



FACULTAD DE MEDICINA

TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN INICIAL DE LA ESCALA  
DASA-IV PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

AUTOR

Lisette Carolina Villacreses Brito

María Emilia López Montalvo

Año 2021



FACULTAD DE MEDICINA

TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN INICIAL DE LA ESCALA  
DASA-IV PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Plan de titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos  
para obtener el título de Médico Cirujano

Profesora Guía

PhD. Jesús Antonio Romero Lugo

Autor

Lisette Carolina Villacreses Brito

María Emilia López Montalvo

Año 2021

## DECLARACIÓN PROFESOR GUÍA

"Declaro haber dirigido el trabajo, Traducción, adaptación y validación inicial de la Escala DASA-IV para pacientes psiquiátricos, a través de reuniones periódicas con las estudiantes Lissette Carolina Villacreses y María Emilia López Montalvo, en el semestre 2021-20 orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".



---

Jesús Antonio Romero Lugo

PhD. en Química de Medicamentos

C. I. 1757623168

## DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

"Declaro haber revisado este trabajo, Traducción, adaptación y validación inicial de la Escala DASA-IV para pacientes psiquiátricos, de Lissette Carolina Villacreses y María Emilia López Montalvo, en el semestre 2021-A, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación".



---

Dayami Díaz Garrido

C. I. 1756936801

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaramos que este trabajo es original, de nuestra autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Lissette Carolina Villacreses Brito', written in a cursive style.

---

Lissette Carolina Villacreses Brito

C. I. 180351229-0

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaramos que este trabajo es original, de nuestra autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”



---

María Emilia López Montalvo  
Ct: 171889768-7

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a nuestras familias, y a nuestro director de tesis que nos ha apoyado y acompañado durante este proceso de formación.

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres por habernos forjado como las personas que somos; muchos de nuestros logros se los debemos a ustedes, entre los que se incluye este.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El nivel de los trastornos mentales o neuropsiquiátricos del comportamiento son un problema para las personas que lo sufren y para la comunidad que los rodea, sean estos familiares o el mismo personal de salud. En el área de psiquiatría la exposición a la agresión del personal de salud es dos veces mayor a la tasa registrada en las áreas de medicina general o cirugía. De tal manera, mediante el estudio se pretende establecer que la escala DASA IV , es una herramienta eficaz para predecir el riesgo de sufrir una agresión por parte de los pacientes a corto plazo.

**MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo para informar las características de la muestra, así como puntuaciones de DASA IV . Se escogió a pacientes con diferentes trastornos psiquiátricos, entre los 18 y 85 años de edad, de tres clínicas psiquiátricas certificadas de Quito- Ecuador hospitalizados por una duración mayor a una semana. La validez predictiva se evaluó mediante análisis de correlación de Spearman. Se correlacionó las puntuaciones totales de DASA y la ocurrencia de episodios agresivos en las siguientes 24 horas.

**RESULTADOS:** El valor predictivo para la prueba DASA IV, en cuanto al área bajo la curva son altos y moderadamente altos para el seguimiento mostrando un valor predictivo de la prueba aceptable ( $p < 0.001$ ). En cuanto al análisis de correlación, se muestra un valor medio y moderadamente alto con coeficiente de correlación entre 0,421 a 0,614 ; concluyendo que existe un efecto predictivo positivo de la escala DASA IV para predecir eventos agresivos y violentos.

**CONCLUSIÓN :** La escala DASA IV logra predecir eventos agresivos en las próximas 24 horas por parte de los pacientes. Se recomienda la utilización de la escala DASA IV en centros psiquiátricos con el fin de crear un ambiente seguro tanto para el personal como para los pacientes.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** The level of mental or neuropsychiatric behavioral disorders is a problem for the people who suffer from it and for the community that surrounds them, whether they are family members or the health personnel themselves. In the area of psychiatry, exposure to aggression by health personnel is twice the rate registered in the areas of general medicine or surgery. In this way, the study aims to establish that the DASA IV scale is an effective tool to predict the risk of suffering an aggression by patients in the short term.

**METHODS:** A descriptive study was conducted to report the characteristics of the sample, as well as DASA IV scores. Patients with different psychiatric disorders, between 18 and 85 years of age, were chosen from three certified psychiatric clinics in Quito-Ecuador hospitalized for a duration greater than one week. Predictive validity was assessed using Spearman's correlation analysis. The total DASA scores and the occurrence of aggressive episodes in the following 24 hours were correlated.

**RESULTS:** The predictive value for the DASA IV test, in terms of the area under the curve, are high and moderately high for the follow-up, showing an acceptable predictive value of the test ( $p < 0.001$ ). Regarding the correlation analysis, a medium and moderately high value is shown with a correlation coefficient between 0.421 to 0.614; concluding that there is a positive predictive effect of the DASA IV scale to predict aggressive and violent events.

**CONCLUSION:** DASA IV scale is able to predict aggressive events in the next 24 hours by patients. The use of the DASA IV scale is recommended in psychiatric centers in order to create a safe environment for both staff and patients.

## ÍNDICE

1. <i>Introducción</i> .....	1
2. <i>Planteamiento del problema</i> .....	3
2.1 Justificación y formulación del problema .....	3
2.2 Pregunta de investigación .....	3
2.3 Hipótesis .....	3
2.4 Objetivos .....	4
2.4.1 Objetivo General .....	4
2.4.2 Objetivos Específicos .....	4
3. <i>Metodología de estudio</i> .....	4
3.1 Tipo de diseño y enfoque .....	4
3.2. Área de estudio .....	5
3.3 Muestra .....	5
3.4 Criterios de selección .....	6
3.4.1 Criterios de Inclusión: .....	6
3.4.2 Criterios de Exclusión: .....	6
3.5 Recolección de datos e instrumentos .....	6

3.6 Análisis estadísticos .....	8
<b>4. Marco Teórico .....</b>	<b>9</b>
4.1.1 Pacientes psiquiátricos .....	9
4.1.2 Sintomatología .....	9
4.1.3 Clasificación de las enfermedades mentales .....	11
4.2 La violencia como problema de salud pública .....	15
4.2.1 Tipificación de la violencia .....	15
4.2.2 Factores de riesgo de la violencia .....	16
4.3 La violencia y la salud mental .....	18
4.3.1 Correlaciones entre desórdenes psiquiátricos y agresividad .....	18
4.3.2 La violencia en las instituciones de salud mental .....	20
4.4 Evaluación del riesgo de violencia .....	23
4.4.1 Violencia y Peligrosidad .....	23
4.4.2 Evaluaciones estructuradas para una agresión inminente .....	25
4.4.3 Herramientas de evaluación de riesgo de la violencia .....	25
4.5 Evaluación Dinámica de la Agresión Situacional (DASA IV) .	27
4.5.1 Beneficios del DASA-IV .....	27
4.5.2 Método de la Escala .....	28

4.5.3 Puntuación.....	29
<b>5. Resultados.....</b>	<b>30</b>
5.1 Traducción del instrumento DASA-VI .....	30
5.2 Adaptación del instrumento DASA-VI.....	30
5.3 Características generales de la población de estudio .....	32
5.4. Incidencia de agresiones registradas por el instrumento DASA-IV .....	34
5.5 Aplicación de la escala DASA IV .....	34
5.6 Promedio diario de puntuación de la prueba DASA IV .....	37
5.7 Estimación del riesgo (bajo, moderado y elevado) de agresión diario basados en la escala DASA IV .....	38
5.8 Pronóstico de pacientes violentos basados en las opiniones de las enfermeras .....	39
5.9 Comparación de la prevalencia de incidentes violentos registrados por el instrumento DASA IV y las estimaciones de las enfermeras.....	40
5.10 Comparación entre el valor predictivo de la prueba DASA IV y las estimaciones basadas en opiniones de las enfermeras.....	41

5.11 Validez predictiva de la prueba DASA.....	43
6. <i>Discusión</i> .....	45
7. <i>Conclusiones y Recomendaciones</i> .....	49
7.1 Conclusiones .....	49
7.2 Recomendaciones .....	49
<i>REFERENCIA</i> .....	51
<i>ANEXOS</i> .....	57

## 1. Introducción

Los comportamientos agresivos dentro de las unidades de salud mental son un problema común, de larga data y en crecimiento en las últimas décadas.(Griffith et al., 2013) Estimaciones recientes muestran que un 62% de los trabajadores de salud han experimentado algún tipo de violencia en sus lugares de trabajo.(Liu et al., 2019) Actualmente, los comportamientos agresivos dentro de las instituciones de salud mental son consideradas como problemas de salud pública, con consecuencias perjudiciales tanto a nivel individual como organizacional.(Cornaggia et al., 2011) A nivel individual, dichos comportamientos violentos producen una serie de consecuencias negativas en los pacientes y el personal de salud como agresiones, miedo, angustia, ira, vergüenza y estrés postraumático.(Griffith et al., 2013) A nivel organizacional, las consecuencias de las agresiones incluyen el incremento de los permisos por enfermedad y estrés, incremento en costos por aseguradoras, el daño a la reputación, una alta rotación de personal de salud, la responsabilidad legal y la posible pérdida de fondos gubernamentales.(Griffith et al., 2013)

En una institución mental los pacientes pueden actuar agresivamente en respuesta a las restricciones del entorno, para defender su estatus o para expresar enojo hacia un paciente, personal o decisión.(Nqwaku et al., 2018) Por esta razón, la clave para mejorar el manejo de la agresión hospitalaria es la detección temprana de aquellos individuos en riesgo inminente de comportarse agresivamente. Sin embargo, la mayoría de las evaluaciones de riesgo actualmente disponibles se han desarrollado para predecir riesgos a más largo plazo como la reincidencia violenta y el suicidio, en lugar de los riesgos inminentes.(Douglas et al., 2014) De esta manera, para reducir las prácticas restrictivas, como la sedación o reclusión, es necesario desarrollar instrumentos de evaluación del riesgo que se centren en estos riesgos inminentes.

Se han diseñado varios instrumentos para medir el riesgo de agresión inminente en entornos de hospitalización de salud mental, incluida la lista de verificación

de violencia de Broset(ALMVIK et al., 2016) y la Evaluación Dinámica de la Agresión Situacional, conocida por sus siglas en inglés como DASA-IV. (JR & M, 2006) En nuestro estudio valoraremos el desempeño de la herramienta DASA-IV, la cual es un breve instrumento estructurado de evaluación del riesgo de violencia desarrollado para ayudar a evaluar el riesgo de agresión inminente (en las próximas 24 horas). Dicha herramienta consta de siete elementos, todos ellos independientemente relacionados con una agresión inminente, y requiere de menos de 5 minutos para su aplicación. En varios estudios, el DASA-IV ha demostrado predecir la violencia dentro de las próximas 24 horas con una validez predictiva de moderada a fuerte.(Griffith et al., 2013) Al igual que la mayoría de los instrumentos de evaluación del riesgo de violencia, el DASA-IV se ha utilizado principalmente en servicios forenses de salud mental; aunque, su uso en hospitales de salud mental no forenses está aumentando.

En América Latina y Norte América, los trastornos mentales, neurológicos específicos y debidos al consumo de sustancias y el suicidio constituyen un subgrupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad, y suponen una tercera parte de todos los años perdidos por discapacidad y una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad.(OMS, 2018) En el Ecuador, los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio causan el 19% de todos los años de vida ajustados por discapacidad y el 36% de todos los años vividos con discapacidad.(OMS, 2018) En lo que se refiere a servicios de salud mental, el país ha tenido un significativo desarrollo en los últimos años, de tal suerte que en la mayoría de los hospitales provinciales ya se cuenta con el concurso de médicos psiquiatras y psicólogos.(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008) Sin embargo, existe una tendencia creciente en la ocurrencia de enfermedades mentales en el país. Esta tendencia incrementará el número de pacientes psiquiátricos en las instituciones de salud, y muy probablemente aumentará la ocurrencia de eventos violentos en dichas instituciones.

## **2. Planteamiento del problema**

### **2.1 Justificación y formulación del problema**

La prevención de la agresión y la violencia es un aspecto fundamental de la atención psiquiátrica a los pacientes hospitalizados y es una alta prioridad dentro de los servicios de salud mental. Sin embargo, aunque la identificación de pacientes que posean un alto riesgo de agresión inminente es esencial para la prevención de la violencia, la evaluación del riesgo de violencia en pacientes psiquiátricos a corto tiempo permanece como un desafío para el personal de salud.

En el Ecuador no existen estudios que evalúen el riesgo de violencia inminente en pacientes hospitalizados en centros psiquiátricos con el instrumento DASA IV. Además, no se conocen datos sobre la prevalencia de eventos agresivos dentro de dichos centros. La aplicación de instrumentos capaces de predecir los actos violentos en centros psiquiátricos ayudará al manejo de las agresiones en las instituciones de salud del país, mejorando la relación entre médico-paciente y reduciendo la ocurrencia de agresiones.

### **2.2 Pregunta de investigación**

¿Cuál es el desempeño de la prueba DASA IV en identificar agresiones inminentes en pacientes psiquiátricos de la ciudad de Quito?

¿Cuál es la incidencia de eventos violentos en 3 instituciones psiquiátricas de la ciudad de Quito?

¿Cuál es la validez predictiva de la prueba DASA IV en identificar agresiones en las siguientes 24 horas en pacientes psiquiátricos de la ciudad de Quito?

### **2.3 Hipótesis**

La escala DASA IV predecirá los eventos agresivos que ocurrirán dentro de las siguientes 24 horas de su aplicación en pacientes psiquiátricos de tres

instituciones de salud de Quito.

## **2.4 Objetivos**

### **2.4.1 Objetivo General**

Evaluar el desempeño de la escala DASA-IV para la identificación de pacientes con riesgo de agresión y violencia en 3 clínicas de la ciudad de Quito.

### **2.4.2 Objetivos Específicos**

- Traducir y adaptar al español la escala DASA IV.
- Aplicar la escala DASA IV a pacientes adultos de 3 instituciones psiquiátricas de la ciudad de Quito.
- Estimar el riesgo de agresividad en adultos basados en el registro de incidentes violentos del instrumento DASA-IV
- Estimar la validez predictiva de la escala DASA IV en relación con la ocurrencia de eventos agresivos en las próximas 24 horas.
- Comparar la validez predictiva de la escala DASA-IV con la validez predictiva de la opinión de las enfermeras para predecir pacientes agresivos.

## **3. Metodología de estudio**

### **3.1 Tipo de diseño y enfoque**

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo en pacientes psiquiátricos mayores de 18 años en la ciudad de Quito. Para identificar y estimar la incidencia de eventos violentos, los pacientes fueron evaluados diariamente por el transcurso de una semana. El estudio contó con la respectiva aprobación de los centros psiquiátricos para su desarrollo. El estudio fue realizado el 12 de abril del 2021

hasta el 19 de abril del mismo año, abarcando una semana calendario para la evaluación de la escala.

### **3.2. Área de estudio**

Quito tiene una superficie de 372,4 km<sup>2</sup> y la altitud de 2850 m, y es la ciudad más poblada de Ecuador con unos 2,9 millones de habitantes (proyección para 2019) y una densidad de población de 7200 personas que viven por km<sup>2</sup>. El mayor porcentaje de la población de Quito se identifica como mestiza (80,6%), 12,8% como blanco, 3,3% como indígena, y 3,1% como afroecuatoriano. En cuanto al nivel de educación, el 2,7% de la población es analfabeta, el 30,9% tiene educación primaria, el 39,7% tiene educación secundaria y el 26,7% tiene educación superior.(INEC, 2020)

### **3.3 Muestra**

El presente estudio se basó en una muestra por conveniencia, recolectando información en pacientes de tres clínicas psiquiátricas de la ciudad de Quito: Clínica Neurociencia del Ecuador, localizada entre la Santa María E 5 – 36 y Juan León Mera, Clínica San José Mariana, Pedro Bruning y Luis Cordero sector Tumbaco y Clínica Hermano Miguel, Colimes N 8- 14 sector Calderón. Las cuales cuentan con los respectivos permisos de funcionamiento por parte del Ministerio de Salud Pública y del Departamento de Bomberos de Quito para brindar atención.

Para el proceso de selección de las instituciones psiquiátricas, se enviaron oficios a varias clínicas psiquiátricas de la ciudad invitando a ser parte del estudio. Sin embargo, se trabajó únicamente con aquellas instituciones que aceptaron de manera voluntaria participar en el mismo. Se evaluaron a todos los pacientes hospitalizados de cada institución con el fin de cumplir con los criterios de inclusión propuestos y se obtuvo la muestra de pacientes, quienes

por medio de consentimiento informado aceptaron voluntariamente participar en el estudio durante una semana calendario.

### **3.4 Criterios de selección**

#### **3.4.1 Criterios de Inclusión:**

- Pacientes hospitalizados por un trastorno psiquiátrico en una unidad psiquiátrica certificada del Ecuador que lleven de permanencia en la misma institución más allá de siete días calendario.
- Pacientes mayores de 18 años.

#### **3.4.2 Criterios de Exclusión:**

- Aquellos pacientes con un diagnóstico psiquiátrico que acudan a la institución psiquiátrica y sean valorados por consulta externa sin necesidad de hospitalización.

### **3.5 Recolección de datos e instrumentos**

Para la recolección de datos se utilizó el instrumento DASA IV, el cual fue previamente traducido al español y adaptado para el contexto nacional mediante un traductor certificado que cuenta con aval en ciencias de salud (Ver anexos traducción y adaptación del instrumento DASA IV). Se realizaron dos traducciones independientes del instrumento original, el cual estaba en lengua inglesa. Estas dos traducciones se compararon para después ser fusionadas en una sola versión en español que se adapte tanto al contexto de nuestro país como a la cultura de este. Una vez realizada la traducción final, para asegurar la adaptabilidad del instrumento, se realizó un grupo focal con un total de treinta internos de la carrera de medicina de diferentes hospitales de Quito y veinte enfermeras de Quito, a quienes se les mostró la escala traducida y se les solicitó llenar una encuesta para establecer si la escala es totalmente comprensible o si tiene alguna frase, palabra o ítem que no sea conocido. Los entrevistados

contestaron si la escala es útil en términos de prevención de agresión hacia el personal de salud y la misma es válida para ser usada en cualquier institución que tenga como su primer idioma el castellano.

De la misma forma, se recogió opiniones de expertos en el tema donde los datos se obtuvieron a través de un cuestionario aplicado en línea, mediante la plataforma Google Forms. Los participantes fueron cinco psiquiatras pertenecientes a cinco instituciones de educación superior ; Hospital Julio Endara de Quito, Instituto de Seguridad Social Ecuatoriana- Cotacollao, Hospital Club de Leones y Hospital San Lázaro de Quito. La experiencia laboral de los doctores se enfoca en la investigación y la docencia universitaria y de postgrado, su formación se centra en áreas como investigación en psicología, trastornos de la personalidad, manejo de psicotrópicos y uso aberrante de medidas de fuerza restrictiva.

El DASA-IV es una herramienta de evaluación de riesgos estructurada de siete ítems, con ítems que representan irritabilidad, negativa a seguir instrucciones, amenazas verbales, impulsividad, sensibilidad a la provocación percibida, fácilmente enojado cuando se deniegan solicitudes y actitudes negativas. Cada ítem se califica con '1' que indica un aumento en el comportamiento agresivo del paciente en comparación con su basal y una calificación de '0' que indica que no hay cambio en el comportamiento del paciente.(Nqwaku et al., 2018) Las puntuaciones en el DASA-IV se suman, dando un rango total posible de 0 a 7, con puntuaciones más altas que representa una probabilidad cada vez mayor de agresión inminente. Puntuaciones de 0 o 1 indica un riesgo "bajo", una puntuación de 2 o 3 indica un riesgo "moderado" y una puntuación de 4 o más indica un riesgo "alto".(Nqwaku et al., 2018)

El personal de enfermería de las tres clínicas involucradas en este proyecto recibió una capacitación sobre como administrar la escala DASA-IV. Cada día las enfermeras calificaron la presencia o ausencia de los siete ítems DASA-IV

para cada paciente, registro que se lo completaba al final de cada turno (en la noche). Si algún incidente de agresión ocurría en el día, este fue anotado en el registro DASA-IV, los cuales clasificaban dichas agresiones como agresión física contra los objetos, agresión verbal contra otras personas y agresión física contra otras personas. La incidencia de eventos agresivos se definió como la presencia de cualquiera de los tres tipos de agresiones mencionadas anteriormente. Adicionalmente, se pidió a cada una de las enfermeras que valoraran a cada uno de los pacientes para predecir si estos se volverían violentos o agresivos (Si/No). Esta valoración se la realizó para comparar si el instrumento DASA-IV es mejor que las valoraciones de las enfermeras, ya que comúnmente ellas son las que perciben que paciente podría volverse agresivo.

### **3.6 Análisis estadísticos**

Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) para informar las características de la muestra, así como las puntuaciones del DASA. Las puntuaciones DASA fueron relacionadas con el número de incidentes violentos o agresiones de cada paciente utilizando correlaciones de Spearman para evaluar su validez predictiva. Esta prueba se justifica para la evaluación de la relación entre 2 variables cuando una es ordinal o tiene una distribución que está lejos de ser normal.

El Área Bajo la Curva (AVC) de la Característica de Operación del Receptor (por sus siglas en inglés ROC) se utilizó para resumir la precisión predictiva general de la herramienta DASA. Esta es una medida comúnmente utilizada de la precisión predictiva en la investigación de la evaluación del riesgo de violencia. El ROC grafica la tasa de verdaderos positivos (sensibilidad) contra la tasa de falsos positivos (1-especificidad), y genera un AVC. El AVC, que es un índice de precisión predictiva, varía de 0 (predicción negativa perfecta) a 0,50 (predicción de probabilidad) a 1,0 (predicción positiva perfecta). (Chu et al., 2012) La curva Roc también se utilizó para comparar el valor predictivo de la opinión de las enfermeras con el instrumento DASA-IV. El análisis estadístico fue realizado con

el paquete estadístico SPSS 24.

#### **4. Marco Teórico**

##### **4.1.1 Pacientes psiquiátricos**

Los pacientes psiquiátricos, son aquellos que padecen de enfermedades mentales, las cuales son conductas y/o situaciones que se desvían de lo que es consideradas dentro del rango normal y pueden tener diferentes causas tales como: causas somáticas o conflictos psicológicos que surgen de la infancia, falta de adaptación a la resolución de problemas, entre otros.(Moursel et al., 2019) En este sentido, cabe mencionar que se determina a una persona como paciente psiquiátrico, aquellos que son afectados por una enfermedad mental que altera la psique en su juicio crítico, su capacidad para controlar el comportamiento, en la inminencia de exponer al individuo a riesgos de causar daño severo a sí mismo y / o alguien más, por tanto, no es la enfermedad la que determina la indicación de hospitalización, sino el tipo de alteración psíquica a la que se somete el paciente debido a ella; por lo cual, está previsto legalmente que la hospitalización en cualquiera de sus modalidades solo será indicada cuando los recursos extrahospitalarios son insuficientes.(Coelho & Correa, 2010)

##### **4.1.2 Sintomatología**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), manifiesta que, un trastorno mental o del comportamiento está determinado por una *“perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales, pues en la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales”*.(OMS, 2019) Por otro lado, Frode (2019), asume que los trastornos mentales son enfermedades patológicas bien definidas, por lo que, es importante que se acuda a un profesional para su atención, puesto que afectan a las

personas sin distinción de edad, sexo, nivel socioeconómico cultural y pueden llegar a estar presentes hasta en un 48% de la población, presentando tasas de mortalidad extremadamente altas.(Frode, 2019) No obstante, a nivel mundial se ha registrado un incremento continuo de padecimientos crónico-degenerativos, en donde se incluyen los trastornos mentales; esto debido a que en estos pacientes aparece un deterioro en las capacidades que se esperan en el ambiente laboral, vida social, en el hogar, así como en las relaciones cercanas.(Frode, 2019)

A pesar de que, los signos precoces específicos varían de un trastorno mental a otro, los trastornos mentales producen síntomas que son evidentes, tanto para la persona afectada como para las personas de su entorno(OMS, 2019); como pueden ser:

- Síntomas físicos: entre ellos se encuentran, los dolores o el trastorno del sueño
- Síntomas afectivos: aquí es evidente la tristeza, el miedo, e incluso la ansiedad.
- Síntomas cognitivos: estos pueden ser detectados debido a la dificultad para pensar con claridad, las creencias anormales, y las alteraciones de la memoria.
- Síntomas del comportamiento: es cotidiano que una persona con cierto trastorno mental muestre una conducta agresiva, incluso incapacidad para realizar las tareas corrientes de la vida cotidiana, así como el abuso de sustancias.
- Alteraciones perceptivas: también se presenta como sintomatología, la alteración de percepción visual o auditiva, es decir que creen ver u oír cosas que otras personas no ven u oyen.

### 4.1.3 Clasificación de las enfermedades mentales

Tomando como referencia el DSM-5, hay que mencionar que, este patrón de clasificación se basa en la noción de ejes para realizar agrupaciones; sin embargo, debido a que las etiologías fueron hipótesis teóricas sin evidencia empírica, los ejes de esta clasificación se definieron agrupando patrones sintomáticos comunes, pero sujetos a observación y medición;(American Psychiatry Association, 2013) determinando se la clasificación de la siguiente manera:

- Eje I: Trastornos psiquiátricos clínicos, incluidos trastornos del desarrollo y aprendizaje.
- Eje II: Trastornos de la personalidad, trastornos invasivos del desarrollo y retraso mental.
- Eje III: Condiciones médicas agudas o enfermedades físicas.
- Eje IV: Severidad de los estresores psicosociales.
- Eje V: Nivel de función adaptativa en el último año.

No obstante, Barbosa (2019), también asume que, el enfoque dimensional presupone abordar los diagnósticos, no como cajas dentro ejes temáticos, sino como un continuo en el que cada diagnóstico puede ser un punto de partida o ubicación singular en un espectro, como en el que se presenta a continuación, donde se ha tomado nombres al azar para demostrar la ubicación del trastorno mental en que se podría encontrar cierto paciente.(Barbosa, 2019)

Por lo cual, APS (2014), menciona que, entre los trastornos mentales severos más comunes, están:

- Trastornos de ansiedad, ya sea ataques de pánico, trastorno de ansiedad social como fobia social y fobia específica, afecciones que ocurren en aproximadamente tres cuartas partes de los individuos.

- Cualquier trastorno disruptivo entre lo que se desarrollan, el trastorno por déficit de atención y actividad, control de impulsos o trastorno de conducta dentro del cual es detectable, el trastorno explosivo intermitente, trastorno de oposición desafiante, trastorno de conducta.
- Cualquier trastorno por uso de sustancias, entre los que se diagnostica, trastorno por uso de sustancias como el alcohol o estupefacientes. Problema que aquejan a más de la mitad de las personas con trastorno bipolar tipo I. Los adultos con trastorno bipolar tipo I tienen altas tasas de afecciones médicas comórbidas graves y / o no tratadas. El síndrome metabólico y la migraña son más comunes entre las personas con trastorno bipolar que entre la población general. Más de la mitad de las personas cuyos síntomas cumplen con los criterios del trastorno bipolar padecen un trastorno por consumo de alcohol, y quienes padecen ambos trastornos tienen un alto riesgo de intentar suicidarse. (American Psychiatric Association, 2014, pág. 132)

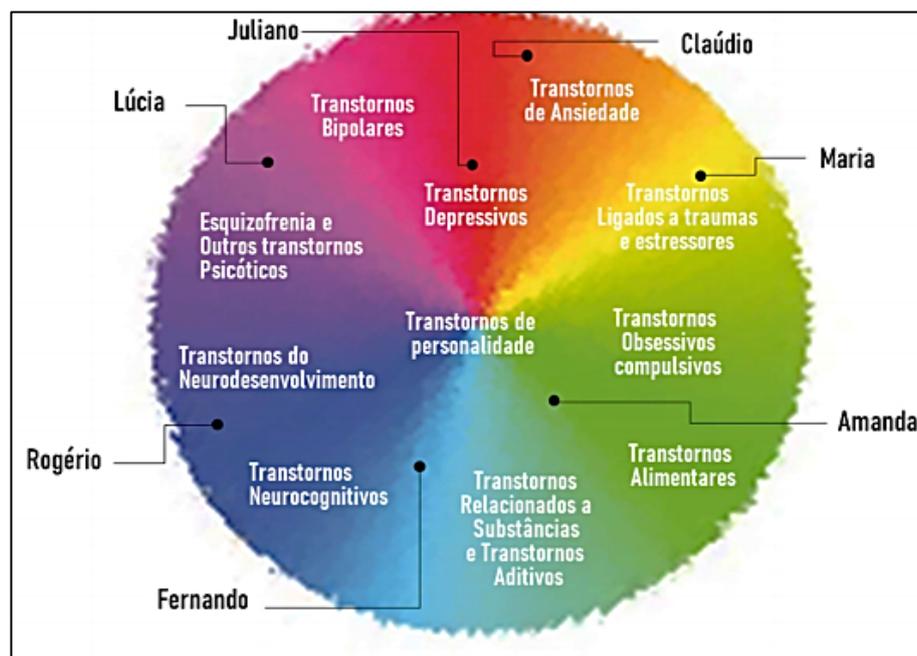


Figura 1. Espectro dimensional según la teoría del grupo DSM-5.

Adaptado de (Barbosa, 2019).

Por otro lado, y tomando como referencia el estudio realizado por una de las clínicas de mayor eminencia médica a nivel mundial, (Mayo Clinic, 2019) menciona como principales clases de enfermedades mentales, a las que se detallan a continuación:

**Tabla 1. Principales clases de enfermedades mentales**

<b>Tipo de trastorno</b>	<b>Contexto</b>	<b>Ejemplo</b>
<b>Trastornos del neurodesarrollo</b>	Abarca una amplia gama de problemas que generalmente comienzan en la infancia o niñez, a menudo antes de que el niño comience la escuela primaria	Autismo TDAH Trastorno del Aprendizaje
<b>Trastornos psicóticos</b>	Causan pérdida de contacto con la realidad, como delirios, alucinaciones y pensamiento y habla desorganizados	Esquizofrenia
<b>Trastorno bipolar y trastornos relacionados</b>	Incluye trastornos con episodios alternados de manía	Bipolaridad
<b>Trastornos depresivos</b>	Incluyen trastornos que afectan emocionalmente y pueden afectar tu capacidad para funcionar	Trastorno depresivo mayor. Trastorno disfórico premenstrual.

<b>Trastornos de ansiedad.</b>	Es una emoción caracterizada por la anticipación de un futuro peligro o desgracia, junto con una preocupación excesiva.	Trastorno de ansiedad generalizada. El trastorno de pánico Las fobias.
<b>Trastorno obsesivo compulsivo</b>	Cuando una persona tiene problemas para lidiar con una situación estresante de la vida	Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Trastorno de estrés agudo.
<b>Trastornos disociativos</b>	Son trastornos en los cuales el sentido de sí mismo se ve alterado	Trastorno de identidad disociativa Amnesia disociativa.
<b>Trastornos neurocognitivos</b>	Afectan la capacidad para pensar y razonar; por lo que son problemas cognitivos adquiridos por afecciones o enfermedades cerebrales	Alzheimer
<b>Trastornos de personalidad</b>	Implica un patrón duradero de inestabilidad emocional y comportamiento poco saludable que causa problemas en la vida y en las relaciones.	Trastornos límite Trastorno antisocial y narcisista de la personalidad.
<b>Trastornos parafilicos</b>	Caracterizado por el interés sexual que causa angustia o	Trastorno de sadismo sexual

	impedimento personal o causa daño potencial o real a otra persona.	Trastorno voyerista Trastorno pedófilo.
<b>Otros Trastornos mentales</b>	“incluye los trastornos mentales que se deben a otras afecciones médicas o que no cumplen con todos los criterios de uno de los trastornos mencionados”	Varios

Adaptado de (Mayo Clinic, 2019)

## 4.2 La violencia como problema de salud pública

### 4.2.1 Tipificación de la violencia

La violencia constituye un problema de salud pública, y, por tanto, es importante estudiarla desde distintas perspectivas, más aún si nos referimos a trastornos mentales. La OMS define la violencia como:

*“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.*(Organización Panamericana de la Salud, 2002)

Basados en las características de los que cometen actos de violencia, la clasificación de la OMS divide la violencia en tres categorías generales: la violencia autoinfligida, la violencia interpersonal y la violencia colectiva.(Castell-

Florit Serrate, 2008)

- La violencia autoinfligida comprende comportamientos suicidas, que incluye pensamientos suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado, además de las autolesiones o el auto maltrato, que incluye actos como la automutilación.
- La violencia interpersonal es abordada desde 2 perspectivas: la violencia familiar y la violencia comunitaria. La primera se da entre miembros de la familia o la pareja, y la segunda es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede, por lo general, fuera del hogar.
- La violencia colectiva muestra los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de personas o por el Estado, y se subdivide en violencia social, violencia política violencia económica.

A lo que se refiere a la naturaleza de los actos de violencia estos pueden ser de carácter físico, sexual o psicológica, pudiéndose presentar en diferentes ámbitos como la familia, el trabajo, o las instituciones de salud.(Organización Panamericana de la Salud, 2002)

#### **4.2.2 Factores de riesgo de la violencia**

El estudio de la violencia en la sociedad es un fenómeno multidimensional y de etiología compleja.(Umaña et al., 2016) Para comprender el fenómeno de la violencia podemos evaluar los factores que influyen en el comportamiento y que pueden incrementar el riesgo de cometer o padecer actos violentos. No existe un único factor que explique por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace. Es un complejo, entramado de factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.(Umaña et al., 2016)

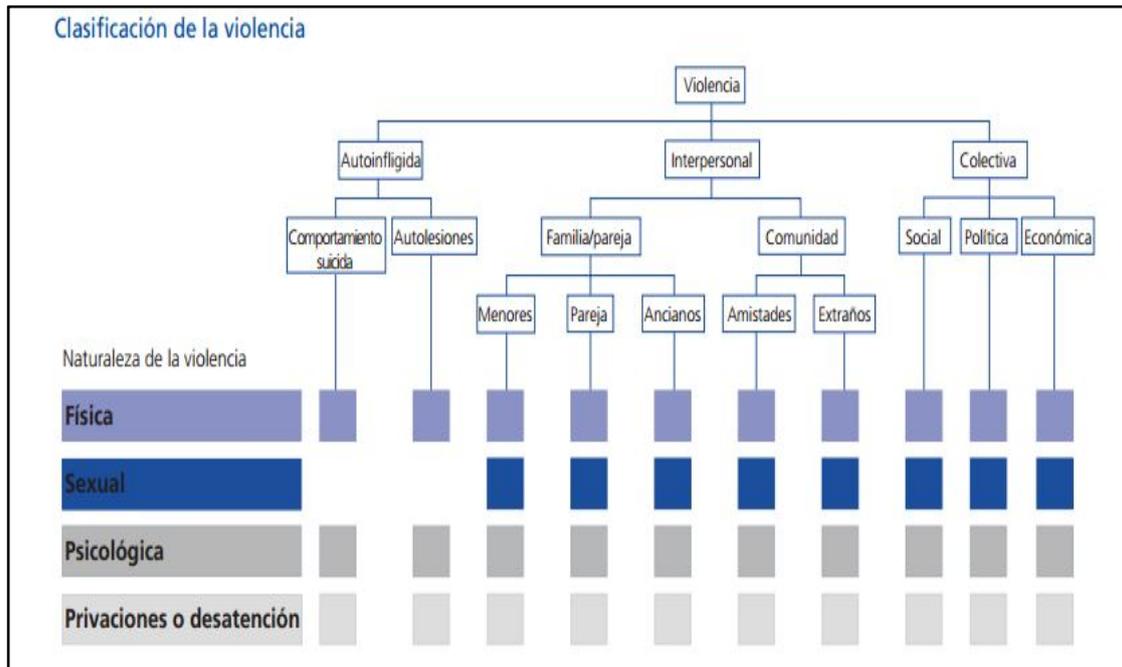


Figura 2. Clasificación de la violencia según la OMS

Adaptado de (Organización Panamericana de la Salud, 2002)

Según la OMS, los factores de la violencia pueden ser abordados en cuatro niveles. (Organización Panamericana de la Salud, 2002)

1. El primero se centra en los factores biológicos y de la historia personal como características personales (ej. edad y género), sociodemográficas (ej. educación, nivel económico), trastornos mentales, de personalidad, consumo de tóxicos y antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato.
2. El segundo nivel se abordan las relaciones más cercanas, como las mantenidas con familia, amigos, pareja, compañeros y se investiga como aumentan éstas el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos.
3. El tercer nivel se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, lugares de trabajo y el vecindario y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo. Las instituciones penitenciarias se ubicarían en este nivel. Indudablemente los factores sociales pueden jugar un papel

modulador en el desarrollo humano y en la facilitación o inhibición de las manifestaciones violentas.

4. El cuarto nivel situaríamos como los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad contribuyen a crear un clima en el que se alienta o inhibe la violencia. Ejemplos de este nivel serían la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales.

En el presente trabajo nos centraremos en los actos de violencia y agresión que se dan dentro de las instituciones de salud mental, adentrándonos en la epidemiología de este problema y describiendo sus causas y sus efectos en los pacientes, el personal de salud y las propias instituciones. Revisaremos también como se miden y previenen estos actos hasta llegar al desarrollo de pruebas rápidas para identificar a los pacientes violentos. Finalmente explicaremos el desarrollo de construcción y aplicación de la prueba DASA IV para la identificación de pacientes agresivos.

### **4.3 La violencia y la salud mental**

#### **4.3.1 Correlaciones entre desórdenes psiquiátricos y agresividad**

Las correlaciones entre los trastornos psiquiátricos y el comportamiento violento siempre han sido objeto de debate.(Cornaggia et al., 2011) Algunos autores han afirmado que existe una correlación entre los trastornos psiquiátricos y el crimen, mientras que otros han encontrado que la prevalencia de acciones criminales es menor en pacientes psiquiátricos que en la población general.(Dickens et al., 2020) Sin embargo, todos estos estudios presentan una serie de limitaciones metodológicas, incluyendo el hecho de que las muestras seleccionadas no representan la población psiquiátrica en su conjunto. Por ejemplo, un estudio realizado en los Estados Unidos encontró que la violencia está relacionada con trastornos psiquiátricos solo en presencia de consumo/dependencia de

sustancias.(Elbogen & Johnson, 2009) Apoyando esta tesis, otro estudio encontró que la prevalencia de violencia entre los que tenían un trastorno mental grave, que no fuera abuso de sustancias, era indistinguible de las personas que no presentaban abuso de sustancias.(Monahan, 2002) En este mismo estudio se encontró que, un trastorno de abuso de sustancias comórbido a otro trastorno mental doblaba el riesgo de violencia, además, se encontraron varias asociaciones entre factores de riesgo específicos y violencia como ser varón, contar con episodios de violencia previa, las experiencias infantiles de malos tratos (presenciados o sufridos), la psicopatía, la suspicacia, la ira, y los pensamientos intrusivos persistentes de violencia.(Monahan, 2002) Sin embargo, en las últimas décadas, existe una evidencia creciente que muestra que la prevalencia de la conducta violenta en personas con trastornos mentales graves es mayor que en la población general, y que el riesgo aumenta considerablemente ante la coexistencia de abuso de sustancias.(Alicia & Miguel Ángel, 2011)

Algunos estudios han demostrado que el diagnóstico psiquiátrico más frecuentemente asociado con el comportamiento agresivo es la esquizofrenia paranoide, ya que, los pacientes con esquizofrenia paranoide conservan suficiente capacidad para planificar y cometer actos de violencia relacionados con sus delirios, mientras que la violencia de los pacientes con esquizofrenia desorganizada no está planificada y generalmente se caracteriza por consecuencias menos graves.(Cornaggia et al., 2011) Otros estudios han encontrado que la agresividad es bastante común en el trastorno de personalidad antisocial, pero sólo unos pocos han investigado la correlación entre la agresividad y los trastornos de la personalidad.(Cornaggia et al., 2011) Existe una serie de otros trastornos psiquiátricos asociados con un comportamiento agresivo como son la psicosis, trastornos del estado de ánimo, el deterioro cognitivo y desordenes de la personalidad.(Scott & Resnick, 2006) Entre los factores que aparecen asociados de forma más constante al riesgo de conducta violenta en enfermos mentales, cabe destacar la comorbilidad con el consumo de sustancias, el incumplimiento del tratamiento prescrito y los

antecedentes de conducta violenta.(Alicia & Miguel Ángel, 2011)

Según una revisión realizada por Aquilina, los episodios de violencia en las salas psiquiátricas son más frecuentes entre los pacientes jóvenes con esquizofrenia, los pacientes con problemas neurológicos y en lugares hacinados; las víctimas suelen ser miembros del personal de enfermería, y las consecuencias rara vez son graves.(Aquilina, 2016) Otra revisión encontró que la presencia de un trastorno psicótico, síntomas severos, una edad temprana, abuso de sustancias y un historial de episodios violentos aumentan el riesgo de violencia y agresión, aunque las circunstancias (hacinamiento, provocaciones y personal inexperto o intolerante) y las variables estructurales (cambios en las estrategias de salud mental y menos recursos) también están involucradas.(S, 1991) Una revisión ms reciente mostró que las variables que con mayor frecuencia se correlacionaron con los episodios de agresión fueron los episodios pasados de violencia/agresión, la presencia de impulsividad/hostilidad, la hospitalización más prolongada, el ingreso no involuntario y el mismo género de agresor y víctima.(Cornaggia et al., 2011) El abuso de alcohol/drogas, una edad más temprana y el riesgo suicida también aumentan el riesgo de agresión, pero la evidencia es más débil". Los pacientes agresivos tienen más probabilidades de tener un diagnóstico de "esquizofrenia" (o más generalmente psicosis) o "trastornos de personalidad"; una diagnosis del desorden bipolar es perceptiblemente menos frecuente, quizás porque los pacientes están en una fase depresiva y la depresión se sabe para ser un factor levemente protector.(Cornaggia et al., 2011)

#### **4.3.2 La violencia en las instituciones de salud mental**

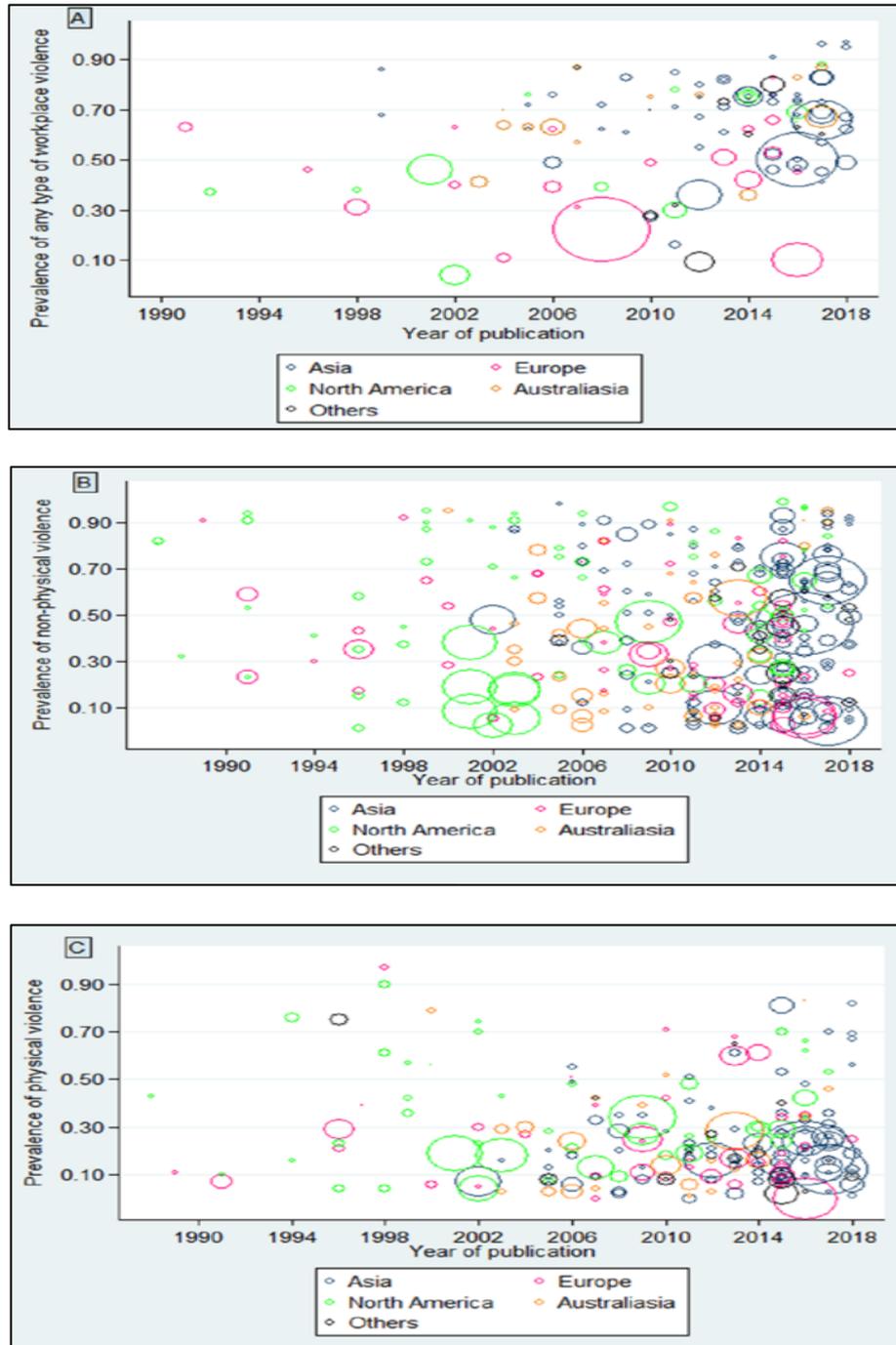
Los comportamientos agresivos dentro de las unidades de salud mental son un problema grave, de larga data y creciente que afecta negativamente a los pacientes, al personal y a los servicios de salud mental en general.(Griffith et al., 2013) Las agresiones en las instituciones de salud mental son consideradas

como violencia en el lugar de trabajo para los trabajadores sanitarios, y es un problema mundial ya que es un riesgo laboral clave al que se enfrentan los profesionales de la salud en todo el mundo.(Gates, 2004)

Las agresiones en las instituciones de salud se definen como: *“incidentes en los que el personal es maltratado, amenazado o agredido en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluidos los desplazamientos de ida y venida del trabajo, que implican un desafío explícito o implícito a su seguridad, bienestar o salud”*.(Cooper & Swanson, 1997) Los incidentes violentos en las instituciones de salud incluye agresión física, agresión, acoso sexual, intimidación y abuso verbal o amenazas.(Cooper & Swanson, 1997) La violencia en el lugar de trabajo se ha asociado con la reducción de la satisfacción laboral, el compromiso y la eficiencia, la mala calidad de vida, así como el aumento del estrés, la interrupción del sueño, el agotamiento e incluso la muerte. Además, la violencia en el lugar de trabajo tiene un impacto negativo en la retención de los trabajadores de la salud y en la calidad de la atención médica.(Yang et al., 2018)

Existe una diferencia considerable en la prevalencia de episodios de agresividad, dependiendo de los países en los que se realizaron los estudios, sus diferentes métodos y muestras, y sus diferentes períodos de seguimiento. Una revisión sistemática encontró que los episodios violentos son más frecuentes en los Estados Unidos que en otros países.(Cornaggia et al., 2011) Las víctimas eran principalmente miembros del personal de enfermería, seguidos por otros pacientes. Los estudios de pacientes hospitalizados que han estado hospitalizados durante mucho tiempo muestran que la prevalencia de episodios de agresión no se ve afectada por el género y que las tasas entre los adolescentes son similares a las de los adultos.(Cornaggia et al., 2011) Un meta-análisis publicado en 2019, en donde se incluyeron 253 estudios con un total de 331544 participantes, estimó la prevalencia de actos violentos en contra de los

*Figura 3. Información sobre agresiones en el lugar de trabajo por año y área geográfica.*



(A) Prevalencia de cualquier tipo de violencia. (B) Prevalencia para violencia no física. (C) Prevalencia para violencia física.

*Figura 3. Información sobre agresiones en el lugar de trabajo por año y área geográfica.*

Adaptado de (Liu et al., 2019)

trabajadores de salud.(Liu et al., 2019) El estudio mostró el 62% de los participantes reportaron exposición a cualquier forma de violencia en el lugar de trabajo, el 42,5% reportaron exposición a violencia no física y el 24.4% reportaron haber experimentado violencia in los últimos 12 meses. El estudio también mostro que, el abuso verbal (57,6%) fue la forma más común de violencia no física, seguido por amenazas (33,2%) y acoso sexual (12,4%).(Liu et al., 2019)

#### **4.4 Evaluación del riesgo de violencia**

##### **4.4.1 Violencia y Peligrosidad**

La precisión de la evaluación de acontecimientos violentos futuros a cargo del personal de salud está relacionada con muchos factores, incluidas las circunstancias de la evaluación y el período de tiempo durante el cual se predice la violencia. Desafortunadamente, ninguna prueba psicológica o entrevista puede predecir la violencia futura con alta precisión. Los eventos relativamente poco frecuentes (por ejemplo, el homicidio) son más difíciles de predecir que los eventos más comunes (por ejemplo, la violencia doméstica) porque tienen una tasa baja de ocurrencia base.(Scott & Resnick, 2006)

En una revisión sistemática de la precisión de los médicos para predecir el comportamiento violento hacia los demás, se encontró que los psiquiatras y psicólogos eran precisos en no más de una de cada tres predicciones de comportamiento violento entre los pacientes institucionalizados seguidos durante muchos años que habían cometido violencia en el pasado y que fueron diagnosticados como enfermos mentales.(Monahan, 2002) Sin embargo,

estudios más recientes indican que la precisión de los médicos en la evaluación de la violencia futura mejora cuando la predicción se limita a períodos de tiempo más breves.(Scott & Resnick, 2006)

Al realizar una evaluación del riesgo de violencia, es necesario entender el término de peligrosidad. El término "peligrosidad" no es un diagnóstico psiquiátrico; el concepto de peligrosidad es un juicio legal basado en la política social.(Alicia & Miguel Ángel, 2011) En otras palabras, la peligrosidad es un concepto más amplio que la violencia o el comportamiento peligroso; indica la propensión de un individuo a cometer actos peligrosos. En este contexto, según Scott & Rsnick, 2006, el médico puede encontrar útil dividir el concepto de peligrosidad en cinco componentes. El primer componente es la magnitud del daño potencial que se ve amenazado. El comportamiento puede implicar daño físico a las personas o a la propiedad, así como daño psicológico a otros. El segundo componente de la peligrosidad es la probabilidad de que se produzca un acto violento. Aquí es importante aclarar la gravedad de la intención de la persona de causar daño. La historia pasada de una persona de actuar sobre pensamientos violentos es el mejor predictor de que las intenciones violentas se llevarán a cabo. El tercer componente es la inminencia del daño. Por ejemplo, ¿la persona está amenazando con hacer daño en las próximas 10 horas o en los próximos diez días? El cuarto componente examina la frecuencia de un comportamiento. La frecuencia se define como el número de veces que un acto en particular ha ocurrido durante un período de tiempo específico. Los factores situacionales constituyen el quinto componente de la peligrosidad potencial. Los factores situacionales que aumentan el riesgo de violencia en el futuro incluyen la asociación con un grupo de criminales, la falta de recursos financieros y vivienda, el fácil acceso a las armas y la exposición al alcohol o a las drogas ilícitas.(Scott & Resnick, 2006)

#### **4.4.2 Evaluaciones estructuradas para una agresión inminente**

La evaluación de riesgos estructurada e individual es a menudo un requisito de los proveedores de servicios de salud, y la investigación se ha concentrado en el desarrollo de herramientas para predecir la agresión a largo plazo en las instituciones de salud como también en aquellos pacientes que se reintegran a la sociedad. Hay dos enfoques principales para la evaluación guiada del riesgo de violencia. En primer lugar, los instrumentos actuariales implican la asignación de valores numéricos a una lista estandarizada de factores de riesgo conocidos para un resultado de interés, la suma de esos valores y la comparación con las normas para una muestra comparable con el resultado de interés para hacer una predicción probabilística del riesgo. En segundo lugar, los esquemas de juicio profesional estructurado implican la consideración de un programa estandarizado de factores de riesgo conocidos, la consideración de esos factores de riesgo en combinación con el juicio clínico y el conocimiento del individuo. El nivel general de riesgo evaluado generalmente se resume como una calificación de bajo, medio o alto para obtener información contextual sobre la naturaleza, la gravedad y las circunstancias probables del resultado de interés.(Dickens et al., 2020)

#### **4.4.3 Herramientas de evaluación de riesgo de la violencia**

La herramienta más utilizada a nivel mundial es el HCR-20 (Assessing Risk for Violence), el cual es un instrumento de juicio estructurado que se utiliza típicamente para evaluar el riesgo para un periodo próximo de 6 a 12 meses.(Douglas et al., 2014) Otras herramientas comúnmente utilizadas incluyen la lista de verificación de psicopatía revisada,(Hemphill, 2007) la cual es una herramienta de diagnóstico actuarial para la psicopatía en lugar de un programa de evaluación del riesgo de violencia, y la Guía de evaluación del riesgo de violencia,(Quinsey et al., 2007) el cual es un instrumento actuarial. Estos dos últimos instrumentos se han utilizado para estudiar la reincidencia a lo

largo de períodos de años. Sin embargo, en entornos correccionales y de salud mental para pacientes hospitalizados, las enfermeras pueden desear predecir y tomar medidas para prevenir la violencia del paciente en períodos de tiempo mucho más cortos.

Conceptualmente, la evaluación del riesgo de agresión inminente tiene múltiples ventajas potenciales. El juicio estructurado tradicional y las herramientas actuariales tienden a comprender variables históricas y dinámicas que son factores de riesgo empíricos conocidos para la violencia.(Dickens et al., 2020) Sin embargo, la predicción de la violencia inminente requiere en gran medida la consideración de variables dinámicas sobre las históricas, ya que estas últimas son de naturaleza estática (por ejemplo, violencia previa), sinónimo de ingreso hospitalario o eliminación correccional, y por lo tanto de potencia reducida para distinguir a los pacientes con alto riesgo actual.(Dickens et al., 2020)

A pesar de la necesidad demostrable, se han desarrollado pocas herramientas que tengan como objetivo ayudar a la evaluación del riesgo de violencia inminente. No existe un período definitivo que se acepte como «inminente»; Monahan usó el término para referirse a la violencia que probablemente ocurra en la evaluación de 3 días, mientras que otras definiciones incluyen "riesgo diario", "los próximos siete días", "los próximos días o una semana más o menos" y "las próximas dos semanas".(Moursel et al., 2019) Las herramientas más utilizadas para ayudar a evaluar la violencia inminente son la Evaluación Dinámica de la Agresión Situacional (DASA, por sus siglas en inglés) y la Lista de verificación de la violencia de Brøset. La presente revisión adoptará una definición de "inminente" como un periodo de 24 horas. La adopción de una definición de "riesgo inminente" de 24 horas pone de relieve una diferencia conceptual entre las herramientas que están diseñadas para ser utilizadas para la predicción del riesgo de violencia inminente y las que no lo son, pero se han utilizado de todos modos. En principio, cualquier plan puede utilizarse para predecir la violencia inminente, incluidos los que aparentemente están diseñados para el pronóstico a largo plazo y los que son principalmente herramientas de

detección. Se puede priorizar que este último se complete temprano en un ingreso hospitalario de corta estancia previsto para distinguir qué pacientes están en alto riesgo en el transcurso de ese ingreso o para priorizar a los pacientes para la evaluación completa del riesgo de violencia.(Dickens et al., 2020)

#### **4.5 Evaluación Dinámica de la Agresión Situacional (DASA IV)**

La escala de DASA-IV, provenientes de sus siglas en inglés “Dynamic Appraisal of Situational Aggression - Inpatient Version”, acoge una óptima capacidad de predicción de incidentes agresivos dentro de un entorno seguro, “cuando los datos se resumen durante un período de 24 horas, en lugar de cuando se toma una sola calificación. Además, tiene un valor moderado para predecir incidentes en escalas de tiempo aún más cortas” (Nqwaku, y otros, 2018). A su vez, se ha demostrado que a pesar de que existen otras metodologías, DASA-IV es el más preciso para predecir el comportamiento violento en pacientes esquizofrénicos dentro de las 24 horas, tomando en cuenta también, que es apropiado para ser utilizado por enfermeras como instrumento de evaluación del riesgo de conductas violentas en salas psiquiátricas agudas.(Yuniati et al., 2020)

##### **4.5.1 Beneficios del DASA-IV**

Tras la realización de varios estudios entorno a la escala de DASA-IV, se ha podido corroborar grandes beneficios como conclusión de los mismos, entre las que se encuentran:

- La utilización de la herramienta DASA-IV permite al personal en general obtener mayor conciencia del paciente en riesgo de agresión.
- Fomenta de la intervención centrada en el paciente para reducir el número de eventos como reclusión, restricciones y lesiones.

- La adición de una herramienta estructurada al juicio clínico de las enfermeras para evaluar el riesgo de agresión inminente en la unidad psiquiátrica.
- Ayudar a las enfermeras en la intervención de iniciación o prevención y mejorar la seguridad en el área hospitalaria de psiquiatría (Gourley, 2020).

Cabe destacar, que el DASA-IV está diseñado para su uso en las salas de pacientes psiquiátricos agudos, donde las únicas excepciones serán aquellos pacientes donde la admisión dura más de 3 meses cuando estos los pacientes no han mostrado ninguna indicación de verbal o física agresión; sin embargo, en consulta con el equipo clínico, el DASA-IV puede interrumpirse en estos pacientes.(Ogloff & Daffern, 2020)

#### **4.5.2 Método de la Escala**

La versión DASA-IV es una herramienta de evaluación estructurada y validada utilizado para predecir la agresión inminente en un entorno hospitalario de salud; para lo cual, utiliza una escala de siete elementos destinados a predecir la agresión durante un período de 24 horas.

1. Irritabilidad
2. Impulsividad
3. No está dispuesto a seguir instrucciones
4. Sensibilidad a la provocación
5. Se enoja fácilmente cuando se niegan las solicitudes,
6. Actitudes negativas
7. Amenazas verbales

### 4.5.3 Puntuación

Dentro de esta escala de DASA -IV, tiene una puntuación, que se clasifica de la siguiente manera:

0 si está ausente y 1 si está presente

- De 0 o 1 = bajo riesgo de agresión
- De 2-3 = riesgo moderado de agresión
- Mas de 3 = alto riesgo de agresión.(Ogloff & Daffern, 2020)

Sin embargo, South London and Maudsley NHS (2020), menciona que, La puntuación del DASA-IV requiere dos pasos:

- Paso 1: evaluación del riesgo de agresión

Aquí las pautas de puntuación para DASA-IV se basan en la lista de verificación de violencia de Broset, ya que cada uno de los elementos es puntuado por su presencia (1) o ausencia (0) en los últimos 24 horas. Es importante destacar que para los pacientes conocidos un aumento en el comportamiento se puntúa como 1, mientras que el comportamiento habitual es no violento, se puntúa como 0.

- Paso 2: registrar la agresión

Para registrar actos de agresión en el DASA-IV, la persona evaluadora de riesgos del día actual debe registrar si el paciente ha sido agresivo durante las 24 horas anteriores y deben marcar con una X en la casilla apropiada:

- Si la persona ha sido agresiva con los objetos (portazos, lanzamiento de objetos, patear muebles, romper ventanas, provocar incendios).
- Si la persona ha sido verbalmente agresiva (gritar enojado, insultar o maldecir, usar lenguaje soez enojado o haciendo amenazas a otros)

El personal coloca igualmente una X en la caja apropiada y se debe completar la misma columna cada día; es decir, el lunes, cuando el riesgo del paciente está siendo evaluado su comportamiento agresivo en el pasado 24 horas se registran en la columna del lunes.(Ogloff & Daffern, 2020)

## **5. Resultados**

### **5.1 Traducción del instrumento DASA-VI**

La fase de traducción inicial desde el idioma original al idioma español con su contexto transcultural de la escala. En esta fase se realizó dos traducciones independientes realizadas por cada autor de esta investigación. En donde se tradujo de la escala original (Anexo 2) todas las instrucciones, preguntas y las opciones de respuesta teniendo como resultado la Traducción No.1 (Anexo 3) y la Traducción No.2 (Anexo 4). La información del proceso de traducción se mantuvo documentada en un Excel, donde cada uno de los traductores añadió en sus notas las palabras y frases de difícil traducción.

En la fase de síntesis de la traducción inicial, se recopiló dicha información en una sola traducción. Trabajando en la escala original tanto el traductor 1 como el traductor 2 se creó una única versión a partir de las 2 traducciones desarrolladas por cada uno de ellos, se revisó todo los ítems instrucciones y respuestas, las dudas se resolvieron entre los dos traductores, para generar una primera versión consensuada que se conoce como Traducción No.3 (Anexo 5).

Por último, la Traducción No.3 fue revisada por un equipo oficial de traducción médica, con el objetivo de que la traducción no tenga sólo equivalentes de palabras lingüísticas sino que también el concepto sea equivalente semánticamente y que las expresiones utilizadas sean aceptables y culturalmente relevantes (Anexo 6).

### **5.2 Adaptación del instrumento DASA-VI**

La fase de adaptación se realizó un grupo focal con un total de treinta internos de la carrera de medicina de diferentes hospitales de Quito y veinte enfermeras de Quito, a quienes se les mostró la escala traducida y se les solicitó llenar una

encuesta para establecer si la escala es totalmente comprensible o si tiene alguna frase, palabra o ítem que no sea conocido. Con lo que se pudo corregir a términos que mas se ajusten a nuestro medio cultural para evitar confusiones.

Adicionalmente, se pidió a doctores psiquiatras contestar un cuestionario en línea conformado por siete preguntas; enfocadas a explorar su experiencia laboral, dónde realizaron sus estudios universitarios y de postgrado; pero sobre todo se enfocó en conocer, si recomendarían la escala DASA IV para uso nacional, cuáles elementos agregaría o eliminaría de la escala y si la misma presenta buena redacción, información y palabras simples.

En lo concerniente a la experiencia laboral los profesionales presentan un tiempo no menor a 5 años, 8 años, 25 años, 28 años y mayor a 30 años en el área de psiquiatría. En cuanto a la responsabilidad de recomendar la escala DASA IV a nivel nacional, 80% estuvieron totalmente de acuerdo mientras que el 20% estuvo de acuerdo. A las preguntas qué elementos agregaría o eliminaría de la escala se contestó aumentar una pregunta de antecedentes de enfermedades psiquiátricas , reducir el numero de preguntas por falta de tiempo del personal de salud y cambiar la palabra irritabilidad. De igual forma, en cuánto a la claridad de la escala DASA; 60% contestó que presenta una claridad muy buena , mientras que el 40% restante contestó buena. La utilización de palabras simple y la información el 80% señalo que presenta muy buena información y buen uso del léxico mientras que el 20% señala que fue bueno. Los cinco psiquiatras participantes concluyeron como satisfactoria la escala DASA IV para prevenir el riesgo de agresión de los pacientes en las próximas 24 horas, además de estar dispuestos a aplicar la misma en sus unidades de trabajo con el fin de disminuir la incidencia de eventos agresivos hacia el personal de salud.

### 5.3 Características generales de la población de estudio

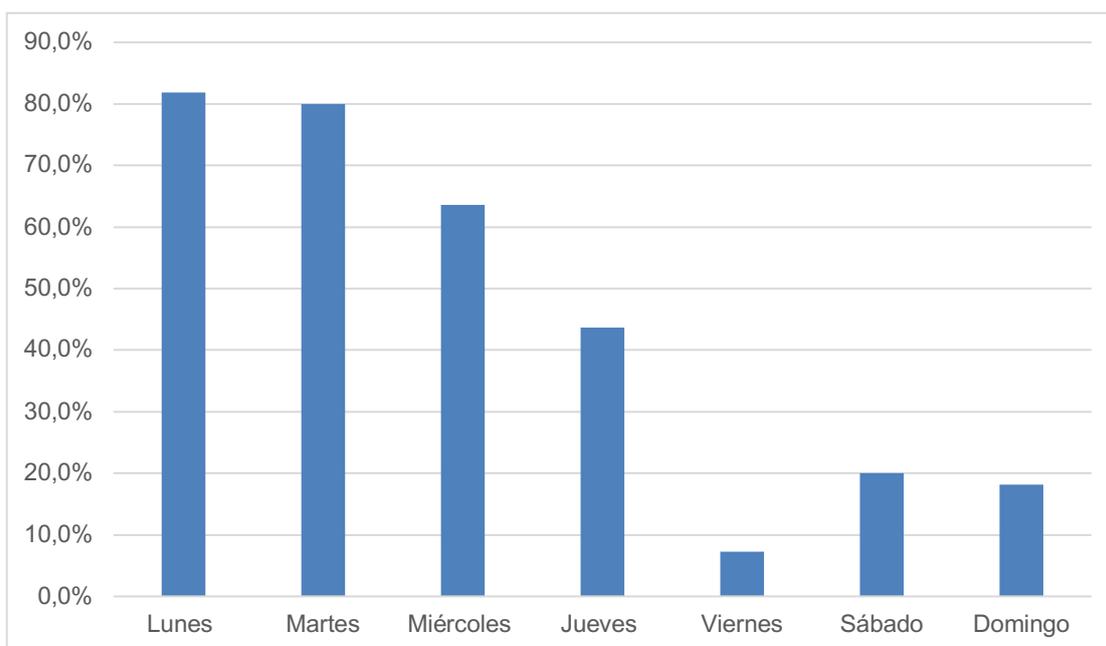
Tabla 2. Características de la población de estudio correspondientes a tres instituciones de salud de la ciudad de Quito, 2021.

<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>	Hombre	22	40%
	Mujer	30	54,5%
	Valores perdidos	3	5,5
<b>Edad en años</b>	<= 29	14	25,5%
	30 - 40	15	27,3%
	41 - 55	11	20,0%
	56+	13	23,6%
	Valores perdidos	2	3,6%
<b>Institución de salud</b>	Clínica Neurociencia	20	36,4%
	CT San José Mariana	20	36,4%
	Clínica Hermano Miguel	15	27,3%
<b>Diagnóstico</b>	Abuso de sustancias	11	20,0%
	Ansiedad Generalizada	5	9,1%
	Bipolaridad	7	12,7%
	Depresión	10	18,2%
	Esquizofrenia	6	10,9%

Personalidad Borderline	2	3,6%
Trastorno de la Personalidad	2	3,6%
Trastorno de la alimentación	3	5,5%
Otros	7	12,7%
Valores perdidos	2	3,6%

En la tabla 2 se muestra las características de los participantes por sexo, edad, institución de salud y diagnóstico. En el presente estudio fueron evaluados 55 pacientes, de los cuales el 54,5% fue de sexo femenino y el 53% fueron personas menores a 40 años. La distribución porcentual de los pacientes por institución de salud fue de 36,4% para la clínica Neurociencias, 36,4% para la clínica San José Mariana y 27,3% para la clínica Hermano Miguel. Los diagnósticos más comunes entre los participantes fueron: abuso de sustancias (20%), depresión (18,2%) bipolaridad (12,7%) y esquizofrenia (10,9%). Las variables sexo, edad y diagnóstico del paciente presentaron valores perdidos menores al 6% del total de los datos.

#### 5.4. Incidencia de agresiones registradas por el instrumento DASA-IV



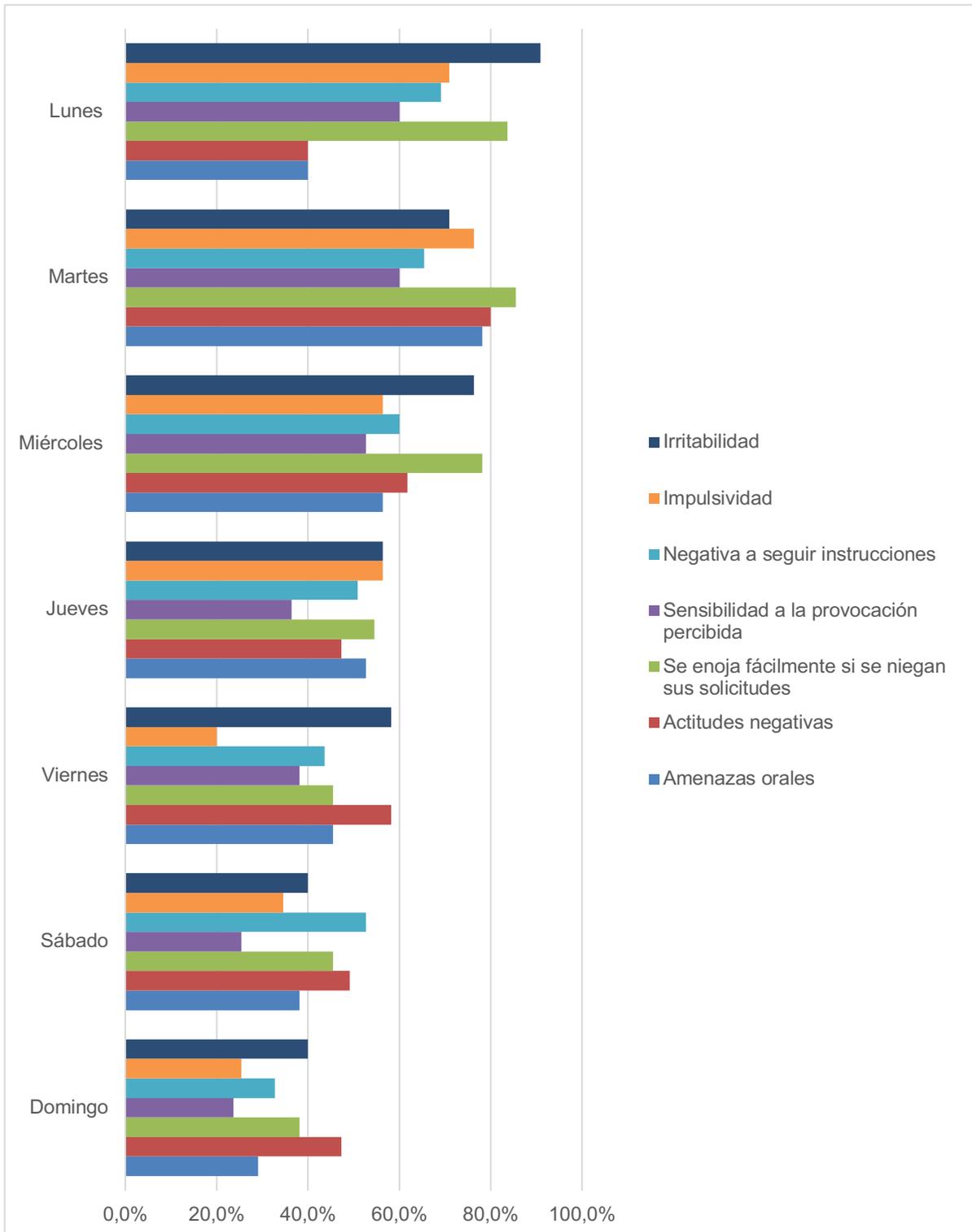
*Figura 7. Incidencia de agresiones registradas por las instituciones en una semana de seguimiento a pacientes de tres clínicas de la ciudad de Quito, 2021*

La figura 7 muestra la incidencia de agresiones registradas por el instrumento DASA-IV. Como se observa, la incidencia de eventos agresivos presentó una tendencia decreciente en la semana de seguimiento. En el lunes, el 82% de los pacientes presentaron incidentes agresivos, el miércoles el 64% de los pacientes, el viernes el 7 % de los pacientes y el domingo el 1% de los pacientes. En promedio, en la semana de seguimiento el 45% de los pacientes presentaron un incidente agresivo (Ver tabla suplementaria 1)

#### 5.5 Aplicación de la escala DASA IV

La figura 8 muestra el porcentaje de respuestas positivas a los 7 ítems que componen la escala DASA IV durante una semana de aplicación de la prueba. En los tres primeros días de aplicación de la prueba mostraron porcentajes altos en comparación con los porcentajes de los días restantes, permitiendo observar

una tendencia decreciente con el pasar de los días. El ítem de irritabilidad empezó con valores del 91% en lunes, 76% en miércoles y 40% en domingo. El ítem de impulsividad empezó con valores de 71% en lunes, 56% en miércoles y 25% en domingo. El ítem de negativa a seguir instrucciones empezó con valores de 69% en lunes, 60% en miércoles y 33% en domingo. El ítem de sensibilidad a la provocación percibida empezó con valores de 60% en lunes, 53 en miércoles y 24% en domingo. El ítem de se enoja fácilmente si se niegan sus solicitudes empezó con valores de 84% en lunes, 78% en miércoles y 38% en domingo. El ítem de actitudes negativas y amenazas orales presentó una tendencia diferente al de ítems de la prueba. En el caso del ítem actitudes negativas, este empezó con valores de 40% en lunes, subiendo a 62% en miércoles y descendiendo a 47% en domingo. El ítem amenazas orales mostró valores de 40% en lunes, subiendo a 56% en miércoles y descendiendo a 29% en domingo. En la Tabla Suplementaria 2 se muestran las frecuencias, porcentajes y porcentajes promedios de respuesta semanal de cada ítem. En la semana de seguimiento, los tres ítems con mayor ocurrencia de respuesta entre los participantes fueron “irritabilidad” con un porcentaje semanal promedio de respuesta del 61,8%, seguido del ítem “se enoja fácilmente si se niegan sus solicitudes” con un 61,6% y actitudes negativas con un 54,8%.



*Figura 8. Porcentajes de respuestas positivas a los 7 ítems de la escala DASA IV después de una semana de seguimiento en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de Quito, 2021.*

## 5.6 Promedio diario de puntuación de la prueba DASA IV

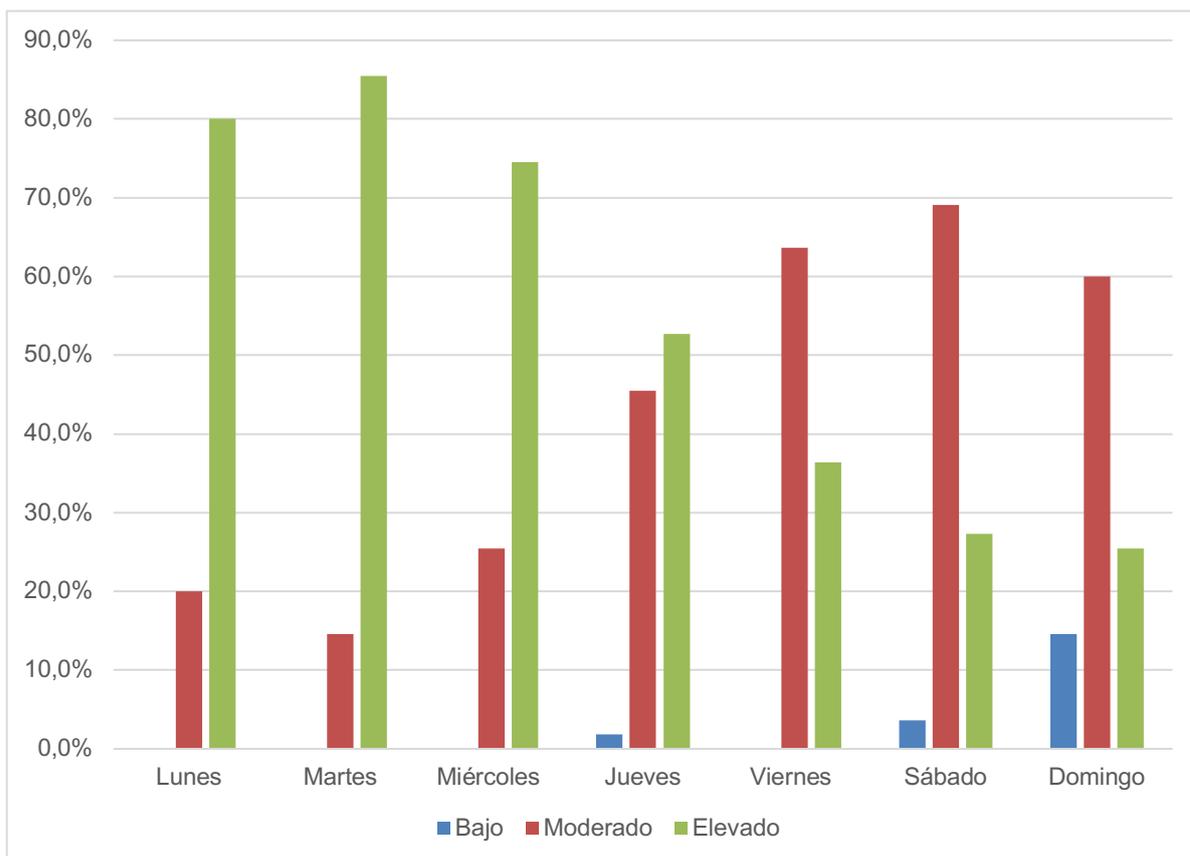
La Tabla 3 muestra el promedio diario de puntuación de la prueba junto con otras medidas de tendencia central y dispersión. Como se observa en la tabla 2, el promedio de la puntuación de la escala DASA mostró una tendencia decreciente a lo largo de la semana de evaluación. La mayor puntuación de la escala se registró el martes con un puntaje promedio de 5,16 sobre 7. La menor puntuación en la semana de evaluación se registró el domingo con un puntaje promedio de 2,40 sobre 7.

*Tabla 3. Promedio diario de puntuación de la prueba DASA IV (0 – 7) en una semana de seguimiento a pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de Quito, 2021*

	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>Lunes</b>	4,55	5	1,24
<b>Martes</b>	5,16	5	1,33
<b>Miércoles</b>	4,42	4	1,32
<b>Jueves</b>	3,55	4	1,44
<b>Viernes</b>	3,09	3	1,21
<b>Sábado</b>	2,85	3	1,6
<b>Domingo</b>	2,40	2	1,73

### **5.7 Estimación del riesgo (bajo, moderado y elevado) de agresión diario basados en la escala DASA IV**

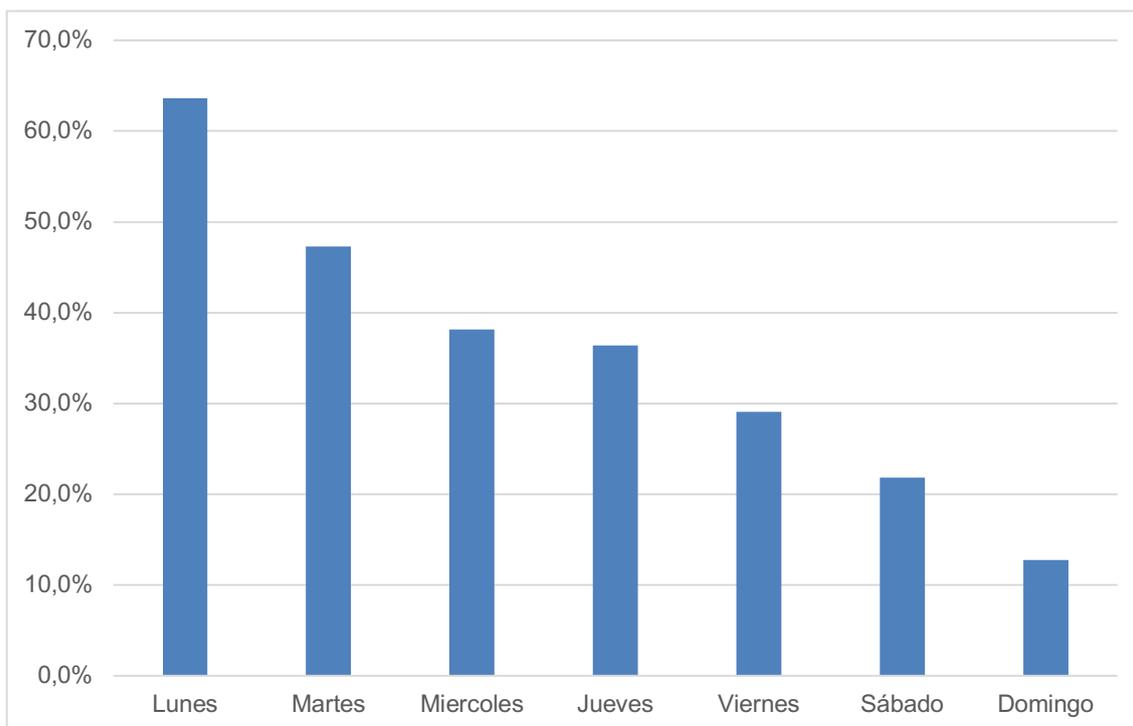
En la figura 9 se muestra el porcentaje de riesgo de agresión para cada día de la semana de seguimiento. La mayor parte de los pacientes presentaron riesgos de agresión moderado y elevado a lo largo del estudio. Basados en la prueba DASA VI, más del 70% de los pacientes presentaron un riesgo de agresión elevado en los tres primeros días del seguimiento. El riesgo elevado de agresión presentó una tendencia decreciente a lo largo de la semana. El lunes, el 80% de los pacientes presentaban riesgo elevado, el jueves este valor decrece a 53% y el domingo decae a 26%. El riesgo moderado de agresión presentó una tendencia al alza mientras transcurre la semana. El lunes el 20% de los pacientes presentaron riesgo moderado, el jueves la proporción de personas subió a 46% y finalmente el domingo este valor llegó al 60% de los pacientes. El riesgo bajo de agresión fue casi inexistente en el presente grupo de estudio. La frecuencia y los porcentajes para cada día de la semana se muestran en la Tabla Suplementaria 3.



*Figura 9. Riesgo de agresión en categorías bajo, moderado y elevado en una semana de seguimiento a pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de Quito, 2021*

### **5.8 Pronóstico de pacientes violentos basados en las opiniones de las enfermeras**

En la figura 10 se muestra el pronóstico para la incidencia de eventos violentos basados en la opinión de las enfermeras. Los datos muestran una tendencia decreciente en el número de pacientes agresivos durante el seguimiento del estudio. Según el criterio de las enfermeras que atendieron a los pacientes, se estimó que el 65% de los pacientes cometerían incidentes violentos el primer día, el 35% el cuarto día y el 13% el séptimo día.



*Figura 10. Estimación de pacientes agresivos basadas en opiniones de las enfermeras en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de Quito, 2021*

### **5.9 Comparación de la prevalencia de incidentes violentos registrados por el instrumento DASA IV y las estimaciones de las enfermeras**

La figura 11 muestra la incidencia de eventos violentos registrados por el instrumento DASA IV y la incidencia de eventos violentos pronosticados por las enfermeras. La incidencia registrada por el instrumento DASA IV generalmente es mayor en comparación al pronóstico de las enfermeras. Sin embargo, la estimación de las enfermeras en el día viernes es considerablemente mayor. Los dos indicadores muestran una tendencia decreciente.

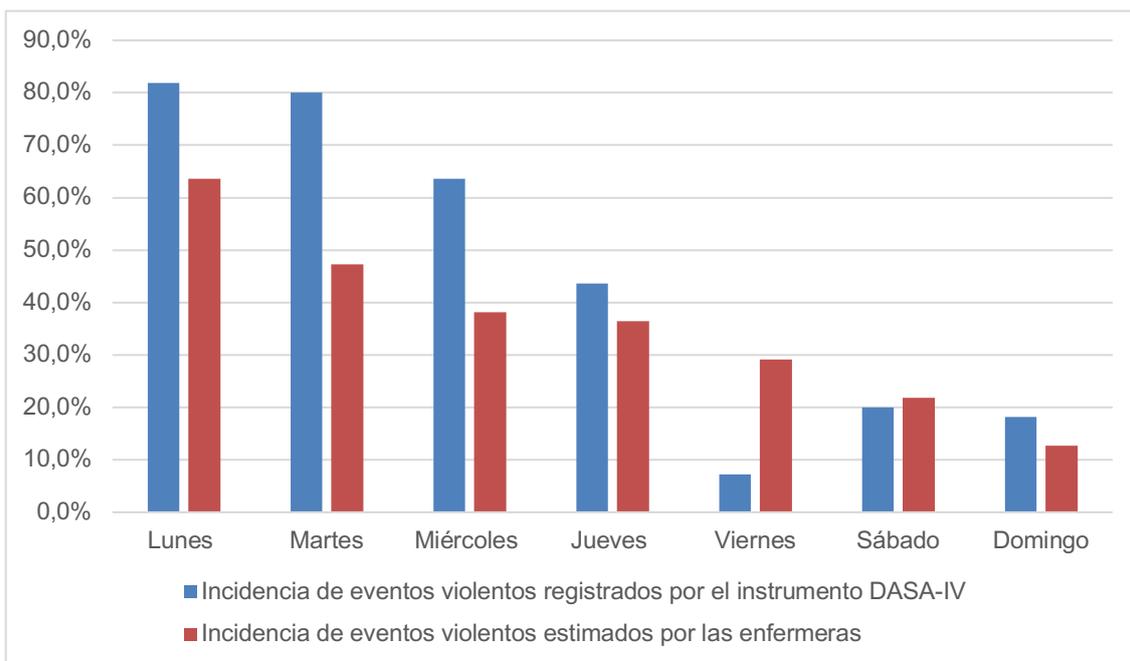


Figura 11. Comparación de la prevalencia de agresiones registrados por el instrumento DASA IV y el registro de las instituciones en una semana de seguimiento a pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de Quito, 2021

### 5.10 Comparación entre el valor predictivo de la prueba DASA IV y las estimaciones basadas en opiniones de las enfermeras.

La Tabla 4 muestra el análisis de valores predictivos para la prueba DASA IV y las predicciones de las enfermeras basados en el registro de incidentes del instrumento.

Tabla 4. Área Bajo la Curva (ABC)/ ROC de la prueba DASA IV para cada día del seguimiento.

Días	Evaluación	ABC	IC inferior	IC Superior	p
Lunes	DASA	0.943	0.88	1	<0.001

	Enfermeras	0,607	0,449	0,765	0,189
Martes	DASA	0.920	0.84	1	<0.001
	Enfermeras	0,656	0,51	0,803	0,047
Miércoles	DASA	0.780	0.65	0.91	0.001
	Enfermeras	0,576	0,423	0,728	0,337
Jueves	DASA	0.738	0.6	0.88	0.003
	Enfermeras	0,529	0,368	0,689	0,726
Viernes	DASA	0.674	0.39	0.96	0.389
	Enfermeras	0,375	0,206	0,544	0,203
Sábado	DASA	0.824	0.66	0.98	0.001
	Enfermeras	0,512	0,345	0,680	0,884
Domingo	DASA	0.818	0.69	0.94	0.002
	Enfermeras	0,571	0,403	0,738	0,399

ABC: Área Bajo la Curva; IC: Intervalo de Confianza; p: Valor p

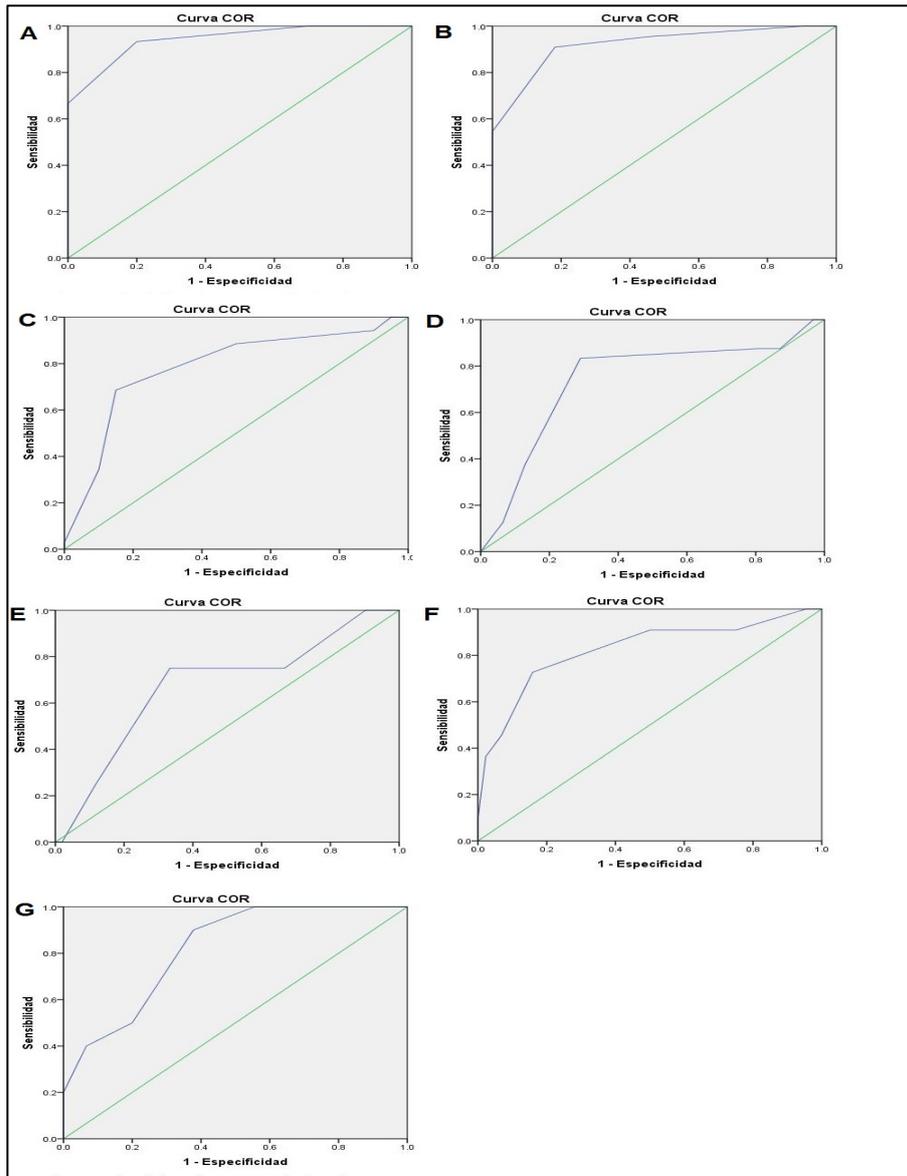
En general, los valores de área bajo la curva para la prueba DASA son altos y moderadamente altos para todo el seguimiento mostrando un valor predictivo de la prueba aceptable. El área bajo la curva para la prueba realizada el lunes es de 0,943, para el miércoles este valor desciende a 0,780, el viernes 0,674 y luego asciende a 0,824 y 0,818 el sábado y el domingo respectivamente. El ABC para la evaluación de las enfermeras fue considerablemente menor que la prueba DASA, con valores que oscilaban entre 0,375 a 0,656. La figura 11 muestra las curvas ROC para cada uno de los días de seguimiento de la prueba DASA.

### 5.11 Validez predictiva de la prueba DASA

En la Tabla 5 se muestra las correlaciones entre el puntaje de la escala DASA IV y la ocurrencia de eventos agresivos y violentos para cada día de la semana del seguimiento. Con excepción del viernes, los análisis muestran correlaciones medias y moderadamente altas con coeficientes de correlación entre 0,421 a 0,614, mostrando un efecto predictivo de la escala DASA para predecir los eventos agresivos y violentos.

*Tabla 5. Correlaciones de Spearman entre el puntaje total de la escala DASA IV y la ocurrencia de eventos agresivos y violentos registrados por la institución.*

<b>Día</b>	<b>Coeficiente de correlación (r)</b>	<b>Valor p</b>
Lunes	0,614	<0,001
Martes	0,604	<0,001
Miércoles	0,485	<0,001
Jueves	0,421	<0,001
Viernes	0,161	0,239
Sábado	0,460	<0,001
Domingo	0,431	0,001



Curvas ROC prediciendo los incidentes agresivos: A) lunes, B) martes, C) miércoles, D) jueves, E) viernes, F) sábado, G) domingo.

*Figura 12. Curvas ROC prediciendo los incidentes agresivos utilizando las puntuaciones del DASA IV para la semana de seguimiento*

## 6. Discusión

En el presente estudio se evaluó el desempeño del instrumento DASA-IV en predecir los eventos violentos y agresivos en pacientes psiquiátricos de tres instituciones de la ciudad de Quito. Hasta donde sabemos, este es el primer estudio evaluando la validez predictiva del instrumento DASA-IV en el país. Nuestro estudio estimó la incidencia de eventos agresivos en una semana de seguimiento, en donde, en promedio, el 45% de los pacientes presentó al menos un evento agresivo. Nuestros resultados mostraron también que, el rendimiento de la escala DASA-IV en identificar eventos agresivos en los próximas 24 horas basados en el área bajo la curva ROC fue alto a moderado en el transcurso de la semana de seguimiento, y con un desempeño mejor que las predicciones realizadas por las enfermeras.

Las unidades psiquiátricas, las prisiones y los centros correccionales juveniles son entornos institucionales únicos donde las personas suelen ser detenidas contra su voluntad, restringidas en sus actividades y movimientos diarios, y supervisadas por figuras de autoridad (por ejemplo, enfermeras, oficiales correccionales y personal de supervisión)(Giddens & Sutton, 2013) La agresión dentro de estas instituciones es común y ocurre con frecuencia como consecuencia de la ira que se despierta por las restricciones y demandas que se imponen a los individuos para mantener el régimen y facilitar la adherencia al tratamiento.(Giddens & Sutton, 2013) En el caso de las instituciones mentales, la incidencia de eventos agresivos y violentos se ha ido incrementando en los últimos años.(Griffith et al., 2013; Liu et al., 2019) Un indicador de incidentes violentos en las instituciones de salud es la ocurrencia de incidentes violentos contra el personal de salud. Por ejemplo, varios estudios han encontrado que hasta el 90% del personal de enfermería de salud mental ha experimentado algún tipo de agresión física o amenazas de violencia.(Griffith et al., 2013) Un meta-análisis realizado en el 2019 mostro que el 62% de los trabajadores de salud reportó algún incidente de agresión o violencia y el 24,4% reportó haber sufrido de violencia física en los últimos 12 meses.(Liu et al., 2019) Dicho meta-

análisis concluyó que la proporción de exposición a violencia en las instituciones de salud difirió mucho entre los países, la ubicación del estudio, los entornos de práctica, los horarios de trabajo y la ocupación.(Liu et al., 2019) En nuestro estudio, la prevalencia de eventos agresivos fue alta los primeros días de evaluación para después ir decreciendo. El decrecimiento de la ocurrencia de eventos agresivos a lo largo de la semana se debe principalmente a que, en los días posteriores al inicio de seguimiento ya se encuentran más o menos identificados aquellos pacientes que pueden reaccionar agresivamente, con lo cual, una serie de mecanismos para reducir la violencia han sido ya implementados.

Similar a otros estudios DASA realizados con pacientes hospitalizados psiquiátricos,(Chu et al., 2012; Griffith et al., 2013; Nqwaku et al., 2018) nuestros resultados mostraron que las puntuaciones totales más altas en el DASA se asociaron significativamente con un mayor riesgo de agresión inminente. Similarmente, la validez predictiva de nuestro estudio, basada en el Área Bajo la Curva (ABC), mostró valores relativamente altos por encima de 0,50. Varios estudios han mostrado que la validez predictiva del DASA varía de moderada a fuerte.(Griffith et al., 2013) El ABC/ROC se describe generalmente con valores donde 0.50 es igual al azar y 1.0 indica un predictor perfecto. Un ABC/ROC mayor de 0,70 se considera generalmente representar un tamaño grande del efecto y sobre 0,60 considerado moderado.(Cerdeira & Cifuentes, 2012) Contrario a esto, el ABC/ROC para las predicciones de las enfermeras fue cercano al a 0,50 (cercano al azar), por lo que, el instrumento DASA posee un mejor valor predictivo para eventos violentos en comparación con las estimaciones de los profesionales de salud (enfermeras) para predecir pacientes violentos.

En el presente estudio, el riesgo de agresión en los pacientes fue generalmente elevado en los cuatro primeros días y después moderado. Una de las posibles explicaciones para esta tendencia podría ser la composición de los pacientes por edad y tipo de diagnóstico. En nuestra muestra, la mayor parte de los pacientes

son jóvenes diagnosticados con abusos de sustancias. Es conocido que ser joven y estar bajo el abuso de sustancias incrementan las probabilidades de eventos violentos.(Alicia & Miguel Ángel, 2011) Sin embargo, otros factores como la actitud de los profesionales en salud también podrían estar relacionadas. Por ejemplo, existe evidencia del impacto de los factores asociados a los diferentes cambios de enfermería en la agresión del paciente. Un meta-análisis reveló que los antecedentes de la agresión con mayor frecuencia cayeron en el tema de las "interacciones entre el personal y los pacientes".(Papadopoulos et al., 2012) Los desencadenantes dentro de este tema incluyeron disputas sobre: la medicación, actitudes negativas del personal y ordenar pacientes, personal permisivo, falta de comunicación y limitación de la libertad de los pacientes. Es probable que los cambios de personal entre turnos (por ejemplo, el nivel de experiencia, la calidad de las relaciones terapéuticas y la escasez de personal) afecten a estos desencadenantes y, por lo tanto, afecten el riesgo de agresión inminente de un paciente. Del mismo modo, las demandas ambientales de los pacientes en entornos de alta seguridad (por ejemplo, horarios de comidas, medicamentos, visitas) varían a lo largo del día y también pueden afectar la probabilidad de un comportamiento agresivo. De hecho, la investigación muestra que los asaltos son los más comunes durante los cambios de turno, las actividades de los pacientes, el desayuno, y los tiempos de la medicación.(Papadopoulos et al., 2012) Dado este patrón de riesgo dinámico fluctuante en el transcurso de un día, es importante determinar si instrumentos como el DASA-IV pueden ayudar al personal a predecir incidentes en el período extremadamente corto, es decir, de un turno de enfermería al siguiente.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones. El método convencional para evaluar la utilidad del DASA-IV como una herramienta de evaluación de riesgos es que el personal lo complete una vez al día para cada paciente y luego haga coincidir la puntuación de cada paciente con el número de incidentes agresivos reportados para ellos durante las próximas 24 horas. En nuestro estudio se relacionó la puntuación del DASA con la presencia o ausencia de eventos agresivos registrados por la institución de salud. Sin embargo, esta diferencia

solo afecta los coeficientes de correlación entre los puntajes del DASA y la ocurrencia de eventos agresivos, mas no el análisis ROC. Al ser una muestra por conveniencia, debemos recordar que los valores sobre la incidencia de eventos agresivos no pueden ser extrapolados para toda la ciudad de Quito, o peor aún para la provincia o el país. Sin embargo, nuestros resultados son de suma importancia para conocer la magnitud del problema en las instituciones de salud mental, ya que el país carece de dichos estudios. Finalmente, aunque el valor predictivo de la prueba DASA IV fue moderadamente alto, esto podría cambiar debido a que el número de personas en nuestro estudio es bajo. La mayor parte de los estudios DASA han utilizado muestras grandes (>1000 pacientes) para estimar el valor predictivo de la prueba.

## **7. Conclusiones y Recomendaciones**

### **7.1 Conclusiones**

Cualquier mejora en la precisión de la evaluación del riesgo de violencia es potencialmente importante; porque puede conducir a la prevención de la agresión o a una reducción de la gravedad del comportamiento agresivo. Los resultados del presente estudio proporcionan evidencia tentativa de la validez de la prueba DASA-IV en entornos de salud mental en Ecuador.

Las puntuaciones totales de DASA-IV se asociaron positivamente con la ocurrencia de eventos violentos en pacientes psiquiátricos, mostrando que el uso de la prueba DASA-IV podría ser más útil que aquellas evaluaciones basadas en los juicios de los propios profesionales de salud. Los resultados de este estudio apoyan claramente el valor predictivo de la prueba y su capacidad de identificar el riesgo inminente en las próximas 24 horas. El DASA-IV es una herramienta rápida y fácil para que las enfermeras y otros profesionales de salud aprovechen en sus evaluaciones de riesgo de violencia en el corto plazo (próximo turno) y durante las próximas 24 horas. Este estudio proporciona buena evidencia para una mayor exploración de su uso en entornos de salud mental en el Ecuador.

### **7.2 Recomendaciones**

Basados en los hallazgos de este estudio, se recomienda el uso de la herramienta DASA IV principalmente a aquellas enfermeras que trabajan en las instituciones de salud mental, para que mejoren su evaluación sobre la agresión potencial en pacientes psiquiátricos. Este tipo de práctica reducirá la violencia contra los profesionales de salud del país, problema importante en las instituciones de salud mental. La implementación de una herramienta validada

de evaluación del riesgo de violencia, como la DASA, podría utilizarse para alertar al personal sobre el aumento del riesgo de escalada de un paciente sobre la base de su puntuación de evaluación. Además, dado que una puntuación elevada se asocia con un mayor nivel de riesgo durante un período de 24 horas, la herramienta podría utilizarse para alertar al personal de un patrón de comportamiento que ocurrió en turnos anteriores, pero que puede haber sido reportado inadecuadamente en la entrega de la atención del paciente. Una evaluación mejorada del riesgo de violencia o agresión de un paciente también tiene el potencial de reducir el uso de restricciones y sedación, técnicas que son invasivas para el paciente y potencialmente peligrosas para el personal.

## REFERENCIA

- Alicia, M. J., & Miguel Ángel, C. O. (2011). Riesgo de Violencia y Trastorno Mental. *Portada de Anuario de Psicología Jurídica*, 21, 69–81.  
<https://doi.org/10.5093/jr2011v21a7>
- ALMVIK, R., WOODS, P., & RASMUSSEN, K. (2016). The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity, and Interrater Reliability. *Http://Dx.Doi.Org/10.1177/088626000015012003*, 15(12), 1284–1296.  
<https://doi.org/10.1177/088626000015012003>
- American Psychiatryc Association. (2013). DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF DSM-5™. In *Am Psychiatric Assoc.*  
[http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic and statistical manual of mental disorders \\_ DSM-5 %28 PDFDrive.com %29.pdf](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_DSM-5%28%20PDFDrive.com%29.pdf)
- Aquilina, C. (2016). Violence by Psychiatric In-Patients: *Http://Dx.Doi.Org/10.1177/002580249103100406*, 31(4), 306–312.  
<https://doi.org/10.1177/002580249103100406>
- Barbosa, M. (2019). *Heresia à clínica: um ensaio sobre a crise das classificações psiquiátricas*. <http://ri.ucsal.br:8080/handle/prefix/1752>
- Castell-Florit Serrate, P. (2008). Violencia, un problema de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(1), 1–6.
- Cerda, J., & Cifuentes, L. (2012). Uso de curvas ROC en investigación clínica: Aspectos teórico-prácticos. *Revista Chilena de Infectología*, 29(2), 138–141.  
<https://doi.org/10.4067/S0716-10182012000200003>

Chu, C. M., Hoo, E., Daffern, M., & Tan, J. (2012). Assessing the risk of imminent aggression in institutionalized youth offenders using the dynamic appraisal of situational aggression. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 23(2), 168–183.

<https://doi.org/10.1080/14789949.2012.668207>

Coelho, C. L. G., & Correa, J. (2010). Desenvolvimento da compreensão leitora através do monitoramento da leitura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 575–581. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000300018>

Cooper, C. L., & Swanson, N. (1997). Workplace violence in the health sector State of the Art. *None*.

Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F., & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research*, 189(1), 10–20. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.024>

Dickens, G. L., O'Shea, L. E., & Christensen, M. (2020). Structured assessments for imminent aggression in mental health and correctional settings: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 104, 103526. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103526>

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., Belfrage, H., Guy, L. S., & Wilson, C. M. (2014). Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and Overview. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 93–108. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.906519>

Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol

and Related Conditions. In *Arch Gen Psychiatry* (Vol. 66, Issue 2).

Frode, C. G. (2019). Análisis de casos de pacientes psiquiátricos. *CONAMED*, 24(2), 95–104. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2019/con192h.pdf>

Gates, D. (2004). *The epidemic of violence against healthcare workers*. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.014548>

Giddens, A., & Sutton, P. W. (2013). *Sociology* (7th Editio). Polity Press.

Griffith, J. J., Daffern, M., & Godber, T. (2013). Examination of the predictive validity of the Dynamic Appraisal of Situational Aggression in two mental health units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 485–492. <https://doi.org/10.1111/inm.12011>

Hemphill, J. F. (2007). The Hare Psychopathy Checklist and Recidivism: Methodological Issues and Critically Evaluating Empirical Evidence. In *The Psychopath: Theory, Research, and Practice* (pp. 141–170). <https://psycnet.apa.org/record/2006-11788-006>

INEC. (2020). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>

JR, O., & M, D. (2006). The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(6), 799–813. <https://doi.org/10.1002/BSL.741>

Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., Yan, S., Sampson, O., Xu, H., Wang, C., Zhu, Y., Chang, Y., Yang, Y., Yang, T., Chen, Y., Song, F., & Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(12), 927–937. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>

Mayo Clinic. (2019). *Enfermedad mental - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness/diagnosis-treatment/drc-20374974>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). Informe sobre el sistema de salud mental en el Ecuador. *Organización Mundial de La Salud*, 21. [http://www.who.int/mental\\_health/ecuador\\_who\\_aims\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf)

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

<https://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/cbmh12&id=365&div=&collection=>

Moursel, G., Çetinkaya Duman, Z., & Almvik, R. (2019). Assessing the risk of violence in a psychiatric clinic: the Brøset Violence Checklist (BVC) Turkish version—validity and reliability study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), 225–232. <https://doi.org/10.1111/ppc.12338>

Nqwaku, M., Draycott, S., Aldridge-Waddon, L., Bush, E. L., Tsirimokou, A., Jones, D., & Puzzo, I. (2018). Predictive power of the DASA-IV: Variations in rating method and timescales. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1661–1672. <https://doi.org/10.1111/inm.12464>

Ogloff, J., & Daffern, M. (2020). DASA Manual. In *NHS*.

OMS. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. In *Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas*.

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y#:~:text=El documento La carga de, los trastornos mentales%2C por consumo](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y#:~:text=El%20documento%20La%20carga%20de%20los%20trastornos%20mentales%2C%20por%20consumo)

OMS. (2019). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Panamericana de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen Publicado en español. *Informe Mundial Sobre La Violencia*.

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220\\_spa.pdf;jsessionid=6B68D905AC4DE66F1BD7B5E3C799B6A5?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf;jsessionid=6B68D905AC4DE66F1BD7B5E3C799B6A5?sequence=1)

Papadopoulos, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K., & Bowers, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric inpatient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 425–439. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01827.x>

Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (2007). Violent offenders: Appraising and managing risk (2nd ed.). *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk (2nd Ed.)*. <https://doi.org/10.1037/11367-000>

S, D. (1991). Violence by psychiatric inpatients: a review. *Hospital & Community Psychiatry*, 42(6), 585–590. <https://doi.org/10.1176/PS.42.6.585>

- Scott, C. L., & Resnick, P. J. (2006). Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggression and Violent Behavior, 11*(6), 598–611. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.12.003>
- Umaña, E., Henderson, J., Arrubla, M., Oquist, P., Galvis, S., & Donadío, A. (2016). La violencia Conceptualización y elementos para su estudio. *Política y Cultura, 46*, 7–31. <https://bibliotecanacional.gov.co/es-co/proyectos-digitales/historia-de-colombia/libro/capitulo11.html>
- Yang, B. X., Stone, T. E., Petrini, M. A., & Morris, D. L. (2018). Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses: A Cross-sectional Survey. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*(1), 31–38. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.013>
- Yuniati, W., Putra, K. R., & Widasmara, D. (2020). Brøset Violence Checklist (BVC) versus Dynamic Appraisal of Situational Aggression-Inpatient Version (DASA-IV): their sensitivity, specificity and accuracy as a predictor of violence in 24 hours among schizophrenia patients. *MEDISAINS, 18*(2), 58. <https://doi.org/10.30595/MEDISAINS.V18I2.7454>

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1. CORREOS Y PERMISOS DE USO DE LA ESCALA DASA IV**

Lisette Villacreses & María Emilia López

Universidad de las Américas

Ecuador, Pichincha, Quito EC170303

To whom it may concern,

We are research students in the School of Medicine at Universidad de las Américas University in Quito, Ecuador. The purpose of this letter is to request copyright permission to use the DASA-IV scale for our thesis entitled “Traducción, adaptación y validación inicial de la Escala DASA-IV para pacientes psiquiátricos en Quito” (Translation, adaptation and initial validation of the DASA-IV Scale for psychiatric patients in Quito).

These materials are intended for nonprofit educational-investigative use and we would be grateful to receive permission without a fee. All items will have a copyright statement attached, including proper acknowledgment of author, title, source, and copyright date. We need to use the scale in order to translate it, adapt it to the context of our country and validate it. Our objective is to help the health personnel to prevent physical and verbal aggressions by patients and to be prepared in case they occur; we firmly believe that this tool will improve this area of health and we would be very honored to be able to use it.

If you are happy to grant permission, please sign the authority at the bottom of this letter and return a copy to us. You may also add specific instructions regarding the attribution statement that we will include in our thesis, and any additional terms and conditions that you require.

If you wish to discuss the matter further, please contact any of us at [liss.vb@hotmail.com](mailto:liss.vb@hotmail.com) or [emilialopezmontalvo@hotmail.com](mailto:emilialopezmontalvo@hotmail.com) or telephone

+593987124955 or +593939940181. Thank you for your consideration of this request.

Yours sincerely

Lisette Villacreses & María Emilia López

James R. P. Ogloff, J.D., Ph.D and Michael Daffern, Ph.D

Permission

I, as Copyright Owner (or the person with authority to sign on behalf of the Copyright Owner) of the material described above, grant permission for Lisette Villacreses & María Emilia López to copy the material as requested for the stated purposes, with no further action required

Signed:.....

Date: .....

Attribution statement

Please note any specific instructions you would like included in our acknowledgement of

Copyright Ownership:

Terms and conditions

Please note any terms and conditions of the permission:

**CORREO EN RESPUESTA A SOLICITUD PARA USO DE LA ESCALA DASA  
IV**

Dear Lisette and Maria,

Thank you for your email and interest in conducting research with DASA. You are very welcome to use DASA in your research and I have attached a signed statement.

There are some DASA resources on our website which might be helpful and I have attached a few papers that might be helpful.

<https://www.swinburne.edu.au/research/centres-groups-clinics/centre-for-forensic-behavioural-science/our-publications-products/dasa/>

Please let me know if there is anything else that you require and please let us know how you proceed with your research. We are always interested in hearing about other professionals' use of DASA.

All the best

Michael

Michael Daffern

Professor of Clinical Forensic Psychology

Deputy Director, Centre for Forensic Behavioural Science (CFBS)

Swinburne University of Technology

I, as Copyright Owner (or the person with authority to sign on behalf of the Copyright Owner) of the material described above, grant permission for Lisette Villacreses & María Emilia López to copy the material as requested for the stated purposes, with no further action required

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Signed:

Date: 10<sup>th</sup> March 2021

Attribution statement

## ANEXO 2. ESCALA DASA IV ORIGINAL EN INGLÉS

Patient Name: ..... Week beginning: ..... / ..... / .....

The following ratings are based on your knowledge and observations of the patient during the PREVIOUS 24 HOURS.	Monday <i>(Circle one)</i>	Tuesday <i>(Circle one)</i>	Wednesday <i>(Circle one)</i>	Thursday <i>(Circle one)</i>	Friday <i>(Circle one)</i>	Saturday <i>(Circle one)</i>	Sunday <i>(Circle one)</i>
<b>Irritability</b> The patient is easily annoyed or angered. The patient is unable to tolerate the presence of others.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Impulsivity</b> The patient displays behavioural and affective instability (i.e., dramatic fluctuations in mood, or general demeanour; inability to remain composed and directed).	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Unwillingness to follow directions</b> The patient tends to become angry or aggressive when they are asked to adhere to treatment or to the ward's routine.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Sensitivity to perceived provocation</b> The patient tends to see other people's actions as deliberate and harmful; they may misinterpret other people's behaviour or respond with anger in a disproportionate manner to the extent of provocation.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Easily angered when requests are denied</b> The patient tends to be intolerant, or is easily angered when they make a request that is denied or when they are asked to wait.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Negative attitudes</b> The patient displays antisocial and negative attitudes and beliefs which may relate to violence and aggression.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Verbal threats</b> The patient displayed a verbal outburst, which is more than just a raised voice, and where there is a definite intent to intimidate or threaten another person.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>TOTAL</b>	<b>/7</b>	<b>/7</b>	<b>/7</b>	<b>/7</b>	<b>/7</b>	<b>/7</b>	<b>/7</b>
<b>Final risk rating:</b> 0 = Low, 1-3 = Moderate, 4-7 = High							

**Record of aggression:** During the previous 24 hours, has the patient behaved aggressively in any of the following ways?  
*(Please mark with a cross in the appropriate box)*

<b>Physical aggression against OBJECTS</b> Slams door, throws objects down, kicks furniture, breaks objects, smashes windows, sets fires, throws objects.							
<b>Verbal aggression against OTHER PEOPLE</b> Shouts angrily, insults, curses viciously, uses foul language in anger, or makes clear threats of violence to others.							
<b>Physical Aggression against OTHER PEOPLE</b> Makes threatening gesture, swings at people, grabs at clothes, strikes, kicks, pushes, pulls hair, or attacks others.							

## ANEXO 3. ESCALA DASA IV TRADUCIDA POR INVESTIGADOR 1

### ESCALA DASA-IV

Nombre del paciente: ..... Semana en la que se inicia: .....

Las siguientes calificaciones se basan en su conocimiento y observaciones del paciente durante las <b>24 HORAS QUE ANTECEDEN</b>	Lunes (seleccione uno)	Martes (seleccione uno)	Miércoles (seleccione uno)	Jueves (seleccione uno)	Viernes (seleccione uno)	Sábado (seleccione uno)	Domingo (seleccione uno)
<b>Irritabilidad</b> El paciente se molesta o se enoja fácilmente. El paciente no tolerar la presencia de otros.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Impulsividad</b> El paciente muestra inestabilidad en su comportamiento y afecto (por ejemplo, cambios del humor o conducta general. No puede mantenerse sereno y orientado).	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Negativa a seguir instrucciones</b> El paciente tiende a enojarse o ser agresivo cuando se le solicita ceñirse al tratamiento o a la rutina indicada.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Sensibilidad a la provocación percibida</b> El paciente tiende a ver que las acciones de los otros son espontáneas y dañinas; pueden malinterpretar el comportamiento de las otras personas o responder con iras de una forma desproporcionada al nivel de provocación	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Se enoja fácilmente si se niega sus solicitudes</b> El paciente es intolerante y se enoja fácilmente si se le pide algo o cuando se le pide esperar	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Actitudes negativas</b> El paciente muestra actitudes antisocial y negativa y creencias que pueden relacionarse con la violencia y la agresión	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Amenazas orales</b> El paciente grita con facilidad, intenta e intimidar o amenaza a otra persona	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>TOTAL</b>	/7	/7	/7	/7	/7	/7	/7
<b>Calificación de riesgo final:</b> 0=Bajo, 1-3=Moderado, 4-7=Elevado							
<b>Antecedentes de agresión:</b> Durante las últimas 24 horas, ¿el paciente se ha comportado de forma agresiva en una de las siguientes maneras? (Seleccione las casillas apropiadas con una cruz)							
<b>Agresión física contra los OBJETOS</b> tira las puertas, tira objetos al suelo, golpea muebles, rompe objetos y ventanas, prende fuego, tira objetos.							
<b>Agresión verbal contra OTRAS PERSONAS</b> Grita con iras, insulta, maldice agresivamente, es mal hablado cuando esta enojado o amenaza claramente con violencia a los demás							
<b>Agresión física contra OTRAS PERSONAS</b> Hace señales amenazadoras, intenta dar puñetazos a gente, jala de la ropa, golpea, patear, empuja, hala el pelo o ataca a otros.							

## ANEXO 4. ESCALA DASA IV TRADUCIDA POR INVESTIGADOR 2

### ESCALA DASA-IV

Nombre del paciente: ..... Semana en la que se inicia: .....

Las siguientes calificaciones se basan en su conocimiento y observaciones del paciente durante las <b>24 HORAS QUE ANTECEDEN</b>	Lunes (seleccione uno)	Martes (seleccione uno)	Miércoles (seleccione uno)	Jueves (seleccione uno)	Viernes (seleccione uno)	Sábado (seleccione uno)	Domingo (seleccione uno)
<b>Irritabilidad</b> El paciente se molesta o se enoja fácilmente. El paciente es incapaz de tolerar la presencia de otros.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Impulsividad</b> El paciente muestra inestabilidad en su comportamiento y afecto (por ejemplo, fluctuaciones drásticas del humor o conducta general. Incapacidad de mantenerse sereno y orientado).	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Negativa a seguir instrucciones</b> El paciente tiende a enojarse o ser agresivo cuando se le solicita seguir al tratamiento o a la rutina diaria	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Sensibilidad a la provocación percibida</b> El paciente tiende a ver que las acciones de los otros son deliberadas y dañinas; malinterpretan el comportamiento de las otras personas o responder con iras de una forma exagerada a la provocación	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Se enoja fácilmente si se niega sus solicitudes</b> El paciente tiende a ser intolerante o se enoja fácilmente si hacen una solicitud que se le niega o cuando se le pide esperar	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Actitudes negativas</b> El paciente muestra actitudes antisocial y negativa y creencias que pueden relacionarse con la violencia y la agresión	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Amenazas orales</b> El paciente grita, superior a alzar la voz y con intento definido de intimidar o amenazar a otra persona	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>TOTAL</b>	/7	/7	/7	/7	/7	/7	/7
<b>Calificación de riesgo final:</b> 0=Bajo, 1-3=Moderado, 4-7=Elevado							
<b>Antecedentes de agresión:</b> Durante las últimas 24 horas, ¿el paciente se ha comportado de forma agresiva en una de las siguientes maneras? (Marque las casillas apropiadas con una cruz)							
<b>Agresión física contra los OBJETOS</b> Da portazos, lanza objetos al suelo, golpea muebles, rompe objetos, destroza ventanas, prende fuego, tira objetos.							
<b>Agresión verbal contra OTRAS PERSONAS</b> Grita con iras, insulta, maldice agresivamente, habla malas palabras cuando tiene iras o amenaza claramente con violencia a los demás							
<b>Agresión física contra OTRAS PERSONAS</b> Muestra señales violentas, da puñetazos a gente, agarra de la ropa, golpea, pateo, empuja, tira el pelo o ataca a otros.							

# ANEXO 5. CONSENSO DE TRADUCCION ENTRE INVESTIGADORAS DE LA ESCALA DASA IV

## ESCALA DASA-IV

Nombre del paciente: ..... Semana en la que se inicia: .....

Las siguientes calificaciones se basan en su conocimiento y observaciones del paciente durante las <b>24 HORAS QUE ANTECEDEN</b>	Lunes (seleccione uno)	Martes (seleccione uno)	Miércoles (seleccione uno)	Jueves (seleccione uno)	Viernes (seleccione uno)	Sábado (seleccione uno)	Domingo (seleccione uno)
<b>Irritabilidad</b> El paciente se molesta o se enoja de manera fácil. El paciente es incapaz de tolerar la presencia de otros.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Impulsividad</b> El paciente muestra inestabilidad en su comportamiento y afecto (por ejemplo, cambios drásticos del humor o conducta general. Incapacidad de mantenerse calmado y orientado).	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Negativa a seguir instrucciones</b> El paciente tiende a enojarse o ser agresivo cuando se le solicita seguir el tratamiento o la rutina del pabellón	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Sensibilidad a la provocación percibida</b> El paciente tiende a ver que las acciones de los otros son deliberadas y dañinas; pueden malinterpretar el comportamiento de las otras personas o responder con iras de una forma desproporcionada al nivel de provocación	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Se enoja fácilmente si se niega sus solicitudes</b> El paciente tiende a ser intolerante o se enoja fácilmente si hacen una solicitud que se le niega o cuando se le pide esperar	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Actitudes negativas</b> El paciente muestra actitudes antisocial y negativa y creencias que pueden relacionarse con la violencia y la agresión	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Amenazas orales</b> El paciente mostró un estallido oral, superior a alzar la voz y con intento definido de intimidar o amenazar a otra persona	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>TOTAL</b>	/7	/7	/7	/7	/7	/7	/7
<b>Calificación de riesgo final:</b> 0=Bajo, 1-3=Moderado, 4-7=Elevado							
<b>Antecedentes de agresión:</b> Durante las últimas 24 horas, ¿el paciente se ha comportado de forma agresiva en una de las siguientes maneras? (Marque las casillas apropiadas con una cruz)							
<b>Agresión física contra los OBJETOS</b> Da portazos, tira objetos al suelo, golpea muebles, rompe objetos, destroza ventanas, prende fuego, tira objetos.							
<b>Agresión verbal contra OTRAS PERSONAS</b> Grita con iras, insulta, maldice agresivamente, es mal hablado cuando tiene iras o amenaza claramente con violencia a los demás							
<b>Agresión física contra OTRAS PERSONAS</b> Hace señales amenazadoras, intenta dar puñetazos a gente, agarra de la ropa, golpea, patear, empuja, hala el pelo o ataca a otros.							

## ANEXO 6. TRADUCCION OFICIAL DE LA ESCALA DASA IV

### ESCALA DASA-IV

Nombre del paciente: ..... Semana en la que se inicia: .....

Las siguientes calificaciones se basan en su conocimiento y observaciones del paciente durante las 24 HORAS QUE ANTECEDEN	Lunes (seleccione uno)	Martes (seleccione uno)	Miércoles (seleccione uno)	Jueves (seleccione uno)	Viernes (seleccione uno)	Sábado (seleccione uno)	Domingo (seleccione uno)
<b>Irritabilidad</b> El paciente se molesta o se enoja fácilmente. El paciente es incapaz de tolerar la presencia de otros.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Impulsividad</b> El paciente muestra inestabilidad en su comportamiento y afecto (por ejemplo, fluctuaciones drásticas del humor o conducta general. Incapacidad de mantenerse sereno y orientado).	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Negativa a seguir instrucciones</b> El paciente tiende a enojarse o ser agresivo cuando se le solicita ceñirse al tratamiento o a la rutina del pabellón.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Sensibilidad a la provocación percibida</b> El paciente tiende a ver que las acciones de los otros son deliberadas y dañinas; pueden malinterpretar el comportamiento de las otras personas o responder con iras de una forma desproporcionada al nivel de provocación.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Se enoja fácilmente si se niega sus solicitudes</b> El paciente tiende a ser intolerante o se enoja fácilmente si hacen una solicitud que se le niega o cuando se le pide esperar.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Actitudes negativas</b> El paciente muestra actitudes antisocial y negativas y creencias que pueden relacionarse con la violencia y la agresión.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Amenazas orales</b> El paciente mostró un estallido oral superior a alzar la voz y con intento definido de intimidar o amenazar a otra persona.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>TOTAL</b>	/7	/7	/7	/7	/7	/7	/7
<b>Calificación de riesgo final:</b> 0=Bajo, 1-3=Moderado, 4-7=Elevado							
<b>Antecedentes de agresión:</b> Durante las últimas 24 horas, ¿el paciente se ha comportado de forma agresiva en una de las siguientes maneras? (Marque las casillas apropiadas con una cruz)							
<b>Agresión física contra los OBJETOS</b> Da portazos, tira objetos al suelo, golpea muebles, rompe objetos, destroza ventanas, prende fuego, tira objetos.							
<b>Agresión verbal contra OTRAS PERSONAS</b> Grita con iras, insulta, maldice agresivamente, es mal hablado cuando tiene iras o amenaza claramente con violencia a los demás.							
<b>Agresión física contra OTRAS PERSONAS</b> Hace señales amenazadoras, intenta dar puñetazos a gente, agarra de la ropa, golpea, pateo, empuja, hala el pelo o ataca a otros.							

## ANEXO 7. ESCALA DASA IV TRADUCIDA Y ADAPTADA

### ESCALA DASA-IV

Nombre del paciente: ..... Semana en la que se inicia: .....

Las siguientes calificaciones se basan en su conocimiento y observaciones del paciente durante las <b>24 HORAS QUE ANTECEDEN</b>	Lunes (seleccione uno)	Martes (seleccione uno)	Miércoles (seleccione uno)	Jueves (seleccione uno)	Viernes (seleccione uno)	Sábado (seleccione uno)	Domingo (seleccione uno)
<b>Irritabilidad</b> El paciente se molesta o se enoja fácilmente. El paciente es incapaz de tolerar la presencia de otros.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Impulsividad</b> El paciente muestra inestabilidad afectiva y de comportamiento (por ejemplo, fluctuaciones drásticas del humor o conducta general). Incapacidad de mantenerse sereno y orientado).	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Negativa a seguir instrucciones</b> El paciente tiende a enojarse o ser agresivo cuando se le solicita seguir el tratamiento o a la rutina indicada.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Sensibilidad a la provocación percibida</b> El paciente puede malinterpretar el comportamiento de las otras personas como deliberadas y dañinas; o suele responder con ira de una forma desproporcionada al nivel de provocación.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Se enoja fácilmente si se niega sus solicitudes</b> El paciente tiende a ser intolerante o se enoja fácilmente si se le niega una solicitud o se le pide esperar.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Actitudes negativas</b> El paciente muestra actitudes antisociales, negativas y creencias que pueden relacionarse con la violencia y con la agresión.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>Amenazas orales</b> El paciente alza la voz con la intención de intimidar o amenazar a otra persona.	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1
<b>TOTAL</b>	/7	/7	/7	/7	/7	/7	/7
<b>Calificación de riesgo final:</b> 0=Bajo, 1-3=Moderado, 4-7=Elevado							
<b>Antecedentes de agresión:</b> Durante las últimas 24 horas, ¿el paciente se ha comportado de forma agresiva en una de las siguientes maneras? (Marque las casillas apropiadas con una "X")							
<b>Agresión física contra los OBJETOS</b> Da portazos, destruye objetos, golpea muebles, rompe ventanas, prende fuego, tira objetos.							
<b>Agresión verbal contra OTRAS PERSONAS</b> Grita con rabia, insulta, maldice agresivamente, usa lenguaje ofensivo cuando tiene iras o amenaza claramente con violencia a los demás.							
<b>Agresión física contra OTRAS PERSONAS</b> Hace señales amenazadoras, intenta dar puñetazos a gente, agarra de la ropa, golpea, patear, empuja, hala el pelo o ataca a otros.							

## ANEXO 8 CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CUESTIONARIO



**TITA II - Trabajo De Titulación**

**Facultad de Medicina**

**Universidad de las Américas**

### **Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **Lisette Villacreses y Ma. Emilia López**, de la **Universidad de las Américas**. El objetivo principal de este estudio es: **Traducir, adaptar y validar de manera inicial la escala DASA- IV para pacientes psiquiátricos**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de un cuestionario en profundidad. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. El cuestionario contiene preguntas abiertas y cerradas por lo que en algunas preguntas deberá responder con sus propias palabras. Tome en cuenta que las respuestas serán analizadas en el estudio y ayudarán como resultado y parte de la investigación para ser publicado con fines académicos.

La participación en este estudio es **estrictamente voluntaria**. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas

usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Lissette Villacreses y Ma. Emilia López. He sido informado (a) sobre el objetivo del estudio.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas, lo cual tomará aproximadamente **20 minutos**.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al investigador al teléfono +593 987124955 o al director de la investigación Jesús Romero de la Universidad de las Américas al teléfono +593 (2) 3981000 Ext. 7795.



no, escriba alguna palabra o frase que cambiaría/adicionaría para que este concepto se entienda mejor. (Si usted entiende todo, responda con un “sí”).

---

---

---

---

3. La Escala DASA IV indica ejemplos de **Negativa a seguir instrucciones** como “El paciente tiende a enojarse o ser agresivo cuando se le solicita ceñirse al tratamiento o a la rutina del pabellón”. ¿Usted entiende fácilmente lo que esto significa? Si su respuesta es no, escriba alguna palabra o frase que cambiaría/adicionaría para que este concepto se entienda mejor. (Si usted entiende todo, responda con un “sí”).

---

---

---

---

4. La Escala DASA IV indica ejemplos de **Sensibilidad a la provocación percibida** como “El paciente tiende a ver que las acciones de los otros son deliberadas y dañinas; pueden malinterpretar el comportamiento de las otras personas o responder con iras de una forma desproporcionada al nivel de provocación”. ¿Usted entiende fácilmente lo que esto significa? Si su respuesta es no, escriba alguna palabra o frase que cambiaría/adicionaría para que este concepto se entienda mejor. (Si usted entiende todo, responda con un “sí”).

---

---

---

---

5. La Escala DASA IV indica ejemplos de **Se enoja fácilmente si se niega sus solicitudes** como “El paciente tiende a ser intolerante o se enoja fácilmente si hacen una solicitud que se le niega o cuando se le pide esperar”. ¿Usted entiende fácilmente lo que esto significa? Si su respuesta es no, escriba alguna palabra o frase que cambiaría/adicionaría para que este concepto se entienda mejor. (Si usted entiende todo, responda con un “sí”).

---

---

---

---

6. La Escala DASA IV indica ejemplos de **Actitudes negativas** como “El paciente muestra actitudes antisocial y negativa y creencias que pueden relacionarse con la violencia y la agresión”. ¿Usted entiende fácilmente lo que esto significa? Si su respuesta es no, escriba alguna palabra o frase que cambiaría/adicionaría para que este concepto se entienda mejor. (Si usted entiende todo, responda con un “sí”).

---

---

---

---

7. La Escala DASA IV indica ejemplos de **Amenazas orales** como “El paciente mostró un estallido oral, superior a alzar la voz y con intento definido de intimidar o amenazar a otra persona”. ¿Usted entiende fácilmente lo que esto significa? Si su respuesta es no, escriba alguna palabra o frase que cambiaría/adicionaría para que este concepto se entienda mejor. (Si usted entiende todo, responda con un “sí”).

---

---

---

---

8. La Escala DASA IV indica ejemplos de **Agresión física contra los OBJETOS** como “Da portazos, tira objetos al suelo, golpea muebles, rompe objetos, destroza ventanas, prende fuego, tira objetos”. ¿Usted entiende fácilmente lo que esto significa? Si su respuesta es no, escriba alguna palabra o frase que cambiaría/adicionaría para que este concepto se entienda mejor. (Si usted entiende todo, responda con un “sí”).

---

---

---

---

9. La Escala DASA IV indica ejemplos de **Agresión verbal contra OTRAS PERSONAS** como “Grita con iras, insulta, maldice agresivamente, es mal hablado cuando tiene iras o amenaza claramente con violencia a los demás”. ¿Usted entiende fácilmente lo que esto significa? Si su respuesta es no, escriba alguna palabra o frase que cambiaría/adicionaría para que este concepto se entienda mejor. (Si usted entiende todo, responda con un “sí”).

---

---

---

---

10. La Escala DASA IV indica ejemplos de **Agresión física contra OTRAS PERSONAS** como “Hace señales amenazadoras, intenta dar puñetazos a gente,

agarra de la ropa, golpea, pateo, empuja, hala el pelo o ataca a otros.”. ¿Usted entiende fácilmente lo que esto significa? Si su respuesta es no, escriba alguna palabra o frase que cambiaría/adicionaría para que este concepto se entienda mejor. (Si usted entiende todo, responda con un “sí”).

---

---

---

---

### 9.3 Tablas Suplementarias

**Tabla Suplementaria 1. Frecuencia y porcentaje de agresiones registradas por las instituciones en una semana de seguimiento a pacientes de tres clínicas de la ciudad de Quito, 2021**

	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Lunes</b>	45	81.8%
<b>Martes</b>	44	80.0%
<b>Miércoles</b>	35	63.6%
<b>Jueves</b>	24	43.6%

---

<b>Viernes</b>	4	7.3%
<b>Sábado</b>	11	20.0%
<b>Domingo</b>	10	18.2%
<b>Promedio</b>		44.9%

---

**Tabla Suplementaria 2. Frecuencia y porcentajes de respuestas a los ítems de la escala DASA IV en una semana de seguimiento en pacientes de tres clínicas de Quito, 2021.**

	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo		Promedio
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	(%)
<b>Irritabilidad</b>	5	90,9	3	70,9	4	76,4	3	56,4	3	58,2	2	40,0	2	40,0	61,8%
	0	%	9	%	2	%	1	%	2	%	2	%	2	%	
<b>Impulsividad</b>	3	70,9	4	76,4	3	56,4	3	56,4	1	20,0	1	34,5	1	25,5	48,6%
	9	%	2	%	1	%	1	%	1	%	9	%	4	%	
<b>Negativa a seguir instrucciones</b>	3	69,1	3	65,5	3	60,0	2	50,9	2	43,6	2	52,7	1	32,7	53,5%
	8	%	6	%	3	%	8	%	4	%	9	%	8	%	
<b>Sensibilidad a la provocación percibida</b>	3	60,0	3	60,0	2	52,7	2	36,4	2	38,2	1	25,5	1	23,6	42,3%
	3	%	3	%	9	%	0	%	1	%	4	%	3	%	

<b>Se enoja fácilmente si se niegan sus solicitudes</b>	4	83,6	4	85,5	4	78,2	3	54,5	2	45,5	2	45,5	2	38,2	61,6%
	6	%	7	%	3	%	0	%	5	%	5	%	1	%	
<b>Actitudes negativas</b>	2	40,0	4	80,0	3	61,8	2	47,3	3	58,2	2	49,1	2	47,3	54,8%
	2	%	4	%	4	%	6	%	2	%	7	%	6	%	
<b>Amenazas orales</b>	2	40,0	4	78,2	3	56,4	2	52,7	2	45,5	2	38,2	1	29,1	48,6%
	2	%	3	%	1	%	9	%	5	%	1	%	6	%	

**Tabla Suplementaria 3. Ocurrencia y porcentaje de riesgo de agresión en categorías bajo, moderado y elevado en una semana de seguimiento a pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de Quito, 2021**

		n	%
<b>Lunes</b>	Bajo	0	0.0%
	Moderado	11	20.0%
	Elevado	44	80.0%
<b>Martes</b>	Bajo	0	0.0%
	Moderado	8	14.5%
	Elevado	47	85.5%
<b>Miércoles</b>	Bajo	0	0.0%
	Moderado	14	25.5%
	Elevado	41	74.5%
<b>Jueves</b>	Bajo	1	1.8%
	Moderado	25	45.5%
	Elevado	29	52.7%
<b>Viernes</b>	Bajo	0	0.0%

	Moderado	35	63.6%
	Elevado	20	36.4%
<b>Sábado</b>	Bajo	2	3.6%
	Moderado	38	69.1%
	Elevado	15	27.3%
<b>Domingo</b>	Bajo	8	14.5%
	Moderado	33	60.0%
	Elevado	14	25.5%

**Tabla suplementaria 4. Frecuencia y porcentajes de incidentes de agresión registrados en el instrumento DASA IV en las últimas 24 horas en una semana de seguimiento en pacientes de tres clínicas de Quito, 2021.**

	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Agresión física contra los objetos</b>	1	30.9	1	27.3	1	30.9	1	21.8	5	9.1	9	16.4	7	12.7
	7	%	5	%	7	%	2	%		%		%		%

<b>Agresión verbal contra otras personas</b>	1	32.7	2	40.0	9	16.4	1	20.0	5	9.1	1	20%	1	21.8
	8	%	2	%		%	1	%		%	1		2	%
<b>Agresión física contra otras personas</b>	7	12.7	3	5.5	8	14.5	3	5.5	3	5.5	6	10.9	8	14.5
		%		%		%		%		%				%

**Tabla Suplementaria 5. Prevalencia de agresiones en una semana de seguimiento registrado con el instrumento DASA IV en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de Quito, 2021**

		<b>Incidentes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Lunes</b>	No		20	36.4%
	SI		35	63.6%
<b>Martes</b>	No		26	47.3%

	SI	29	52.7%
<b>Miércoles</b>	No	29	52.7%
	SI	26	47.3%
<b>Jueves</b>	No	35	63.6%
	SI	20	36.4%
<b>Viernes</b>	No	44	80.0%
	SI	11	20.0%
<b>Sábado</b>	No	38	69.1%
	SI	17	30.9%
<b>Domingo</b>	No	37	67.3%
	SI	18	32.7%

