

C González Juárez*, M^a González Hidalgo**, S Gonzalo Martínez***, C de Gregorio González*, J de León Hernández*, C Mouriño Sánchez**, J Sempere Pérez*.

* *Psiquiatra. Instituto Psiquiátrico José Germain.*

** *MIR Psiquiatría. Instituto Psiquiátrico José Germain.*

*** *PIR. Instituto Psiquiátrico José Germain.*

Resumen

Objetivo: conocer si en los últimos años se ha producido un aumento de las conductas transgresoras (por ejemplo, agresiones, fugas, consumo de tóxicos, etc), como motivo de la hospitalización y durante la misma, entre los pacientes internados en unidades psiquiátricas de agudos.

Método: estudio transversal con datos históricos de una serie de casos correspondientes a los ingresos producidos en la Unidad de Hospitalización Breve del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés en los periodos de tiempo comprendidos entre el 01.07.1990 y el 30.06.1991 y entre el 01.07.1996 y el 30.06.1997. Se compara la presencia de conductas transgresoras de normas entre los dos grupos de pacientes ingresados.

Resultados: los dos grupos son homogéneos en sus características, excepto por la mayor presencia de trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias en el grupo 96-97. En relación con las conductas transgresoras de normas, aparecen en el grupo 96-97 más casos de agresiones a otros pacientes o a otras personas, así como sospecha de mantener relaciones sexuales durante el ingreso. La conducta transgresora de normas se asocia con la juventud, la mayor duración del ingreso y el que éste haya sido motivado por conductas violentas; no se encuentra asociación con el sexo o el diagnóstico.

Palabras Clave: *hospitalización psiquiátrica, violencia.*

Summary

TRANSGRESSOR BEHAVIOURS DURING PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION

Objective: to know if transgressor behaviours of psychiatric inpatients (aggressions, runaway from hospital, use of toxic substances...) have increased in the past years.

Method: transversal comparative study using historical data of the hospitalizations occurred in the Short-Term Hospitalization Unit of the Instituto Psiquiátrico José Germain in Leganés, during the periods between 1.7.1990 - 30.6.1991 and 1.7.1996 - 30.6.1997. The presence of transgressor behaviours in the two groups is compared.

Results: the two groups have similar characteristics, but in the 96-97 group personality disorders and substance use disorders appear with a greater frequency. Aggressions to other inpatients or to other persons and the suspect of maintaining a sexual intercourse during the hospitalization are more frequent in the 96-97 group. An association between the presence of transgressor behaviours and youth, longer hospitalization and previous violent behaviour is found. There is no association with gender or diagnostic.

Key Words: *psychiatric hospitalization, violence*

Introducción

Las razones que justifican los ingresos psiquiátricos varían dependiendo de la organización

del sistema sanitario, de la tolerancia de la sociedad a las conductas desviadas y del grado de soporte que aquella le presta a los pacientes. Se pueden señalar los siguientes motivos como causa de la hospitalización psiquiátrica: 1) alejamiento del paciente de un ambiente estresante; 2) contacto con personal capacitado; 3) protección del paciente frente al entorno hostil; 4) supervisión de la medicación; 5) protección contra las autoagresiones; 6) control de la heteroagresividad; 7) realización de actividades terapéuticas programadas y 8) provisión de un hogar temporal. También los pacientes con trastornos crónicos pueden requerir tratamiento agudo durante las recaídas.

En los últimos años parecen haber adquirido un mayor peso en la indicación de ingreso psiquiátrico las razones relacionadas con la presencia de conductas transgresoras de las normas institucionales y sociales. Las variaciones en los valores aceptados socialmente y el aumento de estas conductas transgresoras en la sociedad en su conjunto pueden estar detrás de este probable cambio de tendencia.

Varios de los estudios sobre el tema se centran en la violencia como motivo de ingreso: Tiihonen^{1,2} señala que el riesgo de comportamiento criminal es significativamente mayor entre pacientes psicóticos, especialmente en aquellos con el diagnóstico de psicosis inducida por alcohol y en los que se asocia el diagnóstico de esquizofrenia con el abuso de sustancias. Beck³ no encuentra en su estudio asociación entre las variables sociodemográficas y la aparición de conductas violentas, aunque sí la halla cuando se correlaciona violencia y situación clínica. Por el contrario, Tardiff⁴ estudia la correlación entre diversas variables sociodemográficas de pacientes que ingresan en un hospital psiquiátrico privado con la aparición de actos violentos durante el mes previo al ingreso, encontrando que sólo la juventud y el consumo reciente de heroína se asocian con violencia en los varones, mientras que la juventud, el nivel socioeconómico bajo, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad se asocian con un mayor riesgo de violencia en las mujeres, todo ello sin que sea relevante la diferencia en los patrones de violencia

entre hombres y mujeres. Compara asimismo estos resultados con un estudio similar realizado diez años antes⁵, hallando un incremento del 50% en la frecuencia de aparición de violencia en los pacientes varones y del 150% en las mujeres. También Tardiff⁶, en un nuevo estudio, halla una asociación significativa entre la presencia de violencia en el mes previo al ingreso y un aumento de hasta nueve veces del riesgo de violencia en las dos semanas siguientes al alta hospitalaria, sobre todo en los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad. Otros estudios como los de McNiel^{7,8} hallan una asociación entre diagnósticos como el de esquizofrenia, manía y psicosis orgánicas con el riesgo de conductas violentas en pacientes que acaban de ser ingresados; encuentran una asociación entre el grado de hostilidad-suspiciousidad y la conducta violenta, sobre todo en el caso de ser concomitantes con el diagnóstico de manía y psicosis orgánica. Finalmente, en otro estudio de este mismo autor⁹ se valora el papel que desempeña la violencia en las decisiones acerca de la hospitalización desde la sala de urgencias, hallando en su muestra que, a pesar de que los pacientes violentos eran más propensos a ser hospitalizados que los no violentos, las variables clínicas tales como el diagnóstico y la severidad del trastorno psiquiátrico era más importante que la conducta violenta a la hora de predecir la decisión de hospitalización. El autor concluye que en la evaluación del paciente violento la atención debe ser puesta en el trastorno subyacente, dado que la conducta violenta puede ser producida por diversas causas de las que sólo algunas requieren tratamiento intrahospitalario.

El objetivo de este estudio es conocer si en los últimos años se ha producido un aumento de las conductas transgresoras, como motivo de la hospitalización y durante la misma, entre los pacientes internados en unidades psiquiátricas de agudos.

Material y Métodos

Para cumplir el objetivo se realiza un estudio transversal con datos históricos de una serie de casos correspondientes a los ingresos producidos en la Unidad de Hospitalización Breve

(UHB) del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain de Leganés.

La Unidad de Hospitalización Breve, que forma parte de la red de servicios hospitalarios, ambulatorios y de rehabilitación que constituyen el Instituto Psiquiátrico, ha sido el dispositivo hospitalario de referencia para la asistencia especializada de pacientes agudos de las áreas sanitarias 8, 9 y 10, correspondientes a la zona sur de la Comunidad de Madrid, si bien se han dado variaciones en la cobertura poblacional a lo largo de los últimos años. En 1990 la población de referencia era de 930.000 habitantes y en 1996 de 746.000 habitantes.

Población y muestra

La población de referencia del estudio está constituida por los ingresos de los habitantes de la zona de cobertura de la UHB. La población de estudio la constituyen los ingresos psiquiátricos producidos en la UHB en los periodos de tiempo comprendidos entre el 01.07.1990 y el 30.06.1991 y entre el 01.07.1996 y el 30.06.1997.

La unidad de muestreo es el ingreso psiquiátrico en la UHB.

Se excluyen los ingresos incompletos, considerando como tales los que sean continuación de un ingreso en otros centros de hospitalización de agudos o aquellos cuyo motivo de alta sea el traslado a otro centro hospitalario de agudos.

Una muestra de 200 casos, con un error alfa de 0.05, un error beta de 0.2 y un valor estimado de la variable de medida de 0.1 permite una precisión del 6,7% para la estimación de diferencias. Para asegurar este tamaño muestral se preseleccionaron 250 casos.

Las historias clínicas seleccionadas para el estudio se obtienen a través de un muestreo pseudoaleatorio realizado mediante el algoritmo empleado por el programa SPSS versión 6.0, entre los aproximadamente 1600 ingresos producidos en los periodos de tiempo que comprende el estudio.

Variables de medida

La variable independiente está constituida por el conjunto de conductas de transgresión de normas durante el ingreso: conductas violentas o agresivas como motivo de ingreso, necesidad de prescripción de contención mecánica, fugas o intentos de fuga, intentos autolíticos, conductas heteroagresivas, uso de alcohol u otros tóxicos, sospecha de mantener relaciones sexuales y necesidad de tratamiento intramuscular forzoso.

El factor de exposición lo constituyen los cambios sociales y de actitudes en el personal sanitario que se han producido con el transcurso del tiempo, considerando como sujetos no expuestos los ingresos producidos en el periodo de tiempo comprendido entre el 01.07.1990 y el 30.06.1991 y como sujetos expuestos los ingresos producidos el periodo de tiempo comprendido entre el 01.07.1996 y el 30.06.1997.

Recogemos como posibles variables de confusión, la edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia, nivel educacional, situación laboral, antecedentes personales psiquiátricos, duración del ingreso, modalidad de ingreso y diagnóstico. La información se obtiene de los registros médicos y de enfermería contenidos en la historia clínica.

Análisis estadístico

El análisis univariado de las diferencias entre los dos grupos se realiza mediante chi cuadrado para variables cualitativas y t de Student para las cuantitativas.

La estimación mediante análisis multivariado del riesgo de aparición de conductas transgresoras entre los dos grupos de casos se lleva a cabo elaborando un modelo de regresión logística. Se emplea la odds ratio con su intervalo de confianza como estimador del riesgo relativo.

Resultados

De los 250 ingresos que constituyen la muestra, reunieron criterios de inclusión un total de

227, de los que 110 corresponden al periodo 90-91 y 117 al periodo 96-97.

Las características sociodemográficas de los casos de ambos periodos aparecen en la tabla 1. No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en el sexo, edad, estado civil, tipo de convivencia o nivel educativo. Sí se encontraron en la situación laboral, con una mayor proporción de pacientes ingresados en si-

	Grupo 90-91		Grupo 96-97		TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
Sexo						
Varón	56.4	62	47.9	56	52.0	118
Mujer	43.6	48	52.1	61	48.0	109
Estado Civil						
Soltero	41.3	45	39.3	46	40.3	91
Casado	41.3	45	45.3	53	43.4	98
Otros	17.4	19	15.4	18	16.3	37
Tipo de Convivencia						
Solo	7.5	8	10.5	12	9.0	20
Familia propia	50.5	54	50.0	57	50.2	111
Otros familiares	40.1	43	37.7	43	38.9	86
Otro tipo de convivencia	1.9	2	1.8	2	1.9	4
Nivel Educativo						
Sin estudios	12.8	12	10.3	11	11.4	23
Estudios primarios	66.0	62	72.9	78	69.7	140
Estudios medios	17.0	16	14.0	15	15.4	31
Estudios universitarios	2.1	2	2.8	3	2.5	5
Otros estudios	2.1	2	0.0	0	1.0	2
Situación Laboral*						
Activo	19.4	19	14.4	16	16.7	35
Parado	14.3	14	34.2	38	24.9	52
Estudiante	4.1	4	3.6	4	3.8	8
Ama de casa	25.5	25	27.0	30	26.3	55
Jubilado	34.7	32	18.0	20	25.9	52
Otros	2.0	2	2.7	3	2.4	5
	media	DS	media	DS		
Edad (años)	14.99	39.55	12.99	38.97		

* Diferencia estadísticamente significativa ($X^2=15.39$, $gl=6$, $p<0.05$)

Tabla 1: Datos sociodemográficos

tuación de desempleo en el grupo 96-97 ($X^2=15.39$, $gl=6$, $p<0.05$).

La tabla 2 muestra algunas características relacionadas con la patología del paciente y el motivo de ingreso. Se hallan diferencias significativas en la modalidad legal de ingreso destacando la mayor proporción de ingresos por prescripción facultativa en el grupo 96-97 y un menor número de los producidos con autorización judicial previa ($X^2=16.38$, $gl=2$, $p<0.001$).

En cuanto a la presencia de conductas violentas o agresivas como motivo de ingreso, sólo se obtuvieron diferencias significativas en el porcentaje de pacientes que agredieron a familiares, siendo mayor en el grupo 96-97 ($X^2=4.51$, $gl=1$, $p<0.034$), y en el de pacientes con conductas agresivas no físicas, obteniéndose en este caso porcentajes mayores en el grupo 90-91 (10.3%; $X^2=7.28$, $gl=1$, $p<0.05$).

No hay diferencias entre los dos grupos en las categorías de diagnóstico principal al alta (tabla 3) ni en los diagnósticos secundarios recogidos. En el grupo 90-91 el 19.1% de los pacientes recibió el diagnóstico de trastorno de personalidad como principal o secundario, frente al 25.6% de ellos en el grupo 96-97. El porcentaje de pacientes con diagnóstico principal o secundario de abuso o dependencia de sustancias tóxicas es del 16.4% en el grupo 90-91 y del 21.4% en el grupo 96-97.

Las incidencias producidas durante el ingreso se recogen en la tabla 4. Los porcentajes en el uso de contención mecánica, fugas o intentos de fuga, alta por fuga, intentos autolíticos, permisos de salida, sospecha de uso de alcohol u otros tóxicos o necesidad de tratamiento parenteral forzoso durante el ingreso, no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

Aparecen diferencias significativas en los apartados correspondientes al número de pacientes que sufrieron accidentes que requirieron atención sanitaria ($X^2=9.83$, $gl=1$, $p<0.002$), que requirieron la utilización de tratamiento médi-

	Grupo 90-91		Grupo 96-97		P
	media	DS	media	DS	
Años de evolución	11.97	10.5	11.48	8.95	0.718
Años de tratamiento	10.22	10.13	8.91	9.32	0.328
Duración del ingreso (días)	19.41	21.33	16.56	15.85	0.252
Estado Civil	N	%	N	DS	
Ingreso psiquiátrico	82	74.5%	89	76.1%	0.878
Abuso o dependencia de alcohol	31	28.7%	40	34.2%	0.393
Abuso o dependencia de otros tóxicos	17	15.6%	29	24.8%	0.099
Conductas violentas					
En el domicilio	52	47.3%	61	52.1%	0.508
Fuera del domicilio	27	25.0%	35	29.9%	0.457
Intento autolítico	38	34.5%	54	47.0%	0.078
Modalidad de Ingreso*					<0.001
Voluntario	72	66.1%	60	51.3%	
Involuntario facultativo	19	17.4%	48	41.0%	
Con autorización judicial previa	18	16.5%	9	7.7%	
Motivo de Ingreso					
Autoagresión	14	12.7%	25	21.4%	0.113
Agresión física a familiares*	15	13.6%	29	24.8%	0.043
Agresión física a otras personas	6	5.5%	7	6.0%	1
Agresión física a objetos	10	9.1%	10	8.5%	1
Otro tipo de violencia o agresión*	26	23.6%	12	10.3%	0.01

* Diferencia estadísticamente significativa

Tabla 2: Antecedentes y características del ingreso

co no psicofarmacológico ($X^2=10.06$, $gl=1$, $p<0.002$) o de los que se sospechó que habían mantenido relaciones sexuales con otro paciente durante el ingreso ($X^2=7.79$, $gl=1$, $p<0.005$), siendo en los tres casos mayores en el grupo 96-97.

En cuanto a conductas violentas o heteroagresivas de distinto tipo, aparecen diferencias significativas en el apartado de agresiones físicas dirigidas hacia otros pacientes ($X^2=7.63$, $gl=1$, $p<0.005$), y en las agresiones dirigidas a otras personas ($X^2=$, $gl=1$, $p=0.050$), en ambos casos con un mayor porcentaje en el grupo 96-97.

Perfil del paciente transgresor

Para identificar las características de los pacientes que vulneran de algún modo las normas institucionales, se construye una nueva variable en

la que se incluyen aquellos casos de los dos grupos (90-91 y 96-97) que realizan durante su in-

	Grupo 90-91		Grupo 96-97		TOTAL	
	%	N	%	N	%	N
Esquizofrenia	25	22.7%	26	22.2%	51	22.5%
Otras psicosis	30	27.3%	20	17.1%	50	22.0%
Depresión	20	18.2%	22	18.8%	42	18.5%
Trastornos de personalidad	7	6.4%	14	12.0%	21	9.3%
Trastornos por uso de tóxicos	15	13.6%	13	11.1%	28	12.3%
Otros diagnósticos	13	11.8%	22	18.8%	35	15.4%
Total	110	100.0%	117	100.0%	227	100.0%

$X^2 = 6.696$ $gl = 5$ $p = 0.244'$

Tabla 3: Diagnóstico principal al alta

	Grupo 90-91 (N=110)		Grupo 96-97 (N=117)		P
	N	%	N	%	
Uso de contención mecánica	9	8.2	18	15.4	0,094
Fugas o intentos de fuga	19	17.3	15	12.8	0,348
Alta por fuga	5	4.5	4	3.4	0,664
Intentos autolíticos	1	0.9	3	2.6	0,540
Accidentes que requieran atención sanitaria*	3	2.7	17	14.5	0,002
Conductas violentas o heteroagresivas	18	16.4	23	19.7	
Agres. física hacia otro paciente*	2	1.8	13	11.1	0,005
Agres. física hacia el personal sanit.	6	5.5	9	7.7	0,498
Agres. física hacia otras personas*	0	0.0	4	3.4	0,050
Agres. física hacia objetos	7	6.4	8	6.8	0,886
Otras conductas violentas o agres.	12	10.9	13	11.1	0,961
Permisos de salida	47	42.7	53	45.3	0,696
Consulta al médico de guardia					
Por motivos somáticos*	12	10.9	36	30.8	< 0,001
Por alteraciones de conducta	13	11.8	15	12.9	800
Por otros motivos psíquicos*	13	11.8	28	24.1	0,018
Por otros motivos	8	7.3	13	11.2	309
Tratamiento médico no psicofarmacológico*	33	31.1	61	52.1	0,002
Sospecha de uso de alcohol u otros tóxicos	3	2.7	7	6.0	232
Sospecha de relac. sex. con otro paciente*	0	0.0	8	6.8	0,005
Necesidad de tratamiento I.M. forzoso	13	11.8	15	13.7	710

* Diferencia estadísticamente significativa

Tabla 4: Incidencias durante el ingreso

greso intentos de fuga, o heteroagresiones de algún tipo, y aquellos de los que se sospecha que han consumido tóxicos o consumado relaciones sexuales con otro paciente. Aparecen 70 pacientes (30,1%) que reúnen estos criterios.

Tras el análisis univariado se construye un modelo de regresión logística para identificar aquellas características que suponen un factor de riesgo para la presencia de conductas transgresoras. Los resultados se muestran en la tabla 5. La juventud, la mayor duración del ingreso y el que éste haya sido motivado por conductas violentas, especialmente las realizadas sobre objetos, son las características que identifican al paciente transgresor. No resulta ser un factor de riesgo demostrable el sexo ni el diagnóstico.

Discusión

Las dos muestras de ingresos, correspondientes a los periodos 90-91 y 96-97, son bastante homogéneas en sus características sociodemográficas (excepto el aumento del paro laboral en el grupo 96-97, que se corresponde con lo ocurrido en el país en esos años), en los antecedentes clínicos, en el diagnóstico principal del episodio y en la duración del ingreso. Esto nos permite llevar a cabo la comparación entre los dos grupos sin que los resultados obtenidos puedan resultar sesgados por las diferencias en las características reseñados.

A pesar de lo dicho hay que reseñar que en el año 1996 la ocupación de la unidad de hospi-

Variables	Coefficiente B	p	OR (IC 95%)
Edad (años)	-441	0,0006	0,96 (0,93-0,98)
Duración ingreso (días)	167	0,0532	1,02 (0,99-1,03)
Antecedentes de violencia	5367	0,1301	1,71 (0,85-3,43)
Ingreso por agresión a personas	11075	0,0977	3,03 (0,82-11,23)
Ingreso por agresión a objetos	18457	0,0009	6,33 (2,13-18,87)
Constante	1198		

Tabla 5: Factores de riesgo para conductas transgresoras

talización fue superior (del 87% en 1990 pasó al 102% en 1996), por lo que la disponibilidad de camas para ingreso disminuyó, pudiendo haberse producido en el segundo periodo una selección de los pacientes más graves en cuanto a la imposibilidad de tratamiento ambulatorio. Como no se ha podido medir esta gravedad de los pacientes por tratarse de un estudio que usa datos de historias clínicas, no es posible saber si realmente existen diferencias entre los grupos para esta variable y si, por tanto, se trata de un factor de confusión no controlado.

La calidad de los datos recogidos se considera alta, porque acontecimientos como la fuga, la contención mecánica o las agresiones se recogen de modo sistemático y exhaustivo.

El aumento del número de ingresos por prescripción facultativa, con petición de autorización posterior al juez, puede tener que ver más con un mejor uso de las disposiciones legales que regulan el ingreso psiquiátrico que con un cambio en la realidad clínica de los pacientes. En los últimos años se considera más al paciente como un ciudadano con derechos civiles, por lo que se asegura su protección mediante la comunicación al juez, que se constituye en garante de aquellos. En años previos, y llevado por una actitud paternalista, el médico aceptaba consentimientos de ingreso otorgados por pacientes que difícilmente estaban capacitados para ello¹⁰.

Las conductas violentas como motivo de ingreso varían entre los dos grupos: mientras que

en el del 90-91 es más frecuente la presencia de agresiones verbales, en el grupo 96-97, aparecen más agresiones físicas a familiares como motivo de ingreso. Este hecho indica una mayor intensidad de la agresión que provoca el internamiento, es decir, que se habría producido un cambio en el tipo de violencia a lo largo de estos años más que un incremento del número de ingresos motivados por conductas agresivas de algún tipo.

Los datos de la tabla 4 apoyan la impresión inicial de que se había producido un cierto aumento de la frecuencia de las conductas transgresoras de normas durante el ingreso con el paso del tiempo. Esto es especialmente evidente en el caso de agresiones físicas a otros pacientes o personas que no forman parte del equipo sanitario. Este hecho puede deberse a que se trata de pacientes que se muestran agresivos tanto dentro como fuera del hospital, puesto que con más frecuencia presentan antecedentes de violencia, así como agresiones a personas y objetos como motivo de ingreso. Esta constatación se corresponde con un cambio en las pautas sociales de la expresión de la violencia, sobre todo en los jóvenes de las grandes ciudades, aunque es difícil establecer una asociación directa entre los cambios sociales y los hallazgos de este estudio.

Por otra parte se ha producido un aumento de las anotaciones en las historias referidas al mantenimiento de relaciones sexuales entre pacientes. Este hecho podría deberse tanto a un incremento real de estas prácticas como a

un mayor detalle en las anotaciones escritas del personal sanitario.

Aunque la diferencia entre los grupos no es estadísticamente significativa, ha habido un aumento en el porcentaje de las incidencias vinculadas a transgresión de normas que se reconocen en el estudio (uso de contención mecánica, sospecha de uso de tóxicos o necesidad de tratamiento forzoso) en el grupo 96-97. Las conductas relacionadas con la fuga constituyen una excepción.

Resulta llamativo que el diagnóstico y el sexo no se asocien con la presencia de conductas transgresoras durante el ingreso. La ausencia de diferencias respecto al sexo concuerda con lo apuntado por algunos autores⁴ en el sentido de una equiparación en los últimos años de los patrones de violencia de hombres y mujeres. En el análisis univariado el diagnóstico de psicosis o trastorno de personalidad se asocia con las conductas transgresoras, como señalan Tardiff⁶ y McNiel⁸, pero tras controlar por edad, duración del ingreso y motivo del mismo, esta asociación desaparece, indicando que las categorías que realmente se correlacionan con la transgresión son la juventud y el hecho de haber ingresado a causa de conductas violentas.

Simplificando, se puede afirmar que los pacientes psicóticos o con trastorno de personalidad son más transgresores no por su diagnóstico, sino por el hecho de ser más jóvenes o tener más antecedentes de violencia que la media de ingresos.

Bibliografía

1. Tiihonen J, Eronen M, Akola P. Criminality associated with mental disorders and intellectual deficiency. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50(11):917-8.
2. Tiihonen J, Hakola P. Psychiatric disorders and homicide recidivism. *Am J Psychiatry* 1994;151(3): 436-8.
3. Beck J, White K, Gage B. Emergency psychiatric assessment of violence. *Am J Psychiatry* 1991; 148(11): 1562-1565.
4. Tardiff K, Marzuk P, Leon A *et al.* Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 88-93.
5. Tardiff K. The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(6): 493-9.
6. Tardiff K, Marzuk P, Leon A *et al.* A prospective study of violence by psychiatric patients after hospital discharge. *Psychiatr Serv* 1997; 48(5): 678-681.
7. Mcniel D, Myers R, Zeiner H *et al.* The role of violence in decisions about hospitalization from the emergency room. *Am J Psychiatry* 1992; 149 (2): 207-212.
8. McNiell D, Binder R. The relationship between acute psychiatric symptoms, diagnosis and short-term risk of violence. *Hosp Com Psychiatry* 1994; 45(2): 133-137.
9. McNiell D, Binder R. Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients risk of violence. *Am J Psychiatry* 1995; 152(6): 901-906.
10. Desviat M, González C, González A *et al.* Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles. *Psiquiatría Pública* 1999; 11: 147-157.

Correspondencia

Carlos González Juárez
 Instituto Psiquiátrico José Germain
 C/ Luna 1
 28911 Leganés. Madrid