entre los trastornos mentales graves y la violencia en la población estudiada.

5.4 VARIABLES

Las variables que se analizarán en este estudio son tanto de tipo sociodemográfico como relacionadas con los trastornos mentales y la violencia. Se observará cómo las variables independientes pueden influir en la variable dependiente, la cual refleja el vínculo entre los trastornos mentales y la violencia.

Variable dependiente

- Violencia (física, psicológica, emocional, verbal, etc.) o conductas violentas.

Variables independientes

- **Variables sociodemográficas:**
    - **Edad:** En años.
    - **Género:** Mujer / Hombre / No binario, otro (especificar), prefiero no responder.
    - **Nivel educativo:** Primaria, Secundaria, Bachillerato, Formación Profesional, Universidad, Sin estudios.
    - **Situación laboral:** Empleado / Desempleado / Estudiante / Otro.
    - **Estado civil:** Soltero/a, Casado/a, Divorciado/a, Viudo/a, Separado/a.
    - **Entorno familiar:** Nuclear (convives con tus padres y/o hermanos/as), Monoparental (Convives con solo uno de los progenitores), Familia extensa (Vives con más familiares además de tus padres o hermanos, como abuelos/as, tíos/as, primos/as), Otro tipo de convivencia (pareja, amistades, solo/a).
    - **Ingreso económico:** Menos de 500€, entre 500€ – 1.000€, entre 1.000€ - 1.500€, entre 1.500€ - 2.000€, más de 2.000€.

- **Variables relacionadas con los trastornos mentales graves:**
    - **Tipo de trastorno mental grave:** Trastorno límite de la personalidad, Esquizofrenia, Trastorno bipolar, etc.
    - **Tratamiento psiquiátrico recibido:** Medicación, Psicoterapia, Combinado, Ninguno.
    - **Historial de intentos suicidas o autolíticos:** Sí / No.
    - **Síntomas de trastornos psicológicos:** Depresión, Ansiedad, Trastornos de conducta, etc.
- **Variables relacionadas con la violencia:**
    - **Historia de violencia previa:** Ha ejercido violencia / Ha sido víctima de violencia / Ninguna.
    - **Tipo de violencia sufrida o ejercida:** Violencia física, psicológica, sexual, verbal, doméstica, etc.
    - **Consumo de sustancias:** Alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis, heroína, LSD o sustancias alucinógenas, crack, otras (especificar). Frecuencia de consumo de sustancias: Diario, semanal, mensual, rara vez, nunca.
- **Variables emocionales y psicosociales:**
    - **Inestabilidad emocional:** Síntomas de inestabilidad emocional, como impulsividad, dificultad para gestionar las emociones.
    - **Apoyo social:** Red de apoyo familiar, social o profesional (presencia / ausencia).
- **Variables relacionadas con el entorno social y familiar:**
    - **Violencia en el entorno familiar:** Exposición a violencia en la familia o en el hogar (Sí / No).
    - **Entorno social:** Entorno violento / Entorno no violento / Entorno de apoyo.

5.5 INSTRUMENTOS DE MEDIDA NECESARIOS PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Para evaluar la relación entre los TMG y la violencia, se utilizarán diversos instrumentos validados que permitan medir variables clave como la agresividad, el riesgo de violencia y otros factores asociados.

5.5.1 Evaluación del Riesgo de Violencia

La escala HCR-20 V3 (Historical, Clinical, Risk Management-20, versión 3) es una herramienta validada y utilizada en el ámbito forense y psiquiátrico, diseñada específicamente para la evaluación del riesgo de violencia en individuos con antecedentes de comportamientos violentos o con TMG. Su estructura multicontextual y basada en evidencia la convierte en una opción adecuada para su implementación (62).

La escala HCR-20 Versión 3 (historical, Clinical, Risk Management – 20) ha sido traducida, adaptada y validada para el contexto español por Abach-Lucioni y Andrés-Pueyo, investigadores del Grupo de Estudios Avanzados en Violencia (GEAV) de la Universidad de Barcelona. Esta versión en español mantiene la estructura original basada en el juicio clínico estructurado e incorpora criterios culturalmente adecuados para su aplicación en población hispanohablante (63). Los resultados de varios estudios entre ellos el de Arbach-Lucioni, Andrés-Pueyo y Pombo mostraron una buena capacidad para predecir conductas violentas, lo que respalda el uso clínico y forense de la HCR-20 V3 en España (64).

Cabe destacar que no se trata de una escala autoadministrada por el propio paciente, sino que debe ser aplicada y valorada por un profesional cualificado, como personal de enfermería.

La fiabilidad de la HCR-20 V3 es un aspecto fundamental para su validez como herramienta de evaluación del riesgo de violencia. Según un análisis de correlación realizado entre los ítems de la escala y las evaluaciones de riesgo (SRRs), se encontró una relación positiva significativa con efectos grandes entre los evaluadores. Esto

sugiere que la herramienta tiene una fiabilidad alta, ya que las puntuaciones obtenidas por diferentes evaluadores muestran una consistencia notable (65).

La HCR-20 V3 es una herramienta para la evaluación del riesgo de violencia, basada en 20 factores de riesgo agrupados en tres subescalas: histórica (H), clínica (C), y gestión de riesgo (R) (66) (Ver anexo 6).

Factores históricos (H): Esta sección incluye 10 ítems que evalúan los antecedentes del individuo en relación con la violencia y otros factores de riesgo. Se consideran aspectos como la historia de violencia previa, conductas antisociales previas, problemas en las relaciones interpersonales, dificultades laborales, consumo de sustancias, presencia de un TMG, trastornos de personalidad, experiencias traumáticas, actitudes violentas y dificultades previas con tratamientos o supervisión. El análisis de estos factores permite valorar cómo las experiencias pasadas pueden influir en el comportamiento actual del paciente. En individuos con TMG, la presencia de antecedentes de violencia o trastornos de conducta puede ser un indicador relevante de un mayor riesgo de agresión futura, lo que hace que esta evaluación sea un componente clave en la valoración del riesgo de violencia (67).

Factores clínicos (C): Evalúa el estado psicológico actual del individuo mediante 5 factores clave: falta de insight (conciencia de enfermedad y riesgo de violencia), ideación o intentos de violencia recientes, síntomas activos de un TMG, inestabilidad emocional y conductual, y respuesta negativa al tratamiento o supervisión. Analiza la presencia de síntomas psiquiátricos como psicosis, impulsividad o comportamientos desorganizados. En pacientes con TMG, como esquizofrenia o trastorno bipolar, estos episodios pueden aumentar el riesgo de violencia, por lo que su evaluación es esencial para gestionar el riesgo en el presente (68).

Gestión del riesgo (R): Evalúa 5 factores que pueden influir en la probabilidad de violencia a futuro: dificultades en el acceso a servicios y planes profesionales, condiciones de vida inestables, falta de apoyo social, baja adherencia al tratamiento o supervisión y dificultades en el manejo del estrés. Analiza aspectos clave en la gestión del tratamiento y el entorno del paciente, ya que una adherencia deficiente, la ausencia de apoyo o una inadecuada gestión del estrés pueden aumentar el riesgo de conductas

violentas. En pacientes con TMG, este componente es esencial para anticipar y reducir riesgos a mediano y largo plazo (67).

5.5.2 Medición de Agresividad y Conducta Violenta

La medición de la agresividad y la conducta violenta se considera fundamental para el estudio de la relación entre los TMG y la violencia. Contar con herramientas validadas permite evaluar el nivel de agresividad de un individuo y diferenciar entre distintos tipos de agresión, lo que resulta esencial para diseñar estrategias de prevención e intervención.

Dentro de los modelos teóricos de la agresión, se distingue entre agresión impulsiva y agresión premeditada. La agresión impulsiva, también denominada reactiva, surge como una respuesta emocional descontrolada ante un estímulo percibido como amenazante. Por otro lado, la agresión premeditada es planificada y orientada hacia un objetivo concreto, con menor carga emocional. Diferenciar estos tipos de agresión es clave para seleccionar estrategias terapéuticas adecuadas, ya que cada una responde a factores y tratamientos distintos (69).

Para la evaluación de la agresión en contextos clínicos, una de las herramientas más utilizadas es la Escala de Agresión de Buss y Perry (AQ), diseñada para cuantificar la agresión y analizar sus diferentes dimensiones. Basada en un modelo teórico sólido, esta escala permite diferenciar entre conductas agresivas observables, como la agresión física y verbal, y sus componentes emocionales y actitudinales, como la hostilidad e ira. Además, no solo mide la frecuencia e intensidad de la agresión, sino que también identifica los factores emocionales y cognitivos que la sustentan (70).

La AQ fue desarrollado a partir del Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI), del cual se seleccionaron y mejoraron varios ítems, eliminando sus deficiencias psicométricas. Gracias a este refinamiento, la escala ofrece una evaluación más precisa y fiable de la agresividad, facilitando su aplicación tanto en contextos clínicos como en investigaciones sobre la conducta violenta (71).

Esta escala, ha sido objeto de diversas adaptaciones y validaciones en España, lo que respalda su idoneidad para evaluar la agresividad en diferentes contextos y poblaciones.

La versión original, desarrollada por Buss y Perry, fue traducida y adaptada al español por José María Andreu**,** María Esther Peña y José Manuel Ramírez, investigadores con reconocida trayectoria en el ámbito de la psicología social y forense. En su estudio de, llevaron a cabo un proceso riguroso de traducción, adaptación cultural y validación psicométrica, confirmando la validez de constructo y la consistencia interna de la escala en una muestra española. La versión adaptada conserva la estructura de 29 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad (72).

Además de esta validación inicial, estudios posteriores han reforzado la utilidad de la AQ en población española. Por ejemplo, Santisteban y Alvarado académicos de la Universidad Complutense de Madrid especializados en psicometría y metodología de la investigación en psicología, desarrollaron una versión adaptada para adolescentes (AQ-PA), confirmando su validez convergente y su aplicabilidad en contextos escolares y clínicos (73).

Más recientemente, en otro estudio analizaron las propiedades psicométricas de las versiones larga y corta de la AQ en una muestra de población española, concluyendo que ambas versiones presentan niveles adecuados de fiabilidad y validez. Estas evidencias demuestran que la AQ es una herramienta válida y fiable para la evaluación multidimensional de la agresividad en población adulta hispanohablante (74).

En esta escala se evalúan cuatro dimensiones de la agresividad: la agresión física, a través de 9 ítems valora la tendencia a manifestar la agresión de manera directa mediante el uso de la fuerza o actos violentos contra otras personas. Este tipo de agresión implica daño físico intencionado y es una de las formas más observables de conducta agresiva. La agresión verbal es la segunda dimensión, formada por 5 ítems, se refiere a la expresión de agresión a través de palabras incluyendo insultos, amenazas o lenguaje ofensivo. A diferencia de la agresión física, no implica contacto directo, pero puede generar un impacto significativo en la relación interpersonal y en la estabilidad emocional de la víctima. La siguiente es la ira, se mide a través de 7 ítems la predisposición a experimentar emociones intensas de irritabilidad o frustración. Este componente está estrechamente relacionado con la impulsividad y la pérdida de control, aumentando la probabilidad de que una persona reaccione de manera agresiva

ante situaciones estresantes o provocadoras. Para finalizar, la última dimensión a estudiar es la hostilidad, formada por 8 ítems, esta evalúa la tendencia a interpretar el comportamiento de los demás como amenazante o malintencionado, generando sentimientos de desconfianza, resentimiento o deseo de venganza. Aunque no siempre se traduce en agresión física o verbal, la hostilidad es un factor clave en el desarrollo de respuestas agresivas y en la percepción distorsionada del entorno social. (70,71) (Ver anexo 7).

5.5.3 Factores de Riesgo y Variables Asociadas

La violencia en personas con TMG no solo depende de la naturaleza del trastorno en sí, sino de múltiples factores psicológicos y emocionales que contribuyen al comportamiento agresivo. Uno de los factores más relevantes en esta relación es la impulsividad, que juega un papel clave en la propensión a la violencia. La impulsividad se refiere a la tendencia a realizar actos sin considerar sus consecuencias, lo que puede desencadenar conductas violentas, especialmente en contextos de TMG (75).

La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) es una herramienta que permite medir este factor de manera detallada, proporcionando una evaluación precisa de la impulsividad en diferentes dominios. A través de esta escala, es posible identificar la relación entre la impulsividad y los comportamientos violentos en personas con TMG (76).

BIS-11 ha sido adaptada y validada en España para su uso en población adulta, propocionando una herramienta fiable y válida para evaluar la impulsividad en contextos clínicos y de investigación (77).

Un estudio realizado en la universidad de Granada, evaluó las propiedades psicométricas de la versión española de la BIS-11 en una muestra de 703 adultos de la población general. Los resultados mostraron una alta fiabilidad. Además, se observaron diferencias significativas en los niveles de impulsividad según el sexo y la edad, lo que respalda la sensibilidad de la BIS-11 para detectar variaciones individuales en la impulsividad dentro de la población adulta. El análisis factorial reveló una estructura de factores que coincide parcialmente con la versión original, adaptándose adecuadamente al contexto cultural español (77).

El BIS-11 evalúa tres componentes principales de la impulsividad:

- **Impulsividad motora**: Esta dimensión se refiere a la tendencia a realizar acciones de forma impulsiva, sin detenerse a reflexionar sobre los resultados. Implica una propensión a actuar de manera rápida y desconsiderada, lo que puede llevar a comportamientos arriesgados o violentos.
- **Impulsividad atencional**: Este componente evalúa la dificultad para concentrarse en una tarea durante un tiempo prolongado. Las personas con alta impulsividad atencional pueden sentirse fácilmente distraídas o incapaces de mantener la atención, lo que puede contribuir a una toma de decisiones impulsiva y a la dificultad de controlar el comportamiento.
- **Impulsividad no planificada**: Se refiere a la tendencia a actuar sin planificación, sin considerar las consecuencias a largo plazo. Las personas con alta impulsividad no planificada son propensas a actuar de manera desorganizada y a tomar decisiones precipitadas, lo que aumenta la probabilidad de implicarse en comportamientos agresivos o violentos (76) (ver anexo 8).

Evaluar la impulsividad no solo ayuda a comprender mejor los riesgos asociados a la violencia, sino que también permite diseñar intervenciones terapéuticas más efectivas, enfocadas en la reducción de los impulsos agresivos y en el manejo adecuado de las emociones (78).

5.5.3 Medición de la Exposición Previa a la Violencia

Para evaluar si los participantes han estado expuestos previamente a la violencia, ya sea como víctimas directas o como testigos, se utilizará el Cuestionario de Exposición a la Violencia (CEV) desarrollado y validado por Orue y Calvete (79).

Aunque fue diseñado originalmente para niños y adolescentes, su aplicabilidad ha sido ampliada en estudios posteriores mediante adaptaciones lingüísticas y contextuales para población adulta. Investigaciones recientes continúan empleando esta escala en estudios realizados en España para explorar la relación entre experiencias de victimización temprana y consecuencias psicológicas o conductuales en etapas posteriores de la vida lo que respalda la vigencia y utilidad actual del CEV como instrumento de evaluación en investigaciones relacionadas con la violencia y la salud mental (80).

Este instrumento fué diseñado para evaluar la frecuencia y el tipo de situaciones violentas a las que una persona ha estado expuesta, tanto de forma directa como indirecta. La CEV contempla diferentes contextos de violencia —familiar, laboral, comunitaria y mediática— y diversos tipos, como la violencia física, psicológica o sexual, proporcionando así una visión integral de la experiencia violenta (81).

La escala permite identificar el grado de exposición acumulada a lo largo del desarrollo, lo que resulta especialmente relevante al estudiar los efectos a largo plazo sobre la salud mental y conductual. Por ello, se considera una herramienta válida para investigaciones que buscan establecer relaciones entre antecedentes de violencia y trastornos o conductas en la edad adulta, como es el caso del presente Trabajo (ver anexo 9).

5.6 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

La investigación inició en octubre de 2024, cuando se eligió el tema de estudio para este trabajo de fin de grado: analizar la relación entre los trastornos mentales graves y los comportamientos violentos. Tras seleccionar el tema y formular la pregunta de investigación, se inició la elaboración del marco teórico y la búsqueda detallada de literatura científica. Este proceso se extendió hasta principios de 2025, con la inclusión de artículos relevantes que fueron publicados después de este periodo de investigación inicial.

A partir de junio de 2025, tras la defensa de la propuesta, se tiene previsto iniciar la fase de trabajo de campo en septiembre de 2025. Durante este mes, se establecerá el contacto con el **Centro Hospitalario Benito Menni de Sant Boi de Llobregat**, donde se presentará el proyecto a la dirección del centro, así como al comité de ética, para obtener su aprobación y garantizar que se cumplan los estándares éticos necesarios para la investigación con pacientes (ver anexo 10, 11).

Tras el primer contacto con el Centro Hospitalario Benito Menni de Sant Boi de Llobregat, y haber explicado detalladamente el objetivo y la metodología del estudio, se procederá a entregar una copia formal del proyecto para su revisión y evaluación por parte de la dirección del centro y el comité ético. Este paso es esencial para garantizar la transparencia, el cumplimiento de las normativas de investigación, la protección de

los derechos de los pacientes y la confidencialidad de la información. Una vez recibida la aprobación oficial, se dará inicio a la fase de implementación del estudio, que se llevará a cabo entre el 1 de septiembre de 2025 y el 1 de septiembre de 2026.

Previo al inicio de la recopilación de datos, se realizarán visitas al servicio de psiquiatría del hospital donde se encuentran ingresados los pacientes. Durante estas visitas, se llevará a cabo una reunión informativa dirigida al personal de enfermería y a los profesionales médicos clave que estarán en contacto directo con los pacientes durante su estancia en el hospital. En esta reunión se explicará detalladamente el propósito del estudio, los criterios de inclusión y exclusión de los participantes, así como el protocolo de actuación que deberán seguir en el caso de identificar a los posibles candidatos para la investigación.

Además de los pacientes hospitalizados, el estudio incluirá también pacientes ambulatorios y comunitarios atendidos por el equipo de salud mental del mismo centro. Para este grupo, el procedimiento será similar, una vez identificados y estabilizados clínicamente, se les informará del estudio y se solicitará su consentimiento informado. Con el fin de obtener una visión más precisa y diferenciada, los resultados obtenidos se analizarán por separado, distinguiendo entre los datos procedentes de pacientes hospitalizados y los de pacientes ambulatorios.

El objetivo de este proceso es crear un entorno colaborativo entre los investigadores y los profesionales del hospital, lo que contribuirá no solo a la calidad de los datos, sino también a la confianza mutua y el compromiso en el éxito del proyecto de investigación.

Cuando se identifique a un paciente ingresado en el servicio de hospitalización con un diagnóstico de TMG, se le ofrecerá la posibilidad de participar en el estudio tras haber sido estabilizado. Esta detección se realizará principalmente a través de la revisión de los informes clínicos del paciente, así como por medio de la colaboración con el equipo de salud mental del hospital, que ayudará a identificar a los pacientes que cumplen con los criterios establecidos para formar parte de la investigación.

Una vez que el paciente se encuentre en condiciones estables y con el diagnóstico confirmado de TMG, se le informará sobre el propósito del estudio, los procedimientos

implicados y las posibles implicaciones de su participación. Esta explicación se llevará a cabo de manera clara y comprensible, asegurándonos de que el paciente entienda los objetivos del estudio y cómo se manejarán sus datos.

Si el paciente decide participar, se procederá a entregar el consentimiento informado. En el caso de que el paciente esté tutorizado, se entregará el consentimiento a su tutor legal, quien será responsable de autorizar su participación en el estudio (ver anexo 12). En el caso de pacientes adultos, el consentimiento será proporcionado al propio paciente, quien firmará el documento tras recibir toda la información necesaria para tomar una decisión informada (ver anexo 13).

La participación será completamente voluntaria, y los pacientes tendrán la opción de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto repercuta en su atención médica o en la relación con el personal sanitario. Además, se garantizará que toda la información recopilada será estrictamente confidencial, y los datos serán utilizados exclusivamente para los fines de investigación relacionados con el estudio.

Antes de administrar los cuestionarios, se asegurará que el paciente o su tutor legal comprendan que los datos serán tratados de manera confidencial y que se utilizarán únicamente para el análisis de la relación entre los TMG y los comportamientos violentos. Además, se dará tiempo suficiente para responder cualquier pregunta o duda que surja, de manera que el paciente se sienta completamente cómodo con su participación.

Una vez que el paciente haya firmado el consentimiento informado, se procederá a la administración de las herramientas de evaluación. En primer lugar, se aplicará la escala HCR-20 V3 (Historical, Clinical, Risk Management-20, versión 3), la cual es utilizada para evaluar el riesgo de violencia en individuos con TMG. Esta escala permitirá recopilar información sobre antecedentes históricos, características clínicas y la gestión del riesgo en relación con la violencia, lo que ayudará a identificar factores clave asociados al comportamiento violento en los pacientes. Esta herramienta, será la única que no es autoadministrada por el paciente, sino que su aplicación y valoración debe ser realizada por un profesional cualificado, como el personal de enfermería.

Seguidamente, se administrará la escala de Agresión de Buss y Perry (AQ), una herramienta autoadministrada que evalúa diferentes dimensiones de la agresividad, incluyendo la agresividad física, verbal, ira y hostilidad. Este instrumento permitirá medir la intensidad de las actitudes agresivas de los pacientes y su posible vínculo con los TMG, especialmente en aquellos que presentan conductas autolíticas o violentas.

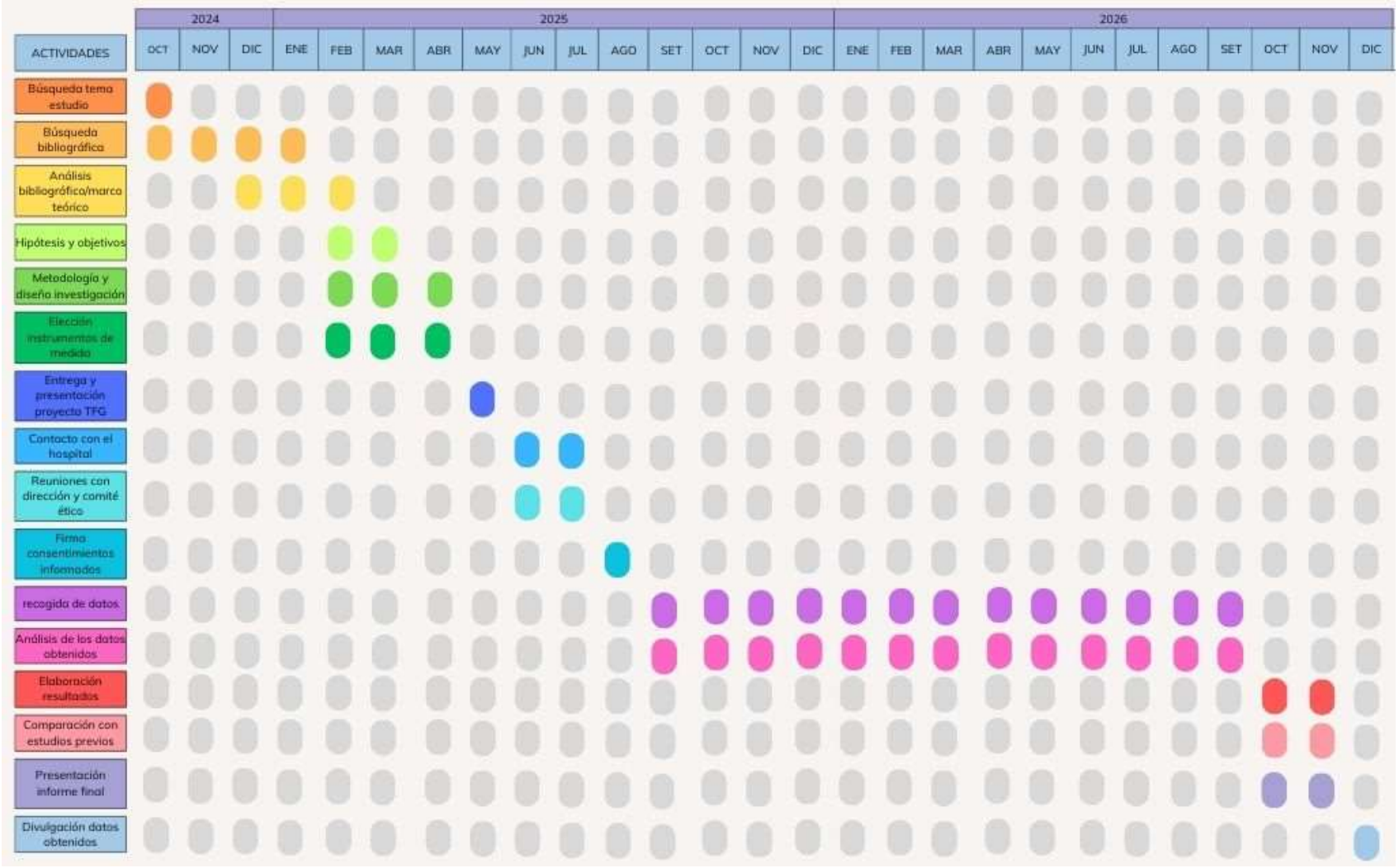
Posteriormente, se aplicará la escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), que mide la tendencia hacia la impulsividad y la falta de control. Este cuestionario es autoadministrado y proporcionará información clave sobre la predisposición de los pacientes a actuar de manera impulsiva, lo cual es un factor relevante en la aparición de comportamientos violentos o autodestructivos.

Y para finalizar, se valorará la exposición previa a la violencia, ya sea como víctima o testigo, a través del Cuestionario de Exposición a la Violencia (CEV), el cual es una herramienta autoadministrada. Este instrumento permite identificar la frecuencia, tipo y contexto de experiencias violentas, siendo una herramienta útil para analizar su impacto en la salud mental en la adultez.

Una vez recolectados todos los datos mediante las escalas mencionadas, se procederá con el análisis de los resultados para evaluar las posibles correlaciones entre los TMG y la manifestación de conductas violentas. Durante el análisis, se realizará una diferenciación entre los resultados de los pacientes hospitalizados y los ambulatorios, con el objetivo de identificar posibles patrones específicos según el contexto asistencial.

Finalmente, se redactarán las conclusiones del estudio, que resumirán los hallazgos obtenidos y se discutirán sus implicaciones clínicas, con el objetivo de aportar nuevos conocimientos que puedan mejorar las intervenciones terapéuticas y de prevención en este tipo de pacientes. Posteriormente, los resultados y conclusiones del estudio se difundirán a través de los canales institucionales y se buscará su publicación para contribuir al campo de la salud mental.

5.7 CRONOGRAMA



5.8 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para poder entender los resultados de este estudio y responder a la pregunta de investigación, se va a llevar a cabo un análisis de los datos recogidos. Este análisis se dividirá en dos partes: por un lado, se organizarán y prepararán todos los datos que hemos obtenido; y por otro lado, se analizarán con herramientas estadísticas que nos permitan ver si hay relación entre los trastornos mentales graves (TMG) y las conductas violentas.

Primero, se realizará un análisis descriptivo, que nos servirá para conocer mejor a las personas que forman parte de la muestra. Esto incluye, por ejemplo, cuántos son hombres y cuántas mujeres, qué edades tienen, qué tipo de trastorno mental tienen, si han recibido tratamiento, etc. Para esto se van a usar tablas de frecuencia, para ver cuántas personas hay en cada categoría y también se calcularán medidas como la media o la mediana para variables como la edad.

Después, se pasará al análisis univariante, que consiste en comparar dos variables para ver si están relacionadas entre sí. En este sentido, se analizará la prevalencia de conductas violentas entre distintos grupos diagnósticos. Dependiendo del tipo de variables que se comparen (si son cualitativas, como el género, o cuantitativas, como la edad), se usarán distintas pruebas estadísticas. Algunas de las pruebas que se podrían aplicar son:

- **Chi cuadrado o test exacto de Fisher:** Cuando se comparan dos variables que son categorías (como género o tipo de trastorno) (82).
- **T de Student o ANOVA:** Cuando se comparan valores numéricos con categorías (por ejemplo, comparar la edad media entre personas violentas y no violentas) (83).
- Si los datos no cumplen ciertas condiciones (como que estén distribuidos normalmente), se usarán pruebas no paramétricas como **la prueba de Kruskal-Wallis** (84).

A continuación, se hará un análisis multivariante. Esto quiere decir que se van a tener en cuenta varias variables al mismo tiempo para ver cuáles son las que realmente

influyen en que una persona con TMG pueda tener conductas violentas. Para esto se usará una técnica estadística que se llama regresión logística, que nos permite ver qué factores tienen más peso o más influencia en el resultado (85).

Durante todo el análisis se trabajará con un nivel de confianza del 95%, lo cual significa que los resultados serán considerados importantes cuando el valor de significación (lo que se llama "p") sea igual o menor a 0,05. Esto nos indica que la diferencia encontrada no es por casualidad, sino que realmente hay una relación entre las variables que se están estudiando.

El programa que se va a utilizar para hacer todo este análisis será el paquete estadístico SPSS (versión 22.0 para Windows), que es un programa especializado para hacer análisis estadístico de datos. Gracias a este software, se podrán obtener resultados más precisos y gráficos que ayuden a interpretar mejor los datos (86).

Por último, con el fin de facilitar la comprensión de los resultados, se van a representar algunos de ellos de forma visual, mediante gráficos y diagramas que se adaptarán al tipo de variable que se quiera mostrar (como gráficos de barras, circulares y/o de dispersión).

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio ha sido diseñado conforme a los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki (última revisión, Fortaleza 2013) (87), y en el marco normativo vigente en España sobre la investigación biomédica con seres humanos. La investigación respeta el derecho a la intimidad, la confidencialidad de los datos personales y la autonomía de los participantes, garantizando que todos ellos han otorgado su consentimiento informado de forma voluntaria, directa o a través de sus representantes legales en caso de incapacidad.

Previamente a la recogida de datos, se solicitará y obtendrá la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Benito Menni de Sant Boi de Llobregat, en conformidad con la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica (88), y el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679) (89). Asimismo, se garantiza el anonimato de todos los datos recogidos en los historiales clínicos utilizados,

asegurando que ninguna información permitirá la identificación directa o indirecta de los pacientes.

Los datos serán codificados y almacenados en dispositivos electrónicos protegidos por contraseñas seguras y sistemas de acceso restringido, conforme a la normativa vigente sobre protección de datos. Se emplearán identificadores codificados para sustituir los datos personales, de modo que sólo el equipo investigador autorizado pueda vincular dicha información, garantizando así un nivel adicional de seguridad y trazabilidad. Los dispositivos utilizados estarán cifrados y sujetos a controles periódicos de seguridad para evitar accesos no autorizados o pérdidas de información.

La participación en el estudio es completamente voluntaria y puede ser revocada en cualquier momento sin repercusiones negativas para la atención médica del paciente. Las autoras del trabajo y los profesionales implicados en la investigación recibirán formación adecuada sobre la protección de datos y la conducta ética en el ámbito sanitario. Se seguirán las pautas recomendadas por el Consejo de Europa y el Comité de Bioética de España en cuanto al uso ético de la información clínica y la intervención con personas con trastornos mentales graves, especialmente en relación con su capacidad de decisión, situación de vulnerabilidad y posible estigmatización (90).

Dada la sensibilidad del objeto de estudio —la asociación entre trastornos mentales graves y conductas violentas— se ha adoptado un enfoque respetuoso, empático y no estigmatizante, evitando en todo momento reforzar prejuicios sociales o representaciones negativas que puedan afectar a los derechos fundamentales de estas personas. Si durante la aplicación de los instrumentos se detecta malestar emocional en algún paciente, se activarán los protocolos del centro para garantizar su bienestar y atención. La divulgación de los resultados se realizará bajo criterios científicos rigurosos y éticos, priorizando la mejora de la atención sanitaria y la inclusión social de los individuos con trastornos mentales.

Por último, este trabajo también se ajusta al Código Deontológico de Enfermería (90) y a los principios de la OMS sobre salud mental, los cuales promueven la equidad, la dignidad, el respeto a los derechos humanos y la atención centrada en la persona (91).

La investigación considera especialmente los principios de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía, esenciales en cualquier práctica investigadora ética.

5.10 LIMITACIONES

Podemos encontrarnos con las siguientes limitaciones durante la realización del presente estudio:

1. **Acceso y disponibilidad de datos clínicos:** La obtención de datos puede verse obstaculizada por la disponibilidad limitada de historiales clínicos completos y actualizados, así como por restricciones en el acceso a la información por motivos de confidencialidad y protección de datos, lo que puede reducir el número de participantes válidos para el análisis.
2. **Consentimiento informado:** Algunos pacientes pueden negarse a participar en el estudio o no estar en condiciones de otorgar un consentimiento válido debido a su estado mental, lo cual puede reducir la muestra disponible y limitar la diversidad del perfil clínico incluido.
3. **Variabilidad en la interpretación profesional:** Las conductas violentas pueden ser valoradas de manera subjetiva por los profesionales sanitarios responsables del registro en los historiales, lo que puede generar diferencias en la clasificación e interpretación de los episodios, afectando la consistencia de los datos.
4. **Heterogeneidad de los trastornos mentales graves (TMG):** Los TMG comprenden diagnósticos muy variados (esquizofrenia, TLP, trastorno bipolar, etc.) que presentan características clínicas, niveles de funcionalidad y pronóstico muy distintos. Esta heterogeneidad puede dificultar el análisis conjunto y la extracción de conclusiones generalizables.
5. **Diseño transversal:** El estudio presenta un diseño de corte transversal, lo que impide establecer relaciones causales entre los trastornos mentales graves y las conductas violentas, así como observar la evolución temporal de dichas conductas.
6. **Sesgo de autoinforme:** Dado que se emplean escales autoadministradas como la Escala de Agresión de Buss y Perry (AQ), la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) y la escala de Exposición a la Violencia (CEV), existe el riesgo de sesgo de

autoinforme, ya que los participantes podrían modificar sus respuestas por deseabilidad social o dificultades cognitivas.

7. **Limitación en la generalización de los resultados:** El estudio se realiza en un único centro asistencial especializado (Hospital Benito Menni de Sant Boi de Llobregat), lo cual limita la posibilidad de extrapolar los resultados a otros contextos geográficos, institucionales o poblaciones clínicas.

En caso de que, tras transcurrir el periodo de un año establecido para la recogida de datos, la muestra obtenida resulte insuficiente o los resultados no permitan alcanzar conclusiones significativas, se valorará la posibilidad de ampliar el tiempo del estudio o de incluir otros recursos asistenciales similares para incrementar la muestra y la representatividad. Esta medida permitiría reforzar la validez estadística del análisis y minimizar el impacto de las limitaciones previamente descritas.

6. APLICABILIDAD PARA LA PRÁCTICA Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Los hallazgos de este trabajo pueden tener una alta relevancia para la práctica enfermera en el ámbito de la salud mental. La identificación de la relación entre los TMG y las conductas violentas permite a los profesionales de enfermería desarrollar estrategias de intervención más eficaces, centradas en la prevención, la detección precoz de signos de riesgo y la promoción de la adherencia terapéutica. En particular, el conocimiento de factores asociados a la violencia, como el historial de victimización, el consumo de sustancias, la comorbilidad psiquiátrica y la escasa adherencia al tratamiento, puede facilitar el diseño de planes de cuidados individualizados y multidisciplinares que integren tanto los aspectos clínicos como sociales del paciente.

Además, la utilización de instrumentos específicos como la escala HCR-20 V3, la AQ, BIS-11 y CEV, tal como se ha propuesto en este estudio, puede mejorar la capacidad de evaluación del riesgo y la planificación de cuidados. La práctica enfermera puede beneficiarse del enfoque holístico propuesto en este trabajo, incorporando intervenciones psicoeducativas, apoyo familiar y estrategias de inclusión social que reduzcan tanto la estigmatización como la reincidencia de conductas violentas.

Por otra parte, este estudio abre la puerta a múltiples líneas de investigación que podrían ampliar el conocimiento en este campo:

- **Estudios longitudinales:** sería conveniente realizar investigaciones prospectivas que permitan observar la evolución de la relación entre TMG y violencia a lo largo del tiempo, identificando factores predictivos o protectores.
- **Enfoque cualitativo:** incorporar estudios cualitativos podría aportar una comprensión más profunda de la experiencia subjetiva de los pacientes, sus familias y los profesionales, enriqueciendo la interpretación de los datos cuantitativos.
- **Intervenciones específicas:** futuras investigaciones podrían centrarse en evaluar la eficacia de programas de intervención enfermera en la reducción de conductas violentas en pacientes con TMG, especialmente en contextos de atención comunitaria.

- **Perspectiva de género y diversidad:** considerando las diferencias observadas en los efectos de la violencia según el género y la identidad, sería útil desarrollar estudios con un enfoque interseccional que analicen estas variables en profundidad.
- **Evaluación del entorno social y familiar:** ampliar el análisis del papel del entorno familiar y social como factores moduladores del riesgo de violencia en pacientes con TMG podría facilitar intervenciones comunitarias más integradas.

En conjunto, este trabajo no solo contribuye al conocimiento científico sobre la relación entre salud mental y violencia, sino que también refuerza la necesidad de una enfermería comprometida con una atención centrada en la persona, basada en la evidencia y orientada a la justicia social.

7. AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer, en primer lugar, a nuestro tutor Javier Montes Hidalgo, por habernos acompañado con tanta cercanía y compromiso durante todo este proceso. Ha sido un privilegio tenerte como tutor.

También queremos dedicarnos un agradecimiento mutuo, porque este trabajo ha sido el resultado de una amistad construida sobre la confianza y respeto, que se ha ido fortaleciendo y eso ha hecho que incluso los momentos más difíciles se transformaran en algo más llevadero, bonito y lleno de aprendizaje.

Por último, queremos dar las gracias a nuestras familias, que han estado en cada etapa del proceso, animándonos y celebrando cada pequeño logro. Gracias por creer siempre en nosotras.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Mató a su madre a golpes por creerla «una bruja», padecía esquizofrenia [Internet]. [citado 9 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.abc.es/espana/canarias/abci-mato-madre-golpes-creerla-bruja-padecia-esquizofrenia-202112151757_noticia.html

2. Palacios-Jiménez NM, Duque-Molina C, Alarcón-López A, González-Mota SB, Miranda-García M, Paredes-Cruz F, et al. Salud mental: relevancia del problema, estrategias y retos que afrontar en el IMSS. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 19 de diciembre de 2022 [citado 17 de enero de 2025];60(Suppl 2):S150. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10627502/

3. Manchego-Carnero BA, Manchego-Carnero RE, Leyva-Márquez EG, Manchego-Carnero BA, Manchego-Carnero RE, Leyva-Márquez EG. Salud mental y riesgo de violencia en mujeres y adultos mayores víctimas de violencia. Enfermería Global [Internet]. 1 de octubre de 2022 [citado 21 de enero de 2025];21(68):309-35. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es

4. Domínguez-Alcón C BSMCAN. Cuidado y ética del cuidado. 2023 [citado 21 de enero de 2025]; Disponible en: https://www.fundaciogrifols.org/documents/4438882/5645095/COLECTIU_MINERVA_2023_web.pdf/d89875fa-4610-443c-3fd3-76d3fae5d739?t=1695380187504

5. Benito Calleja J.A. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. 2020 [citado 21 de enero de 2025]; Disponible en: https://cpage.mpr.gob.es/

6. World Health Organization [Internet]. 2022 [citado 21 de enero de 2025]. Schizophrenia. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia

7. Jefatura del Estado. BOE-A-2022-11589 Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. [Internet]. 2022 [citado 21 de enero

de 2025]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-11589

8. Regalado Chamorro M, Medina Gamero A. El rol de enfermeros en la atención de la salud mental. Aten Primaria [Internet]. 1 de febrero de 2022 [citado 21 de enero de 2025];55(2):102530. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9771710/

9. López-López C, Freijeiro-Llorca A, Arbesú-Fernández ME, López-López C, Freijeiro-Llorca A, Arbesú-Fernández ME. Evolución del estigma hacia salud mental en especialistas sanitarios en formación en Asturias. Enfermería Global [Internet]. 2023 [citado 21 de enero de 2025];22(69):105-33. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

10. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2022 [citado 21 de enero de 2025]. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

11. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. PLoS Med. 1 de febrero de 2022;19(2).

12. Guerri M. PsicoActiva. 2024 [citado 18 de enero de 2025]. Los principales Trastornos mentales o Psicológicos: clasificación. Disponible en: https://www.psicoactiva.com/blog/principales-trastornos-psicologicos/

13. Fernández M. Psicología-Online. 2024 [citado 17 de enero de 2025]. 15 Tipos de violencia y sus características - Cuáles son y cómo reconocerlos. Disponible en: https://www.psicologia-online.com/tipos-de-violencia-y-sus-caracteristicas-4936.html

14. Morgan RD, Scanlon F, Van Horn SA. Criminogenic risk and mental health: A complicated relationship. CNS Spectr. 1 de abril de 2020;25(2):237-44.

15. Bobbio A, Arbach K, Redondo S. El Modelo del Triple Riesgo Delictivo en la explicación de la conducta antisocial de adolescentes varones y mujeres. Revista Española de Investigación Criminológica [Internet]. 20 de octubre de 2021 [citado 21 de enero de 2025];19(1):1-35. Disponible en: https://reic.criminologia.net/index.php/journal/article/view/479

16. Definición de Criminalidad | CFEC - Estudio Criminal [Internet]. [citado 21 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.estudiocriminal.eu/blog/definicion-de-criminalidad/

17. Economou M, Bechraki A, Charitsi M. The stigma of mental illness: A historical overview and conceptual approaches. Psychiatriki. 1 de enero de 2020;31(1):36-46.

18. Martínez-Otero Pérez V, Martín Ramírez J, Jimeno J. Violencia y Salud Mental. 2020;

19. Kemal S, Nwabuo A, Hoffmann J. Mental Health and Violence in Children and Adolescents. Pediatr Clin North Am. 1 de diciembre de 2023;70(6):1201-15.

20. Miliauskas CR, Faus DP, da Cruz VL, do Nascimento Vallaperde JGR, Junger W, Lopes CS. Community violence and internalizing mental health symptoms in adolescents: A systematic review. BMC Psychiatry. 1 de diciembre de 2022;22(1).

21. Soriano Ferrer M. PediatriaIntegral. 2022 [citado 18 de enero de 2025]. Impacto en la conducta de las experiencias adversas en la infancia | Pediatría integral. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-01/impacto-en-la-conducta-de-las-experiencias-adversas-en-la-infancia/

22. Ferrara P, Franceschini G, Corsello G, Mestrovic J, Giardino I, Vural M, et al. Increased Exposure to Violence and Risk of Neurodevelopmental Disorders in Children. Journal of Pediatrics. 1 de septiembre de 2021;236:335-336.e2.

23. Lam AA, Penney SR, Simpson AIF. Serious Mental Illness and Sexual Offending in Forensic Psychiatric Patients. Sexual Abuse. 1 de febrero de 2023;35(1):103-26.

24. Albarbari HS, Al-Awami HM, Bazroon AA, Aldibil HH, Alkhalifah SM, Menezes RG. Criminal behavior and mental illness in the Arab world. J Forensic Sci. 1 de noviembre de 2021;66(6):2092-103.

25. Parisi A, Wilson AB, Villodas M, Phillips J, Dohler E. A Systematic Review of Interventions Targeting Criminogenic Risk Factors Among Persons With Serious Mental Illness. Psychiatr Serv [Internet]. 1 de agosto de 2022 [citado 21 de enero de 2025];73(8):897-909. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34911352/

26. Baranyi G, Fazel S, Langerfeldt SD, Mundt AP. The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 1 de junio de 2022;7(6):e557-68.

27. Rodríguez JMF. SOM Salud Mental360. 2023 [citado 1 de marzo de 2025]. La atención ambulatoria en los centros penitenciarios | SOM Salud Mental 360. Disponible en: https://derechos.som360.org/es/monografico/salud-mental-prision/articulo/atencion-ambulatoria-centros-penitenciarios

28. Pabón Basto AY. Intentos de suicidio y trastornos mentales. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [citado 18 de enero de 2025];20(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2021000400018&lng=es&nrm=iso&tlng=es

29. Fusar-Poli P, Sunkel C, Larrauri CA, Keri P, McGorry PD, Thornicroft G, et al. Violence and schizophrenia: the role of social determinants of health and the need for early intervention. World Psychiatry [Internet]. 1 de junio de 2023 [citado 21 de enero de 2025];22(2):230-1. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.21074

30. Esbec E, jurídica EEA de psicología, 2016 undefined. Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. Elsevier [Internet]. 2016 [citado 19 de noviembre de 2024]; Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1133074016000027

31. Colombo CA. GSD. 2023 [citado 1 de marzo de 2025]. Agresividad en el trastorno bipolar: del estigma a la realidad - GSD - un grupo de clínicas en Italia. Disponible en: https://www.gsdinternational.com/es/noticias/aggressiveness-in-bipolar-disorder-from-stigma-to-reality

32. Bal NB, Özalp E, Teksin MG, Kotan Z, Karslioğlu EH, Çayköylü A. Childhood Trauma as an Environmental Determinant of Risk of Violence in Bipolar Disorder. Archives of Neuropsychiatry [Internet]. 1 de diciembre de 2023 [citado 1 de marzo de 2025];60(4):344. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10709710/

33. Pérez Leiva BD, Jiménez Puig E, Pérez Leiva BD, Jiménez Puig E. Evaluación de los trastornos de personalidad. Una revisión sistemática. MediSur [Internet]. 2022 [citado 9 de marzo de 2025];20(3):441-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000300441&lng=es&nrm=iso&tlng=es

34. Personalidad y Trastornos de Personalidad [Internet]. [citado 9 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.jbpsicologo.es/blog-psicologia/psicologo-algeciras-personalidad

35. Trastorno de personalidad antisocial: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 9 de marzo de 2025]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000921.htm

36. Trastornos de personalidad y violencia. Un plan de cuidados de enfermería - Buscar con Google [Internet]. [citado 9 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=Trastornos+de+personalidad+y+violencia.+Un+plan+de+cuidados+de+enfermer%C3%ADa&oq=Trastornos+de+personalidad+y+violencia.+Un+plan+de+cuidados+de+enfermer%C3%ADa&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIGCAEQRRg80gEHNzc1ajBqN6gCCLACAfEFyRzkwJMwhRrxBckc5MCTMIUa&sourceid=chrome&ie=UTF-8

37. Marinho G. Violência nas perturbações da personalidade: características, significado e funções. Vínculo [Internet]. 2019 [citado 9 de marzo de

2025];16(1):41-51. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902019000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

38. de la Cuesta Benjumea C, López Gracia MV, Arredondo González CP. Recuperar y conservar al familiar: estrategias de los familiares cuidadores para hacer frente a las crisis de salud mental. Aten Primaria [Internet]. 1 de octubre de 2018 [citado 21 de enero de 2025];51(8):471. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6836989/

39. Becerra-Hernández A, Menéndez-Fierros DE, Mapén-Franco F de J, Becerra-Hernández A, Menéndez-Fierros DE, Mapén-Franco F de J. La familia, grupo social permanente en las organizaciones desde una perspectiva psicoanalítica. Acción Psicológica [Internet]. 24 de febrero de 2019 [citado 21 de enero de 2025];16(2):91-102. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2019000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

40. Bechiche H. The Impact of Family Dynamics on the Evolution of Psychopathology. المرشد [Internet]. 11 de diciembre de 2024 [citado 21 de enero de 2025];14(1):126-45. Disponible en: https://asjp.cerist.dz/en/article/256975

41. Talevi D, Pacitti F, Rossi A, Costa M, Socci V, Rossi R. Violence in severe mental disorders: the association with age at onset and gender. Riv Psichiatr. 1 de enero de 2023;58(1):27-9.

42. Tyler N, Miles HL, Karadag B, Rogers G. An updated picture of the mental health needs of male and female prisoners in the UK: prevalence, comorbidity, and gender differences. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 21 de enero de 2025];54(9):1143-52. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-019-01690-1

43. Jesus M de, Martins V, … IFD em, 2022 undefined. The relationship between specific psychiatric disorders and type of crimes committed in a forensic

psychiatry population. revistardp.org.br [Internet]. 2022 [citado 20 de noviembre de 2024]; Disponible en: https://revistardp.org.br/revista/article/view/405

44. Hidayati NO, Suryani S, Rahayuwati L, Widianti E. Women Behind Bars: A Scoping Review of Mental Health Needs in Prison. Iran J Public Health [Internet]. 2023 [citado 21 de enero de 2025];52(2):243. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10113576/

45. Bengtson S, Giraldi A. The complex link between mental disorders and re-offending in sexual offenders: Why we need to learn more. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 1 de julio de 2023 [citado 18 de enero de 2025];148(1):3-5. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.13584

46. Schwartz B, Kaminer D, Hardy A, Nöthling J, Seedat S. Gender Differences in the Violence Exposure Types That Predict PTSD and Depression in Adolescents. J Interpers Violence [Internet]. 1 de septiembre de 2021 [citado 20 de enero de 2025];36(17-18):8358-81. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31130044/

47. Newcomb ME, Hill R, Buehler K, Ryan DT, Whitton SW, Mustanski B. High Burden of Mental Health Problems, Substance Use, Violence, and Related Psychosocial Factors in Transgender, Non-Binary, and Gender Diverse Youth and Young Adults. Arch Sex Behav [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 20 de enero de 2025];49(2):645-59. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31485801/

48. Xiomara C, Galarraga P, García T, Ii P. Trastornos mentales y homicidio. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2018 [citado 21 de enero de 2025];34(1):4-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

49. Hardmeier L. Revista ANCLA. [citado 21 de enero de 2025]. J. Dahmer, asesino serial: ¿psicótico o perverso? Disponible en: https://psicopatologia2.org/ancla/Ediciones/006/index.php?file=Elucidaciones/J-Dahmer.html

50. Isabel Fajardo Delgado C. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA PERFIL PSICOLÓGICO CRIMINAL Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS A LOS ASESINOS SERIALES TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA AUTORES: MARÍA EMILIA ASTUDILLO GONZÁLEZ DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO. 2023;

51. John Wayne Gacy - AMC SELEKT [Internet]. [citado 21 de enero de 2025]. Disponible en: https://amcselekt.es/blog/amccrime/fichados/john-wayne-gacy/

52. García H. Ted Bundy, el lobo con piel de cordero: Así engañaba a sus víctimas para matarlas. 2023 [citado 21 de enero de 2025];rtve. Disponible en: https://www.rtve.es/television/20230821/ted-bundy-asesino-true-crime-serie-documental-rtve-play-ver-gratis/2453655.shtml

53. Cecchini D. infobae. 2022 [citado 21 de enero de 2025]. Pogo, el payaso sádico que violaba y mataba adolescentes varones y los enterraba en el sótano de su casa - Infobae. Disponible en: https://www.infobae.com/historias/2022/01/08/pogo-el-payaso-sadico-que-violaba-y-mataba-adolescentes-varones-y-los-enterraba-en-el-sotano-de-su-casa/

54. Ruiz Roldán R. La adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos. 31 de mayo de 2019 [citado 21 de enero de 2025]; Disponible en: https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/16518

55. Sanz Gómez C. La exclusión social de las personas con enfermedad mental y de sus familias. Los cuidados de Enfermería que mejoran la situación. 2019 [citado 21 de enero de 2025]; Disponible en: https://uvadoc.uva.es/handle/10324/36657

56. TECSAM [Internet]. 2023 [citado 1 de marzo de 2025]. Escala PRISS - Xarxa TECSAM. Disponible en: https://tecsam.org/es/soluciones/priss-scale/

57. Propósito, Misión y Valores - Fundació Hospitalàries Sant Boi [Internet]. [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.fundaciohospitalariessantboi.org/es/conocenos/proposito-mision-y-valores/

58. Serdar CC, Cihan M, Yücel D, Serdar MA. Sample size, power and effect size revisited: simplified and practical approaches in pre-clinical, clinical and laboratory studies. Biochem Med (Zagreb) [Internet]. 2020 [citado 22 de abril de 2025];31(1):010502. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7745163/

59. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G*Power software. J Educ Eval Health Prof [Internet]. 2021 [citado 22 de abril de 2025];18:17. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8441096/

60. Bujang MA. An elaboration on sample size determination for correlations based on effect sizes and confidence interval width: a guide for researchers. Restor Dent Endod [Internet]. 1 de mayo de 2024 [citado 22 de abril de 2025];49(2). Disponible en: http://rde.ac/journal/view.php?doi=10.5395/rde.2024.49.e21

61. memoria 2020 bennito meni germanes hospitalaries - Cerca de Google [Internet]. [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=memoria+2020+bennito+meni+germanes+hospitalaries&oq=memoria+2020+bennito+meni+germanes+hospitalaries&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCTM0OTk4ajBqN6gCB7ACAfEFCu0wRwN7WyY&sourceid=chrome&ie=UTF-8

62. 1. https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/download/23/6/50 - Buscar con Google [Internet]. [citado 9 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=1.+https%3A%2F%2Frevistavertex.com.ar%2Fojs%2Findex

63. La práctica de la evaluación del riesgo de violencia en España - Cerca de Google [Internet]. [citado 2 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=La+pr%C3%A1ctica+de+la+evaluaci%C3%B3

n+del+riesgo+de+violencia+en+Espa%C3%B1a&oq=La+pr%C3%A1ctica+de+la+evaluaci%C3%B3n+del+riesgo+de+violencia+en+Espa%C3%B1a&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBBzcwM2owajeoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8

64. Vista de Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación | Psicothema [Internet]. [citado 2 de mayo de 2025]. Disponible en: https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8869/8733

65. Cheng J, Haag AM, Olver ME. Predictors of Historical Clinical Risk Management-20 Version 3 (HCR–20:V3) summary risk ratings. Psychiatry, Psychology, and Law [Internet]. 2019 [citado 9 de marzo de 2025];26(4):682. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6762121/

66. Ogonah MGT, Seyedsalehi A, Whiting D, Fazel S. Violence risk assessment instruments in forensic psychiatric populations: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry [Internet]. 1 de octubre de 2023 [citado 9 de marzo de 2025];10(10):780-9. Disponible en: https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S2215036623002560

67. Enfermedad mental y exclusión social: valoración del riesgo - Buscar con Google [Internet]. [citado 9 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=Enfermedad+mental+y+exclusi%C3%B3n+social%3A+valoraci%C3%B3n+del+riesgo&sca_esv=248c1a1232d6ce85&sxsrf=AHTn8zoxKwD3MXq16B738NCWHl9QL8Eufg%3A1741539585636&ei

68. HCR-2O GUIA PARA LA VALORACIÓN - Buscar con Google [Internet]. [citado 9 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=HCR-2O+GUIA+PARA+LA+VALORACI%C3%93N&sca_esv=248c1a1232d6ce85&sxsrf=AHTn8zqgutLBpnmgzJfwEdInfPhcozW9uw%3A1741539717256&ei=hcnNZ5KhD_eCxc8Pp9Kk-Q4&ved

69. Sánchez-Romero VD, Sánchez-Romero VD. Agresividad premeditada e impulsiva en relación con el bienestar psicológico en alumnos de secundaria, Perú. Cienciamatria Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología [Internet]. 1 de julio de 2024 [citado 9 de marzo de 2025];10(19):6-20.

Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2542-30292024000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

70. PROPIEDADES PSICOMETRICAS DE LAS VERSIONES LARGAS SCIELO - Buscar con Google [Internet]. [citado 9 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=PROPIEDADES+PSICOMETRICAS+DE+LAS+VERSIONES+LARGAS+SCIELO&oq=PROPIEDADES+PSICOMETRICAS+DE+LAS+VERSIONES+LARGAS+SCIELO&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyCQgAEEUYORigATIHCAEQIRigAdIBCDQ3OTRqMGo3qAIAsAIA&sourceid=chrome&ie=UTF-8

71. Inventario de Hostilidad Bdhi-Escala L: Agresividad Y Autoestima. (Hostility Inventory Bdhi-Escala L: Aggression and Selfesteem) | PDF | Invasión | Psicología Social [Internet]. [citado 9 de marzo de 2025]. Disponible en: https://es.scribd.com/document/666804950/INVENTARIODEHOSTILIDADBDHI-ESCALALAGRESIVIDADYAUTOESTIMA

72. Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión - Cerca de Google [Internet]. [citado 2 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=Adaptaci%C3%B3n+psicom%C3%A9trica+de+la+versi%C3%B3n+espa%C3

73. The Aggression Questionnaire for Spanish Preadolescents and Adolescents: AQ-P - Cerca de Google [Internet]. [citado 2 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=The+Aggression+Questionnaire+for+Spanish+Preadolescents+and+Adolescents%3A+AQ-

74. Psychometric properties of the long and short forms of the AQ aggression questionnaire in a sample of Spanish inmates - Cerca de Google [Internet]. [citado 2 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=Psychometric+properties+of+the+long+and+short+forms+of+the+AQ+aggression+questionnaire+in+a+sample+of+Spanish+inmates&oq

75. TESIS DOCTORAL AGRESIÓN, PSICOPATIA Y TRASTORNO MENTAL: aNALISIS DE SU - Buscar con Google [Internet]. [citado 9 de marzo de 2025]. Disponible en:

https://www.google.com/search?q=TESIS+DOCTORAL+AGRESI%C3%93N%2C+PSICOPATIA+Y+TRASTORNO+MENTAL%3A+aNALISIS+DE+SU&oq=TESIS+DOCTORAL+AGRESI%C3%93N%2C+PSICOPATIA+Y+TRASTORNO+MENTAL%3A+aNALISIS+DE+SU+&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCTEyNzc0ajBqNKgCALACAQ&sourceid=chrome&ie=UTF-8

76. Willhelm AR, Pereira AS, De Almeida RMM. Análise Fatorial Confirmatória da Versão Reduzida da Escala de Impulsividade Barratt para Adolescentes. Avaliação Psicológica [Internet]. 1 de octubre de 2020 [citado 9 de marzo de 2025];19(4):461-7. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712020000400013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

77. (PDF) Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) [Internet]. [citado 2 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/329141223_Propiedades_psicometricas_de_la_version_espanola_de_la_Escala_de_Impulsividad_de_Barratt_BIS-11

78. Negrete Cortés A, Vite Sierra A, García Gomar ML, Fernández Ruiz P, Berra Ruiz E, González García D, et al. Conducta impulsiva en adolescentes testigos de violencia familiar. Revista de Psicología (PUCP) [Internet]. 2023 [citado 9 de marzo de 2025];41(2):645-77. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472023000200645&lng=es&nrm=iso&tlng=es

79. Elaboración y validación de un cuestionario para medir la exposición a la violencia en infancia y adolescencia - Cerca de Google [Internet]. [citado 2 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=Elaboraci%C3%B3n+y+validaci%C3%B3n+de+un+cuestionario+para+medir+la+exposici%C3%B3n+a+la+violencia+en+infancia+y+adolescencia&oq=Elaboraci%C3%B3n+y+validaci%C3%B3n+de+un+cuestionario+para+medir+la+exposici%C3%B3n+a+la+violencia+en+infancia+y+adolesce

ncia&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBBzYxNWowajeoAgiwAgE&sourceid=chrome&ie=UTF-8

80. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL “CUESTIONARIO DE EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA” EN JÓVENES1 - Cerca de Google [Internet]. [citado 2 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=ADAPTACI%C3%93N+Y+VALIDACI%C3%93N+DEL+%

81. Exposición a la violencia en adultos mexicanos: análisis psicométrico de un instrumento corto - Cerca de Google [Internet]. [citado 2 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=Exposici%C3%B3n+a+la+violencia+en+adultos+mexicanos%3A+an%C3%A1lisis+psicom%C3%A9trico+de+un+instrumento+corto&oq

82. Prueba de Chi-cuadrado - Explicación sencilla - DATAtab [Internet]. [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://datatab.es/tutorial/chi-square-test

83. ANOVA y prueba T: comprensión de las diferencias [Internet]. [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://es.statisticseasily.com/prueba-de-anova-y-t

84. Prueba de Kruskal-Wallis - Explicación sencilla | DATAtab [Internet]. [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://datatab.es/tutorial/kruskal-wallis-test

85. Regresión logística - Explicación sencilla - DATAtab [Internet]. [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://datatab.es/tutorial/logistic-regression

86. guia spss - Cerca de Google [Internet]. [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=guia+spss&oq=guia+spss&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIKCAEQABgTGBYYHjIKCAIQABgTGBYYHjIKCAMQABgTGBYYHjIKCAQQABgTGBYYHjIKCAUQABgTGBYYHjIKCAYQABgTGBYYHjIKCAcQABgTGBYYHjIKCAgQABgTGBYYHjIKCAkQABgTGBYYHtIBCDc2MzhqMGo0qAIAsAIB&sourceid=chrome&ie=UTF-8

87. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos – WMA – The World Medical Association [Internet]. [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

88. BOE-A-2007-12945 Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. [Internet]. [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-12945

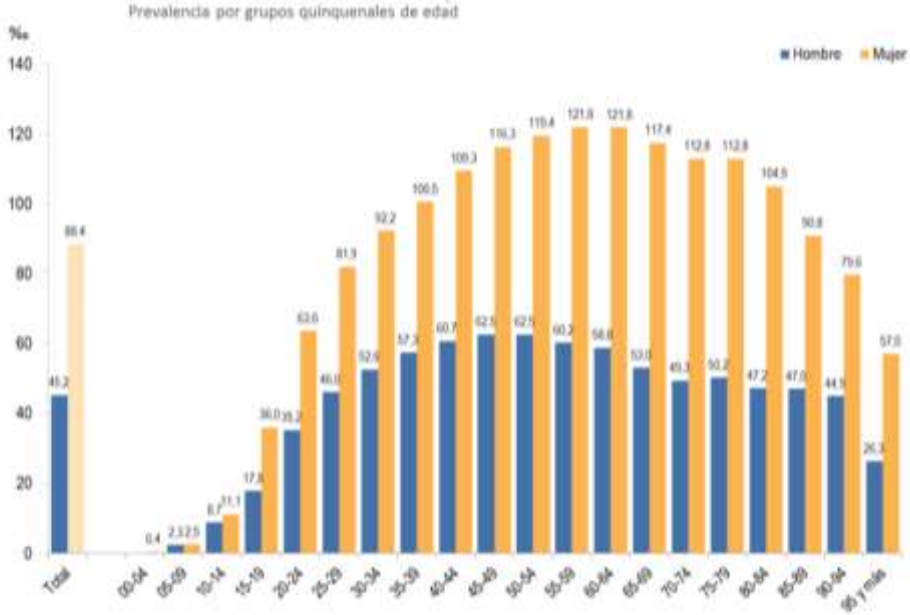
89. Reglamento - 2016/679 - EN - GDPR - EUR-Lex [Internet]. [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679

90. Institucional | Códigos Deontológicos [Internet]. [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/institucional/comision-deontologica-nacional-de-enfermeria/codigo-deontologico

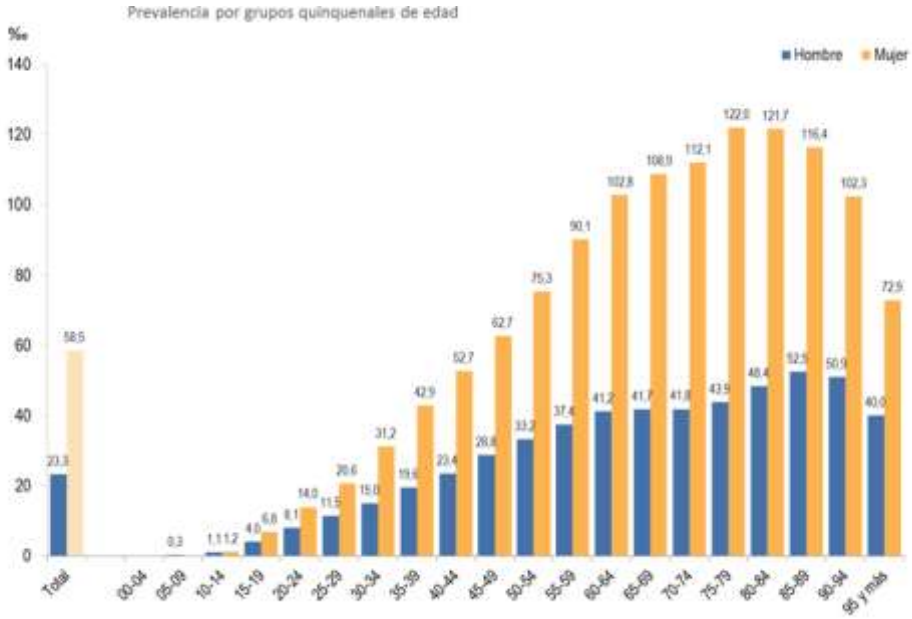
91. Mental health action plan 2013 - 2020 [Internet]. [citado 22 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021

8. ANEXOS

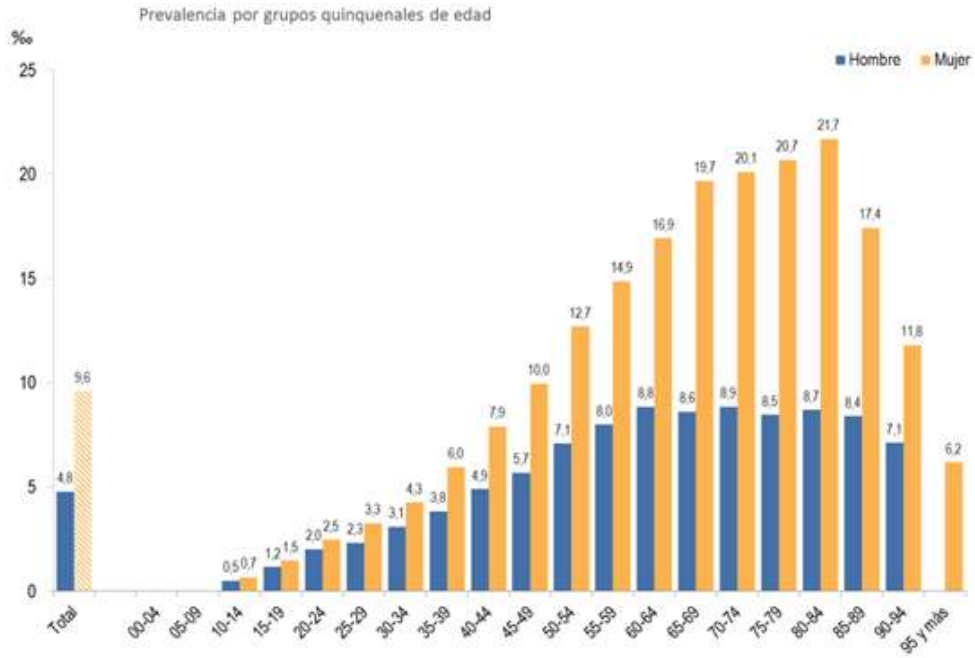
ANEXO 1: PREVALENCIA TRASTORNOS ANSIEDAD



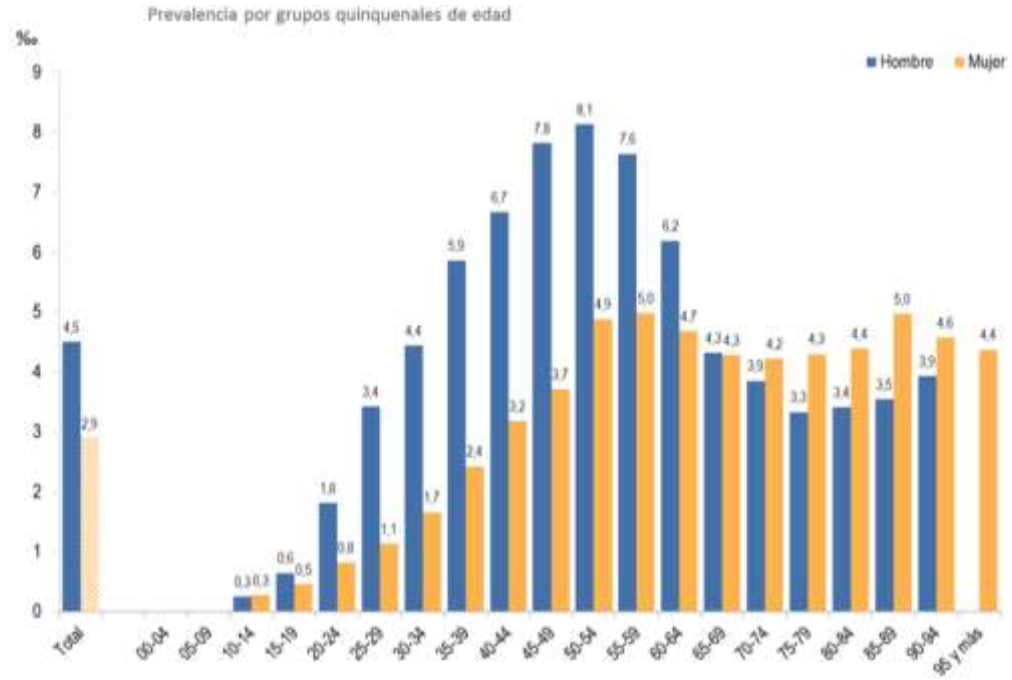
ANEXO 2: PREVALENCIA DE DEPRESIÓN



ANEXO 3: PREVALENCIA DE PSICOSIS AFECTIVA



ANEXO 4: PREVALENCIA DE ESQUIZOFRENIA



ANEXO 5: ESCALA PRISS

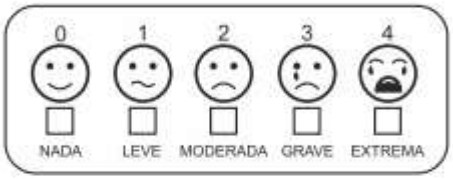
1. ¿He tenido la sensación de que una fuerza extraña me ha controlado la mente o que ha estado intentando comunicarse conmigo, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 2. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

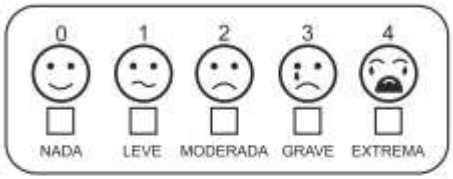
1.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

1.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



1.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



---

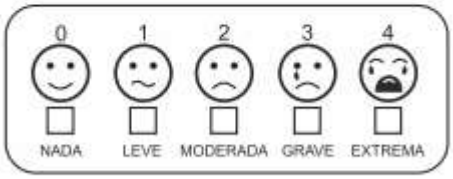
2. ¿Me ha costado dirigir los pensamientos de manera coherente en una conversación, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 3. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

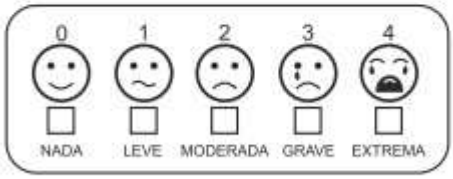
2.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

2.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



2.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



---

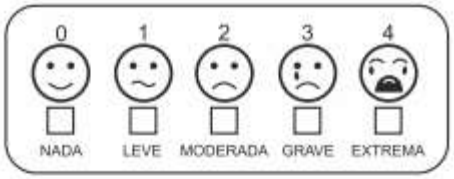
3. ¿He visto, sentido u oído cosas que otras personas no han podido, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 4. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

3.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

3.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



3.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



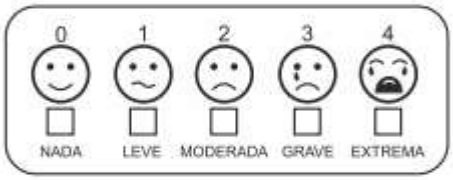
4. ¿Me he notado con agitación e hiperactividad, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 5. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

4.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

4.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



4.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria**



5. ¿He tenido la sensación de poseer capacidades especiales que otras personas no tienen, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 6. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

5.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

5.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



5.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



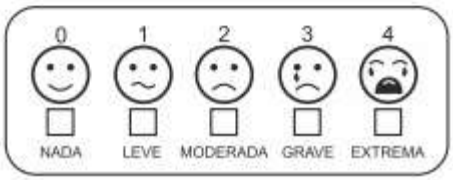
6. ¿He tenido la sensación de que la gente quiere hacerme daño o me persigue, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 7. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

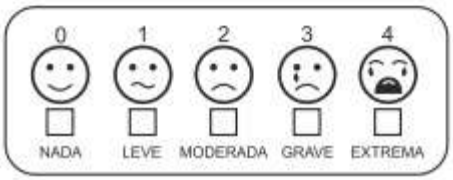
6.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

6.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



6.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



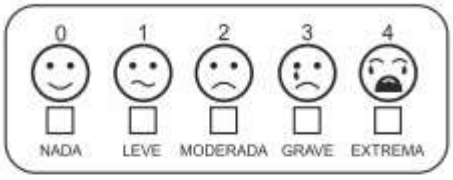
7. ¿He tenido una actitud agresiva (verbal o física), durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 8. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

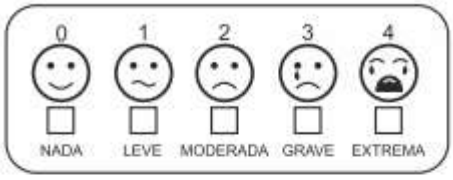
7.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

7.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



7.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



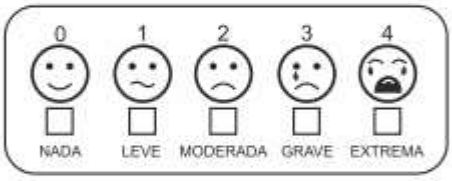
8. ¿Me ha costado transmitir emociones con la cara o con los gestos, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 9. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

8.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

8.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



8.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



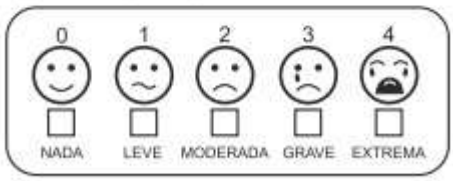
9. ¿Me ha costado mantener la mirada cuando me relaciono con otras personas, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 10. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

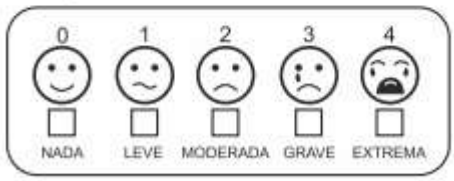
9.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

9.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



9.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



10. ¿He tenido problemas para participar en las actividades sociales por falta de interés, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 11. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

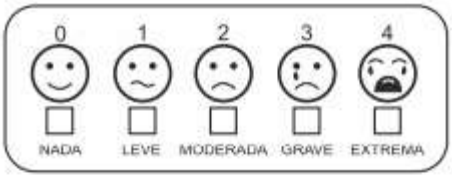
10.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

10.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



10.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



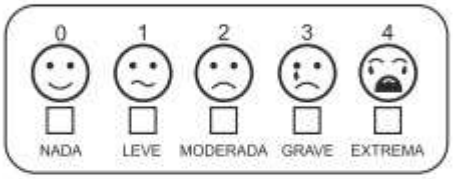
11. ¿Me ha costado interpretar lo que quieren decir otras personas cuando usan frases hechas, refranes o lenguaje figurado, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 12. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

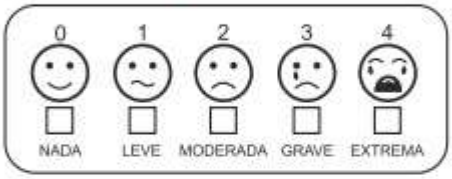
11.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

11.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



11.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



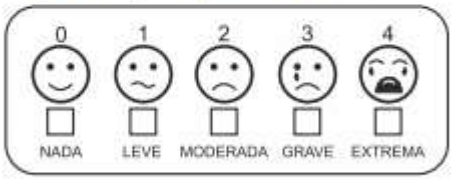
12. ¿He tenido problemas para comunicarme de manera espontánea y fluida, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 13. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

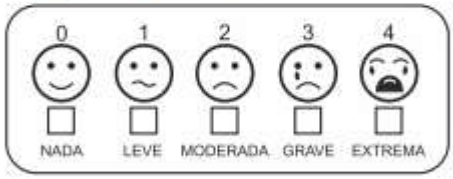
12.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

12.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



12.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



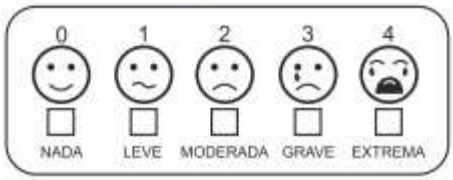
13. ¿He notado que pienso o hablo de un mismo tema de manera constante, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 14. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

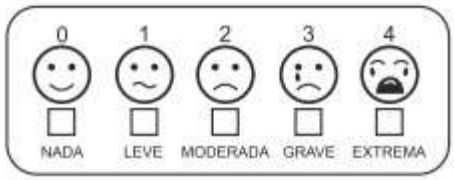
13.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

13.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación**



13.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



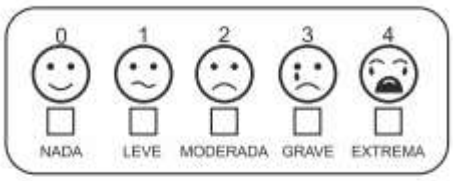
14. ¿Me ha preocupado excesivamente mi salud física, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 15. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

14.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

14.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



14.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



---

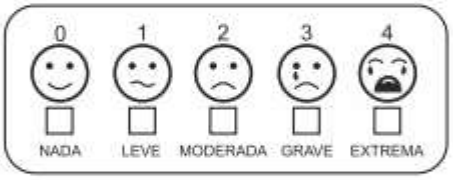
15. ¿Me he sentido con ansiedad, nerviosismo o intranquilidad, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 16. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

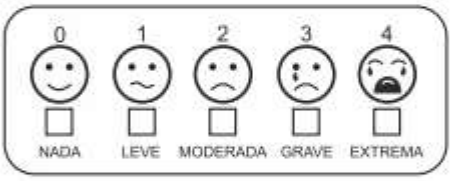
15.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

15.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



15.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



---

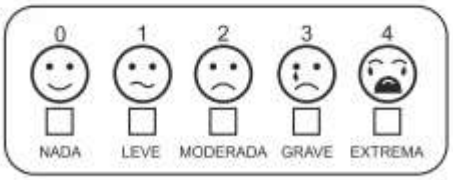
16. ¿He tenido sentimientos de culpa por hechos ocurridos en el pasado, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 17. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

16.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

16.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



16.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



---

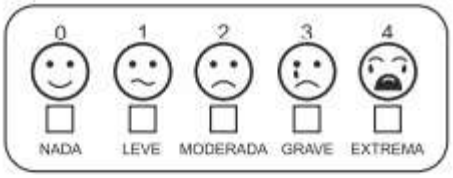
17. ¿Me he sentido con inquietud o he tenido temblor o sudoración en las manos, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 18. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

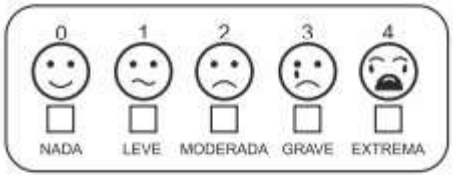
17.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

17.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



17.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



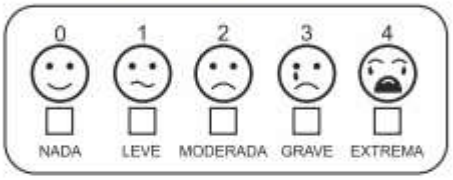
18. ¿He realizado movimientos, gestos o posturas extrañas, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 19. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

18.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

18.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



18.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



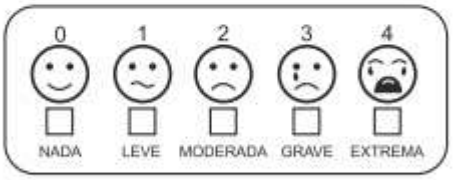
19. ¿Me he sentido triste, desanimado o pesimista, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 20. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

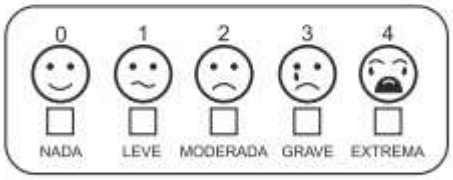
19.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

19.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



19.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



20. ¿Me he notado lento en los movimientos y/o en el habla, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 21. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

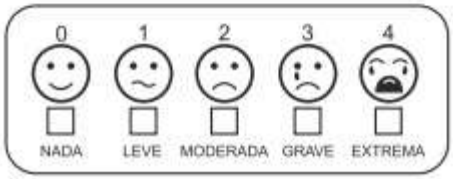
20.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

20.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



20.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



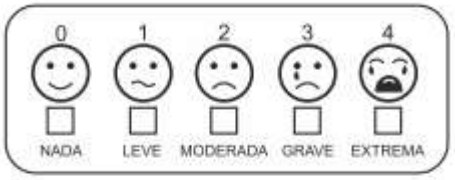
21. ¿He rechazado o evitado relacionarme con otras personas, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 22. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

21.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

21.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



21.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



---

22. ¿He tenido ideas extrañas, extrafalarias o peculiares, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 23. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

22.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

22.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



22.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



---

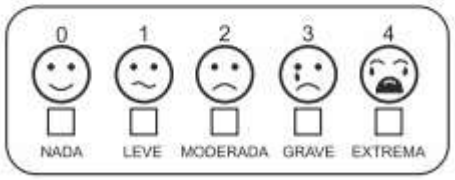
23. ¿Me ha costado saber en qué momento del día estaba o dónde me encontraba, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 24. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

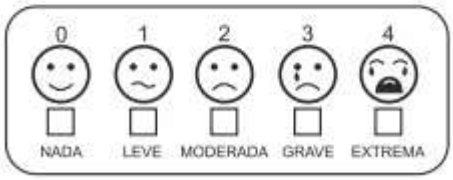
23.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

23.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



23.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



---

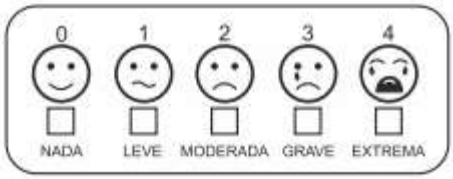
24. ¿Me ha costado mantener la concentración, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 25. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

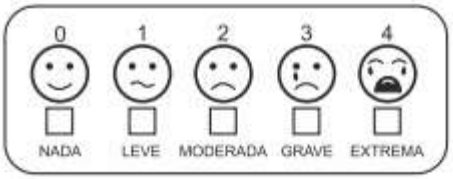
24.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

24.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



24.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



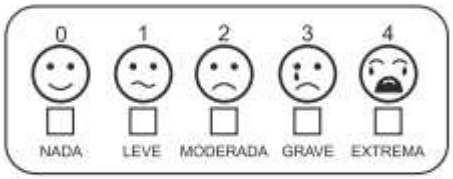
25. ¿Me ha costado empezar a hablar, a moverme o a pensar, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 26. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

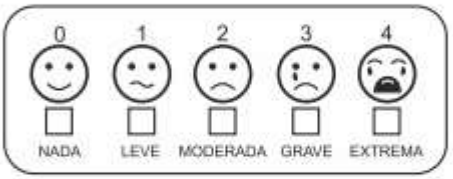
25.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

25.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



25.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



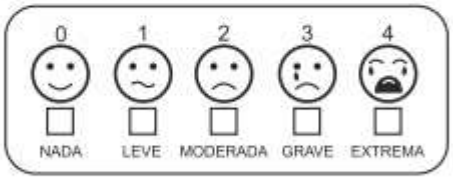
26. ¿He tenido problemas para controlar mis impulsos, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 27. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

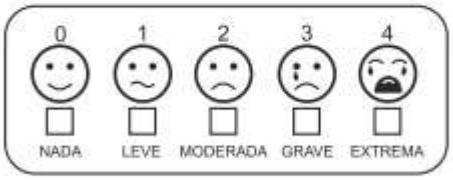
26.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

26.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



26.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



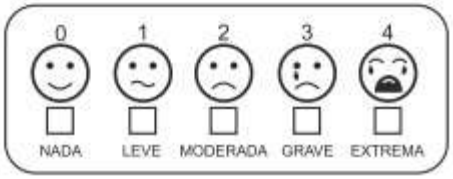
27. ¿Me he aislado y preocupado en exceso por mis pensamientos y emociones, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 28. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

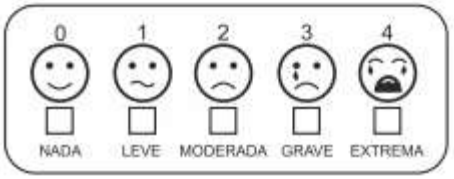
27.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

27.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



27.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



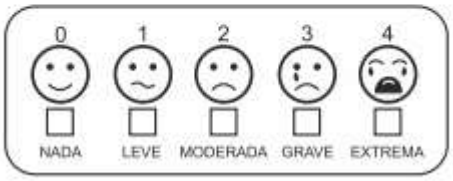
28. ¿He evitado relacionarme con otras personas por miedo y/o desconfianza, durante la última semana? No ☐ 0 Sí ☐ 1

Si la respuesta es No, ha terminado el cuestionario. Si la respuesta es sí, por favor continúe.

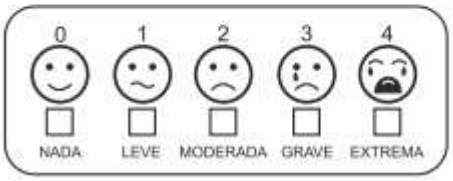
28.1 **¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?**

Casi nunca ☐ 1 A veces ☐ 2 Muchas veces ☐ 3 Siempre ☐ 4

28.2 **¿Cuánto me preocupa esta sensación?**



28.3 **¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?**



ANEXO 6: ESCALA HCR-20 V3

HCR-20

ID del Evaluado:..... **Fecha:** ...../...../.....

Edad: ...23 años..... **Sexo:** .....masc.....

Nota: Codificar 9 ante la ausencia de datos que permitan decidir una puntuación.

Ítems Históricos *Codificar: 0= No/Ausente, 1= Parcialmente/Posiblemente presente, 2= Sí/Definitivamente presente*		**Código (0, 1, 2)**
H1	Violencia previa	
H2	Edad del primer incidente violento	
H3	Relaciones inestables de pareja	
H4	Problemas relacionados con el empleo	
H5	Problemas con el consumo de sustancias adictivas	
H6	Trastorno mental grave ☐ Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada ☐ Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
H7	Psicopatía ☐ Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada ☐ Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
H8	Desajuste juvenil	
H9	Trastorno de personalidad ☐ Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada ☐ Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
H10	Incumplimientos de supervisión	
	Total Ítems Históricos	**/20**

Ítems Clínicos *Codificar: 0= No/Ausente, 1= Parcialmente/Posiblemente presente, 2= Sí/Definitivamente presente* *Registrar la fecha de la última entrevista*		**Código (0, 1, 2)**
C1	Falta de insight A. Hacia el trastorno (Falta de conciencia de enfermedad) B. Hacia las consecuencias o efectos del trastorno ☐ Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada ☐ Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
C2	Actitudes negativas (actitudes, disposición antisocial)	
C3	Presencia actual de síntomas de trastorno mental grave ☐ Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada ☐ Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
C4	Impulsividad	
C5	No responde al tratamiento A. No responde a los tratamientos farmacológico, ocupacional, psicológico, etc. B. Ausencia de *compliance*	
	Total Ítems Clínicos	**/10**

Ítems de Gestión del Riesgo ☐**In** ☐**Out** *Codificar: 0= No/Ausente, 1= Parcialmente/Posiblemente presente, 2= Sí/Definitivamente presente*		**Código (0, 1, 2)**
R1	Ausencia de planes de futuro viables	
R2	Exposición a factores desestabilizantes	
R3	Carencia de apoyo social	
R4	Incumplimiento a los tratamientos prescritos	
R5	Estrés A. Posibilidad de exponerse a estresores serios B. Pobre afrontamiento del estrés	
	Total Ítems de Afrontamiento de Situaciones de Riesgo	**/10**

	HCR-20 Total	**/40**
Valoración Final de Riesgo:	**o Baja o Moderada o Alta**	

ANEXO 7: ESCALA DE AGRESIÓN DE BUSS Y PERRY (AQ)

Recuerdaque no hay respuestas buenas o malas,sólo interesa conocer laforma como tú percibes, sientes y actúas en esas situaciones.

	CF	BF	VF	BV	CV
01. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona					
02. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos					
03. Me enojo rápidamente, pero se me pasa en seguida					
04. A veces soy bastante envidioso					
05. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona					
06. A menudo no estoy de acuerdo con la gente					
07. Cuando estoy frustrado, muestro el enojo que tengo					
08. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente					
09. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también					
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos					
11. Algunas veces me siento tan enojado como si estuviera a punto de estallar					
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades					
13. Suelo involucrarme en la peleas algo más de lo normal					
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo evitar discutir con ellos					
15. Soy una persona apacible					
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas					
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago					
18. Mis amigos dicen que discuto mucho					
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva					
20. Sé que mis «amigos» me critican a mis espaldas					
21. Hay gente que me provoca a tal punto que llegamos a pegarnos					
22. Algunas veces pierdo el control sin razón					
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables					
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona					
25. Tengo dificultades para controlar mi genio					
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas					
27. He amenazado a gente que conozco					
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán					
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas					

ANEXO 8: ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT (BIS-11)

	Rara mente o Nunca (0)	Ocasio-nalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes (actividades) con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegúrame que tendré dinero para mis gastos) (planifico mis estudios para asegurarme rendir bien)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compro cosas impulsivamente				
22. Yo termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto más dinero de lo que tengo/de lo que gano				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños (irrelevantes) cuando estoy pensando				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

ANEXO 9: CUESTIONARIO DE EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA (CEV)

Orue & Calvete, 2010

Las siguientes preguntas se refieren a cosas que han podido pasar en tu trabajo, en la calle, en tu casa o que hayas visto en la televisión.

Marca el número que elijas junto a la frase:

Nunca	Una vez	Algunas veces	Muchas veces	Todos los días

Preguntas			Respuestas				
¿Con qué frecuencia has visto como una persona pegaba o dañaba físicamente a otra persona en:	1	el trabajo?	0	1	2	3	4
	2	la calle?	0	1	2	3	4
	3	la casa?	0	1	2	3	4
	4	la T.V. o el cine?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia te han pegado o dañado físicamente a ti en:	5	el trabajo?	0	1	2	3	4
	6	la calle?	0	1	2	3	4
	7	la casa?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia has visto como una persona amenazaba con pegarle a otra en:	8	el trabajo?	0	1	2	3	4
	9	la calle?	0	1	2	3	4
	10	la casa?	0	1	2	3	4
	11	la T.V. o el cine?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia te han amenazado con pegarte a ti en:	12	el trabajo?	0	1	2	3	4
	13	la calle?	0	1	2	3	4
	14	la casa?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia has visto como una persona insultaba a otra en:	15	el trabajo?	0	1	2	3	4
	16	la calle?	0	1	2	3	4
	17	la casa?	0	1	2	3	4
	18	la T.V. o el cine?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia te han insultado a ti en:	19	el trabajo?	0	1	2	3	4
	20	la calle?	0	1	2	3	4
	21	la casa?	0	1	2	3	4

ANEXO 10: SOLICITUD DE PERMISO A LA GERENCIA/DIRECCIÓN DEL HOSPITAL BENITO MENNI

SOLICITUD DE PERMISO A LA GERENCIA/DIRECCIÓN DEL HOSPITAL BENITO MENNI

A/A miembros de la Gerencia/ Dirección del Hospital Benito Menni:

Nosotras, Celia Ochoa Heras con DNI 44444444P y Emma Pedrosa Fernández, con DNI 55555555M graduadas en Enfermería por la Universidad Escola Universitaria Gimbernat, nos dirigimos a ustedes para solicitar su permiso y autorización para llevar a cabo una investigación en el Hospital Benito Menni.

El proyecto de investigación se centra en la relación entre los trastornos mentales graves y la violencia. Este estudio tiene su origen en el Trabajo Final de Grado que realizamos, y su objetivo principal es determinar si existe alguna relación entre las personas con trastornos mentales graves y la manifestación de comportamientos violentos.

Para llevar a cabo esta investigación, será necesario realizar una recopilación de datos mediante la aplicación de diversas escalas a los pacientes ingresados con diagnóstico de trastornos mentales graves.

Somos conscientes de la importancia de mantener la confidencialidad y el anonimato de los pacientes, por lo que garantizamos que todos los datos obtenidos serán manejados con estricta confidencialidad, siguiendo los protocolos éticos establecidos.

Agradecemos de antemano su atención a esta solicitud y quedamos a la espera de su respuesta, confiando en contar con su apoyo para la realización de este proyecto en tan prestigiosa institución.

Atentamente,

01 de Setiembre 2024

Firma

Celia Ochoa Heras **Emma Pedrosa Fernandez**

+ 34 666666666
estudiosaludmental@gmail.com

ANEXO 11: SOLICITUD COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL BENITO MENNI

SOLICITUD COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL BENITO MENNI

A/A miembros del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Benito Menni,

Nosotras, Celia Ochoa Heras con DNI 44444444P y Emma Pedrosa Fernández, con DNI 55555555M graduadas en Enfermería por la Universidad Escola Universitaria Gimbernat, nos dirigimos a ustedes para solicitar solicitar la autorización ética para llevar a cabo una investigación en el Hospital Benito Menni.

El estudio que solicitamos desarrollar tiene como objetivo explorar la relación entre los trastornos mentales graves y la violencia, un tema abordado en nuestro Trabajo Final de Grado. La investigación busca determinar si existe algún tipo de vínculo entre los pacientes que padecen trastornos mentales graves y la incidencia de conductas violentas.

Para ello, se requiere la recolección de datos mediante la aplicación de escalas psicométricas a los pacientes ingresados con diagnóstico de trastornos mentales graves. Es nuestra intención que este estudio se lleve a cabo respetando de manera estricta los principios éticos de confidencialidad, anonimato y respeto hacia los derechos de los participantes.

Conscientes de la relevancia que tiene el cumplimiento de las normativas éticas en la investigación clínica, solicitamos su valiosa aprobación para iniciar este proyecto dentro de las instalaciones de su hospital.

Agradecemos su tiempo y consideración, y quedamos a la espera de su respuesta.

Atentamente,

01 de Setiembre 2024

Firma





Celia Ochoa Heras **Emma Pedrosa Fernandez**

+ 34 666666666
estudiosaludmental@gmail.com

ANEXO 12: CONSENTIMIENTO INFORMADO A TUTORES LEGALES

CONSENTIMIENTO INFORMADO A TUTORES LEGALES

Se le invita a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo explorar la posible relación entre los trastornos mentales graves y la violencia. Antes de tomar cualquier decisión, le pedimos que lea cuidadosamente la siguiente información, que le proporcionará detalles sobre el estudio, su propósito, los procedimientos que se llevarán a cabo, y sus derechos como tutor legal del paciente. Es importante que comprenda toda la información antes de autorizar la participación del paciente en este estudio.

TÍTULO DEL ESTUDIO

Relación entre los trastornos mentales graves y la violencia

INVESTIGADORAS RESPONSABLES

Celia Ochoa Heras y Emma Pedrosa Fernandez
Graduadas en Enfermería, Universidad Escola Universitaria Gimbernat

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Este estudio tiene como objetivo analizar la posible relación entre los trastornos mentales graves y la manifestación de comportamientos violentos en pacientes hospitalizados. Se busca entender mejor los vínculos que puedan existir entre estos factores para mejorar las intervenciones terapéuticas y la atención a las personas que padecen trastornos mentales graves.

DURACIÓN DEL ESTUDIO

La participación en este estudio se llevará a cabo durante el tiempo que el paciente esté ingresado en el Hospital Benito Menni, con una duración aproximada de entre 30 y 45 minutos para la aplicación de las escalas de evaluación en cada ocasión. La recolección de datos se realizará en una sola sesión o, en caso necesario, en varias sesiones breves.

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y PROCEDIMIENTO

Como parte de la investigación, se solicitará al paciente la participación en la aplicación de escalas de evaluación psicológica y psicométricas para recabar información relacionada con su trastorno mental y la posible manifestación de conductas violentas. Estas escalas serán completadas de forma individual y adaptadas a las necesidades y capacidades del paciente, sin que esto implique ningún tratamiento adicional.

RIESGOS Y BENEFICIOS

Este estudio no presenta riesgos para la salud del paciente, ya que las herramientas empleadas son de carácter no invasivo y no implican ningún procedimiento físico. Los beneficios de este estudio son principalmente para la mejora del conocimiento sobre las relaciones entre los trastornos mentales graves y la violencia, lo que podría contribuir a una mejor atención y tratamiento para los pacientes en el futuro.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La participación en este estudio es completamente voluntaria. El tutor legal del paciente tiene la facultad de decidir si autoriza o no la participación en el estudio, sin que ello afecte de ninguna manera al tratamiento o atención que recibe el paciente en el hospital. La negativa a participar no implicará ninguna consecuencia negativa para el paciente.

CONFIDENCIALIDAD Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos en este estudio serán tratados de forma confidencial y anónima. En todo momento se garantizará el respeto a la privacidad del paciente y la confidencialidad de la información. La información recolectada será utilizada exclusivamente para los fines de este estudio de investigación. Ningún dato personal identificativo será revelado en las publicaciones derivadas de este estudio. El acceso a los datos estará restringido al equipo investigador y será almacenado de acuerdo con las normativas de protección de datos vigentes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TUTORES LEGALES DE LOS PARTICIPANTES

Por la presente, yo, [nombre del tutor legal], tutor legal de [nombre del paciente], con DNI/NIE [número de documento], doy mi consentimiento para que [nombre del paciente] participe en el estudio de investigación titulado "Relación entre los trastornos mentales graves y la violencia", de acuerdo con los términos explicados en este documento.

Entiendo que mi autorización es completamente voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto afecte al tratamiento médico o atención que se le proporciona al paciente.

Firma tutor legal En ....., a..... de..... de 20.....

ANEXO 13: CONSENTIMIENTO INFORMADO A PARTICIPANTES MAYORES DE EDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES MAYORES DE EDAD

Se le invita a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo explorar la posible relación entre los trastornos mentales graves y la violencia. Antes de tomar cualquier decisión, le pedimos que lea cuidadosamente la siguiente información, que le proporcionará detalles sobre el estudio, su propósito, los procedimientos que se llevarán a cabo, y sus derechos como tutor legal del paciente. Es importante que comprenda toda la información antes de autorizar la participación del paciente en este estudio.

TÍTULO DEL ESTUDIO

Relación entre los trastornos mentales graves y la violencia

INVESTIGADORAS RESPONSABLES

Celia Ochoa Heras y Emma Pedrosa Fernandez
Graduadas en Enfermería, Universidad Escola Universitaria Gimbernat

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Este estudio tiene como objetivo analizar la posible relación entre los trastornos mentales graves y la manifestación de comportamientos violentos en pacientes hospitalizados. Se busca entender mejor los vínculos que puedan existir entre estos factores para mejorar las intervenciones terapéuticas y la atención a las personas que padecen trastornos mentales graves.

DURACIÓN DEL ESTUDIO

La participación en este estudio se llevará a cabo durante el tiempo que el paciente esté ingresado en el Hospital Benito Menni, con una duración aproximada de entre 30 y 45 minutos para la aplicación de las escalas de evaluación en cada ocasión. La recolección de datos se realizará en una sola sesión o, en caso necesario, en varias sesiones breves.

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y PROCEDIMIENTO

Como parte de la investigación, se solicitará al paciente la participación en la aplicación de escalas de evaluación psicológica y psicométricas para recabar información relacionada con su trastorno mental y la posible manifestación de conductas violentas. Estas escalas serán completadas de forma individual y adaptadas a las necesidades y capacidades del paciente, sin que esto implique ningún tratamiento adicional.

RIESGOS Y BENEFICIOS

Este estudio no presenta riesgos para la salud del paciente, ya que las herramientas empleadas son de carácter no invasivo y no implican ningún procedimiento físico. Los beneficios de este estudio son principalmente para la mejora del conocimiento sobre las relaciones entre los trastornos mentales graves y la violencia, lo que podría contribuir a una mejor atención y tratamiento para los pacientes en el futuro.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La participación en este estudio es completamente voluntaria. El tutor legal del paciente tiene la facultad de decidir si autoriza o no la participación en el estudio, sin que ello afecte de ninguna manera al tratamiento o atención que recibe el paciente en el hospital. La negativa a participar no implicará ninguna consecuencia negativa para el paciente.

CONFIDENCIALIDAD Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos en este estudio serán tratados de forma confidencial y anónima. En todo momento se garantizará el respeto a la privacidad del paciente y la confidencialidad de la información. La información recolectada será utilizada exclusivamente para los fines de este estudio de investigación. Ningún dato personal identificativo será revelado en las publicaciones derivadas de este estudio. El acceso a los datos estará restringido al equipo investigador y será almacenado de acuerdo con las normativas de protección de datos vigentes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TUTORES LEGALES DE LOS PARTICIPANTES

Por la presente, yo, [nombre del participante], con DNI/NIE [número de documento], doy mi consentimiento para participar en el estudio de investigación titulado "Relación entre los trastornos mentales graves y la violencia", de acuerdo con los términos explicados en este documento.

Entiendo que mi autorización es completamente voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto afecte al tratamiento médico o atención que se le proporciona al paciente.

Firma del participante En ....., a..... de..... de 20.....