

# ESTIGMA SOCIAL, VIOLENCIA Y PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

*Marcelino López, Margarita Laviana, Andrés López*

## *Presentación*

(López 2000; Hayward et al., 2003; Ritsch et al., 2005). Hablar de estigma social en una ponencia sobre violencia y salud mental es obligado. Por una parte porque el tema de la violencia, referido a las personas con trastornos mentales graves, es un componente básico del conjunto de actitudes sociales negativas que englobamos bajo el término 'estigma' (López et al., 2008; Angermeyer y Dietrich, 2006; Link et al., 1999; Warner, 2001; Wolff, 1997).

Por otra parte, porque el estigma social es un fenómeno que tiene un impacto negativo en la vida de las personas con trastornos mentales graves, y que puede ser reducido o eliminado mediante intervenciones adecuadas.

En esta ponencia se abordará el tema de la violencia en el contexto del estigma social, y se intentará mostrar la importancia de la violencia en la vida de las personas con trastornos mentales graves, y cómo el estigma social puede contribuir a aumentar la violencia.

El primer objetivo de esta ponencia es presentar una visión general de la violencia y el estigma social, y cómo se relacionan. El segundo objetivo es presentar una revisión de la literatura sobre el estigma social y la violencia en personas con trastornos mentales graves. El tercer objetivo es presentar algunas estrategias para reducir el estigma social y la violencia en personas con trastornos mentales graves.

a un fenómeno complejo y multidimensional (López et al., 2008; Hayward et al., 1997; Penn et al., 2003; Rüschi et al., 2005; Angermeyer y Matschinger, 2005b; Corrigan y Penn, 1999; Farina, 1998; Gofman, 1970; Jones, 2001; Haghghat, 2001; Pilgrim y Rogers, 1999). Formalmente se trata de una palabra de origen griego, que indica una 'marca' o 'señal' identificativa de personas o grupos de personas objeto de una consideración social habitualmente negativa (Gofman, 1970) y que, en realidad, hace referencia a un fenómeno o proceso social probablemente universal, enraizado en los mecanismos de cognición social y especialmente resistente al cambio. Parece que podría tener una función inicialmente defensiva (Angermeyer et al., 2005b; Jones, 2001; Pilgrim et al., 1999) ya que, aunque sea con un margen de error importante, permite diferenciar «a primera vista» amigos y enemigos probables, asociándose por ello a rasgos fácilmente identificables (rasgos físicos llamativos, conductas extrañas, etc.) que se relacionan con personas potencialmente peligrosas: extranjeras, enfermas, delincuentes, etc. (Gofman, 1970; Marichal y Quiles, 2000). Pero, sobre la base de esa referencia común y bajo un único término, encontramos aquí, al menos, tres aspectos que hay que diferenciar.

El primero es el relativo a un conjunto de actitudes sociales que, con su triple dimensión cognitiva («estereotipo»), afectiva o emocional («prejuicio») y conductual («propensión a la discriminación»), afectan a la persona o personas señaladas por el estigma (López et al., 2008; Corrigan et al., 1999; Gofman, 1970; Jones, 2001; Fazio y Olson, 2003). El segundo, para el que hay que utilizar el término «discriminación» efectiva (para diferenciarlo de lo que hemos denominado «propensión a la discriminación»), hace referencia a las consecuencias objetivas, directas e indirectas, que el proceso tiene sobre las personas afectadas, y que dependen no solo de las actitudes personales sino de factores estructurales, originados a partir de ellas, pero que terminan teniendo peso propio (López et al., 2008; Corrigan et al., 1999 y 2002; Penn et al., 2003; Rüschi et al., 2005; Angermeyer et al., 2005b; Pilgrim et al., 1999; Corrigan, Markowitz y Watson, 2004a; Corrigan, Watson, Heyrman et al., 2005). Y, finalmente, las repercusiones subjetivas que todo ello tiene sobre las personas afectadas y que, bajo el término de «autoestigma», incluyen la interiorización de estereotipos y prejuicios y la afectación de la autoestima e imagen personal y social de la persona y de su entorno (López et al., 2008; Corrigan et al., 2002 y 2005; Gofman, 1970; Corrigan, Thompson, Lambert et al., 2003).

Además de los aspectos señalados, el fenómeno funciona como un proceso, el denominado «proceso de estigmatización», que afecta a personas concretas e incluye varias fases, desde la identificación y etiquetado, pasando por la aplicación de estereotipos y prejuicios, hasta

las consecuencias en términos de discriminación y autoestigma. Partiendo de situaciones asimétricas de poder e implicando una separación «ellos-nosotros», lo que determina dinámicas emocionales que sirven de base y refuerzan el proceso (López et al., 2008; Angermeyer et al., 2005b; Angermeyer y Schultze, 2001; Link, Yang, Phelan y Collins, 2004).

El proceso funciona sobre distintos tipos de personas y grupos, pero a nosotros nos interesa en la medida en que afecta a personas con enfermedades o trastornos mentales, especialmente a aquellos de carácter grave o severo (López et al., 2008). Y, en este caso, tiene algunas características diferenciales que nos interesa conocer.

Por un lado, los datos provenientes de estudios sobre actitudes sociales hacia las personas con problemas de salud mental muestran una gradación, según se refieran a problemas que pueden de algún modo afectar a todo el mundo y que resultan más fáciles de entender (ansiedad, depresión, etc.), o, en el otro extremo, a aquellos más cercanos a la imagen tradicional de la locura (esquizofrenia y otros trastornos psicóticos o, en general, trastornos mentales graves) (López et al., 2008; Angermeyer et al., 2006; Wolff, 1997; Hayward et al., 1997; Penn et al., 2003; Rüsche et al., 2005; Haghigat, 2001; Link et al., 2004; Roelandt, Caria, Anguis et al., 2003). Los primeros son más tolerables que los segundos y lo mismo parece suceder con los profesionales que suelen asociarse al cuidado de unos y otros: psicólogos y psicólogas frente a psiquiatras (Rüsche et al., 2005; Haghigat, 2001), por ejemplo.

Las actitudes muestran también variaciones significativas en función de algunas variables culturales y sociales generales, aunque ni los perfiles concretos de cada país o cultura ni los factores que podrían determinarlos parecen lo suficientemente definidos para permitir una visión precisa (López et al., 2008; Thompson, Stuart, Bland et al., 2002). Y presentan también variaciones personales, en función de factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo, etc. Así suelen ser más favorables en personas más jóvenes y de mayor nivel educativo, así como en aquellas que conocen y tienen relación con personas afectadas (López et al., 2008; Angermeyer et al., 2006; Warner, 2001; Crisp et al., 2000; Corrigan et al., 1999; Haghigat 2001; Angermeyer, Matschinger y Corrigan, 2004; Corrigan, Green, Lundin et al., 2001a; Couture y Penn, 2003). Por el contrario y el hecho parece apuntar a la ya referida función defensiva del estigma, suelen ser menos favorables cuando hay hijos o hijas de corta edad en el entorno familiar de las personas a las que se pregunta (Wolff, Pathare, Craig y Leff, 1996).

Un campo de especial interés, que también se ha estudiado con detalle, es el de las repercusiones del estigma sobre las personas con trastornos mentales graves y su entorno personal y profesional. En con-

creto y aunque volveremos más adelante sobre el tema al hablar de la violencia ejercida sobre personas con este tipo de problemas, se describen repercusiones negativas, con interacciones cruzadas, tanto directamente sobre la persona afectada (López et al., 2008; Corrigan et al., 1999 y 2002; Hayward et al., 1997; Penn et al., 2003; Link et al., 2001; Wahl, 1999; Corrigan, 1998), como indirectamente, en tanto que barrera en el acceso a servicios de atención y al ejercicio de derechos ciudadanos (López et al., 2008; Corrigan et al., 2002 y 2004a; Hayward et al., 1997). Así, disminuye la autoestima personal (Corrigan et al., 2002; Hayward et al., 1997; Rüsck et al., 2005; Link et al., 2001), favorece el aislamiento, retrasa o inhibe la petición de ayuda (Corrigan, 1998), y genera dificultades graves en las relaciones sociales (Warner, 2001; Wahl, 1999), la vivienda (Cowan, 2002; Piat, 2000), el empleo (Rosenheck et al., 2006; Stuart, 2006) y la atención sanitaria y social (USDHHS, 1999; WHO, 2001; Corrigan, Watson, Warpinski y Gracia, 2004c).

Aspectos a los que hay que añadir el efecto igualmente negativo que el proceso tiene sobre la familia (Phelan, Bromet y Link, 1998; Östman y Kjellin, 2002) e incluso sobre profesionales y servicios que atienden a personas con trastornos mentales graves (Angermeyer, Breier, Dietrich et al., 2005a; Lauber, Nordt y Rössler, 2005).

Pero, para poder articular una estrategia contra el estigma y la discriminación que sufre este colectivo, hay que considerar también que, en el proceso que les afecta, hay un conjunto de factores que parecen jugar un papel reconocido, ya sea en su origen o, al menos, en el refuerzo a determinadas etapas o pasos del mismo (López et al., 2008; Rüsck et al., 2005; Angermeyer et al., 2001 y 2005b; Corrigan et al., 1999; Link et al., 2004). En primer lugar, hay que hacer referencia a las conductas extrañas, características de muchas personas con este tipo de problemas al menos en algunos momentos, más o menos duraderos, de su evolución (López et al., 2008; Link et al., 1999; Corrigan et al., 2003). Conductas que derivan de los síntomas propios de este tipo de trastornos, pero también de los efectos secundarios de la medicación y de una serie de factores sociales añadidos, frecuentemente relacionados con condiciones de vida marginal que enlazan con la deficiente atención sanitaria y social que suelen recibir (López et al., Corrigan et al., 2003; Gaebel et al., 2006; Penn et al., 2006; Angermeyer, 2000).

En segundo lugar, hay que mencionar los episodios de violencia que, aunque, como luego veremos más en detalle, solo afectan ocasionalmente a una minoría de dichas personas, juegan un papel muy negativo reforzando el estereotipo habitual que les rodea (Corrigan et al., 2003; Angermeyer, 2000; Maden, 2007; Stuart, 2003; Walsh, Buchanan y Fahy, 2002; Angermeyer y Matschinger, 1996).

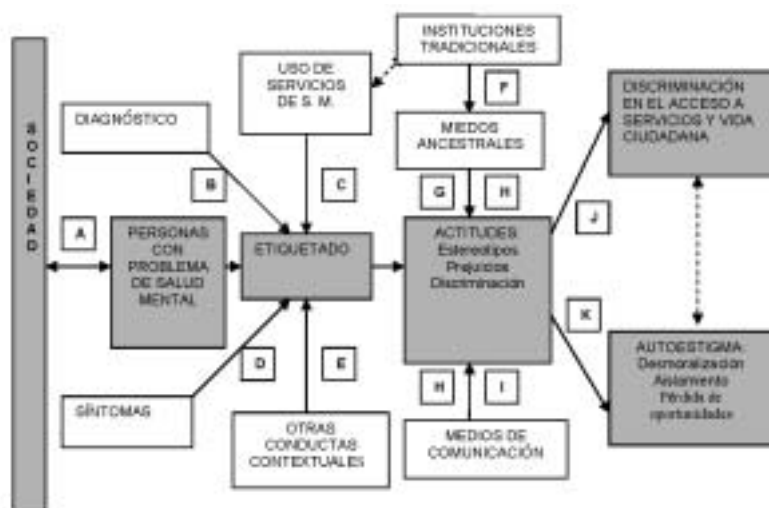
A estos factores, que parecerían responder a problemas reales aunque exagerados por los estereotipos (Corrigan et al., 2003), hay que añadir el efecto del diagnóstico y del uso de servicios de salud mental que los identifica como diferentes (López et al., 2008; Corrigan et al., 2002; Rüsche et al., 2005; Angermeyer et al., 2001 y 2005b; Link et al., 2004), las imágenes de los medios que distorsionan y magnifican algunos de estos problemas (López et al., 2008; López, 2007; Edney, 2004; Sieff, 2003), los servicios tradicionales de psiquiatría basados en lógicas de exclusión y defensa social y separados del resto de los servicios (López et al., 2008; USDMHHS, 1999; Corrigan et al., 2003; López, Laviana y García-Cubillana, 2006b; Saraceno, 1995), y también algunas conductas profesionales poco respetuosas y desfavorables para una atención orientada a la recuperación (López et al., 2008; Sartorius, 2002; Lauber, Nordt, Braunschweig y Rössler, 2006).

En conjunto hay un intrincado proceso en el que múltiples factores se entrelazan de forma compleja, haciendo igualmente compleja la tarea de enfrentarse a ellos para intentar disminuir la estigmatización y sus negativas consecuencias (López et al., 2008; Pescosolido, Martin, Lang y Olafsdottir, 2008). El Cuadro 1 intenta ordenar un poco esa información e identificar a la vez los puntos sobre los que se puede intervenir.

Con respecto a las posibilidades de intervención, hay que decir en primer lugar que la información disponible es escasa y parcial. Situación desgraciadamente lógica si se tienen en cuenta las dificultades que plantea medir intervenciones complejas, de carácter psicosocial y en poblaciones amplias, encontrándonos además con metodologías y técnicas muy variadas en contextos de intervención también muy diferentes (López et al., 2008; Hayward et al., 1997; Rüsche et al., 2005; Haghghat, 2001; Angermeyer et al., 2001; Pescosolido et al., 2008; Angermeyer, 2002; Estroff, Penn y Toporek, 2004; Link, 2001; Penn y Couture, 2002; Pinfold et al., 2005).

Pero también que, aunque no hay datos precisos sobre los resultados de intervenciones «a gran escala», de escasa utilidad para cambiar actitudes y mucho menos conductas (López et al., 2008), hay un acumulo creciente de información sobre evaluaciones «de laboratorio» con intervenciones muy específicas y en grupos pequeños. Experiencias que van poco a poco creando un conjunto consistente, concordante con los conocimientos teóricos de la sociología, la psicología y la psicología social, y con creciente evidencia experimental (Pescosolido et al., 2008).

Cuadro 1. *Etapas del proceso de estigmatización y posibilidades de intervención*



TIPOS DE INTERVENCIONES	
A. Disminución de las asimetrías de poder	G. Educación de distintos sectores de la población
B. Uso razonable de los diagnósticos	H. Contacto e interacción social
C. Atención integral en sistemas generales	I. Trabajo con los medios de comunicación
D. Atención sanitaria efectiva	J. Medidas legales
E. Sistemas de apoyo social y tratamiento asertivo	K. Apoyo personal y familiar
F. Desaparición de los Hospitales Psiquiátricos	

Con carácter general las intervenciones habituales frente al estigma se agrupan en torno a tres ejes básicos, con desiguales potencialidades y resultados efectivos (López et al., 2008; Rüsch et al., 2005; Corrigan et al., 1999; Corrigan, River, Lundin y Penn, 2001b). El primero es el referido a la movilización social y la protesta frente a hechos concretos relacionados con el estigma y las discriminaciones resultantes. Aunque es una actividad imprescindible frente a dichas manifestaciones, que puede contribuir a frenar a corto plazo determinadas actuaciones (especialmente en medios de comunicación) o medidas discriminatorias de carácter puntual, sus efectos a más largo plazo parecen ser escasos, sin excluir ocasionales «efectos rebote» (López et al., 2008; Corrigan et al., 1999, 2001b y 2006; Penn et al., 2002; Corrigan, 2004). Sí tiene, por el contrario, efectos medi-

bles sobre las personas afectadas que participan en movilizaciones y protestas, contribuyendo a mejorar su autoestima, así como sus habilidades de manejo de las repercusiones personales del estigma (López et al., 2008; Wahl, 1999; Green, Hayes, Dickinson et al., 2003).

El segundo y en principio más atrayente, es el de la educación de la población general y sus distintos subgrupos. Aunque a primera vista parecería la más útil a largo plazo, sus resultados no son claros y parecen ir en una doble dirección. Por un lado, parece haber una cierta utilidad en programas sostenidos en el tiempo, basados en dinámicas interactivas y con participación de personas afectadas, si bien la eficacia es mayor en el cambio temporal de actitudes (tal y como se miden con los instrumentos habituales) que en el de las conductas reales derivadas de ellas (López et al., 2008; Wolff, 1997; Rüschi et al., 2005; Corrigan et al., 1999; Wolff et al., 1996; Estroff et al., 2004; Corrigan et al., 2004d). Y, por otro, la relativa inutilidad de grandes campañas, básicamente informativas y para todos los problemas y segmentos poblacionales, inutilidad concordante con lo que se sabe sobre el efecto de la publicidad, que busca mensajes específicos para sectores igualmente específicos, con objetivos segmentados y concretos (López et al., 2008; Corrigan et al., 1999; Corrigan, 2004). Hay también debates interesantes sin conclusiones claras sobre la utilidad de poner el acento en la enfermedad o en los problemas concretos de las personas (López et al., 2008; Rüschi et al., 2005; Angermeyer et al., 2001), o en explicaciones biológicas o psicosociales (López et al., 2008; Phelan et al., 2006; Corrigan y Watson, 2004b; Read y Harre, 2001), así como en los más que limitados efectos del «lenguaje políticamente correcto» (Penn y Nowlin-Drummond, 2001). Y, finalmente, todo parece indicar que la estrategia más útil es la que se basa en el contacto y la interacción social con las personas que padecen los problemas, lo que concuerda además con lo que hemos mencionado en relación con la frecuencia de actitudes más favorables entre quienes conocen y tienen contacto con personas afectadas (López et al., 2008; Rüschi et al., 2005; Corrigan et al., 1999, 2001a y 2006; Angermeyer et al., 2001; Couture et al., 2003; Pescosolido et al., 2008; Pinfold et al., 2005). Concuerda también con los conocimientos más generales sobre dinámicas y cambio de actitudes, cuyos componentes múltiples (cognitivos, afectivos y conductuales) no cambian solo con información sino, cuando lo hacen, con la interacción social y las dinámicas de recategorización que esta permite (Fazio et al., 2003; Corrigan et al., 2001a). La interacción cotidiana con personas afectadas, en contextos reales y en relaciones diferentes de las ligadas al rol de «enfermo» o «enferma», parece ser así la mejor manera de cambiar actitudes y conductas, aspecto que empieza a contar con evidencias empíricas incluso en algunos estudios prospectivos (López et al., 2008; Couture et al., 2003; Alexander y Link, 2003; Couture y Penn, 2006).

En conjunto parece que lo que puede tener sentido es combinar estrategias e intervenciones múltiples en programas complejos y de larga duración, incluyendo al menos los siguientes tipos de actuaciones (López et al., 2008) (Ver Cuadro 1):

1. Garantizar una correcta atención sanitaria y social, basada en modelos de recuperación y ciudadanía, con intervenciones precoces, continuadas y asertivas que enfatizan la prevención de conductas disruptivas y se integren en los mecanismos habituales de atención sanitaria y social (López et al., 2008; USDMHHS, 1999; WHO, 2001; López y Laviana, 2007; Laviana, 2006; Heginbotham, 1998; Sartorius, 1998).
2. Hacer desaparecer las instituciones psiquiátricas tradicionales (Hospitales psiquiátricos públicos, privados y penitenciarios) y disminuyendo en la medida de lo posible recursos monográficos (López et al., 2006b y 2008; USDMHHS, 1999; WHO, 2001; Corrigan, 2004).
3. Dar información correcta, integrada en los sistemas habituales de formación e información (sistema educativo, medios de comunicación, industria del ocio), con contenidos que incluyan información sobre la enfermedad y sus tratamientos, pero también sobre las capacidades y alternativas residenciales (López et al., 2004a) y laborales (López et al., 2004b), contrarrestando los contenidos tradicionales del estereotipo y contando con la participación individual y colectiva de las personas afectadas (López et al., 2007; Wolff, 1997; Angermeyer et al., 2005b; Corrigan et al., 2004d).
4. Facilitar interacción y contactos sociales con dichas personas, a través de la integración de los servicios sanitarios y sociales en sus respectivos contextos, el desarrollo de funciones o roles distintos de los de la enfermedad y la participación en actividades de formación (López et al., 2008; Estroff et al., 2004; Corrigan et al., 2001b).
5. Favorecer el desarrollo, reconocimiento y poder (*empowerment*) de las asociaciones de familiares y, especialmente, las de usuarios y usuarias de servicios de salud mental (López et al., 2008; Couture et al., 2006; Corrigan, 2002; McLean, 2000).
6. Establecer un sistema de vigilancia y protesta activa frente a manifestaciones flagrantes de estigmatización y discriminación (López et al., 2008; Corrigan et al., 1999 y 2001b).
7. Apoyar a las personas afectadas y sus familias en el manejo del autoestigma (López et al., 2008; Corrigan et al., 1999; Link et al., 2001; Shih, 2004).
8. Y trabajar de manera preferente con algunos agentes clave (López et al., 2008), entre los que están indudablemente el per-



sonal educativo (Pinfold et al., 2003b; Watson et al., 2004), profesionales de los medios de comunicación (López, 2007; Salter y Byrne, 2000, de los servicios sociales y sanitarios (WHO, 2001) y de la policía (Pinfold, Huxley, Thornicroft et al., 2003a).

Y todo ello debe realizarse organizando de manera sistemática y continuada, asociando siempre que sea posible mecanismos de evaluación y, parafraseando a Gramsci, con la cautela resultante de «moderar el optimismo de la voluntad con el pesimismo de la inteligencia» o viceversa.

### *La violencia de personas con trastornos mentales graves*

Como decíamos al inicio, el tema de la violencia es central en lo relativo al estigma hacia las personas con trastornos mentales graves (López et al., 2008; Angermeyer et al., 2006; Link et al., 1999a y 1999b; Corrigan et al., 2003; Angermeyer, 2000; Stuart, 2003; Walsh et al., 2002; Angermeyer et al., 1996), grupo de personas que a su vez es el referente último de este fenómeno para el conjunto de problemas de salud mental y sus estructuras de atención.

En efecto, cuando se intenta tipificar los contenidos de las actitudes referidas a estas personas, ya sea en la población general, en distintos grupos sociales o en la información difundida por los medios de comunicación, el tema de la violencia aparece como uno de los más importantes (López et al., 2008; Angermeyer et al., 2006; Link et al., 1999; Warner, 2001; Wolff, 1997; Pilgrim et al., 1999; Roelandt et al., 2003; López, 2007; Sieff, 2003). De hecho aparece siempre que se estudian contenidos concretos de los estereotipos y en él parece apoyarse la supuesta explicación del rechazo emocional y de la distancia social hacia dichas personas (Link et al., 1999; Corrigan et al., 2003).

Sin embargo, los datos disponibles del número creciente de estudios epidemiológicos sobre el tema no confirman ni mucho menos la atribución generalizada de conductas violentas, ni del riesgo de desarrollarlas, a la mayoría de las personas con trastornos mentales graves (López et al., 2008; Angermeyer, 2000; Stuart, 2003; Walsh et al., 2002; Harris y Lurigio, 2007; Friedman, 2006; Walsh y Buchanan, 2003; Sirotych, 2008).

Los estudios disponibles son muy variados en función de las poblaciones estudiadas y de su metodología (Angermeyer, 2000; Maden, 2007; Stuart, 2003; Walsh et al., 2002; Harris y Lurigio, 2007; Friedman, 2006; Walsh y Buchanan, 2003; Sirotych, 2008; Arboleda-Flores et al., 1998; Hiday, 2006). Así, por un lado, se han estudiado muestras de poblaciones tratadas, a distintos niveles de los sistemas de atención en salud mental

(Steadman et al., 1998; Swanson, Swartz, Van Dorn et al., 2006; Fazel y Grann, 2006; Wallace, Mullen y Burgess, 2004; Erickson, Rosenheck, Trestman et al., 2008), de poblaciones bajo responsabilidad de la administración de justicia en razón de haber cometido algún tipo de delito (Fazel y Grann, 2004; Matejkowsky et al., 2008; Greenberg y Rosenheck, 2008; Large et al., 2008), así como también alguna muestra de población general (Swanson et al., 1990; Coid et al., 2006; Arseneault et al., 2000; Brennan, Mednick y Hodgins, 2000). Y, por otro, hay también una gran diversidad en las estrategias básicas (la mayoría son estudios transversales aunque hay algunos longitudinales, como Wallace et al., 2004; Erickson et al., 2008; Arseneault et al., 2000; Brennan et al., 2000), así como en las fuentes, instrumentos e indicadores utilizados para obtener y presentar la información sobre el diagnóstico y sobre la violencia (Angermeyer, 2000; Maden, 2007; Stuart, 2003; Walsh et al., 2002 y 2003; Sirotsch, 2008; Harris et al., 2007; Friedman, 2006; Arboleda-Flores et al., 1998; Hiday, 2006).

En conjunto, por tanto, la información disponible es dispar, criticable en no pocas ocasiones por problemas metodológicos, así como difícil de comparar entre estudios y países (Angermeyer, 2000; Walsh et al., 2002 y 2003; Harris et al., 2007; Friedman, 2006; Sirotsch, 2008; Arboleda-Flores et al., 1998; Hiday, 2006). Así, por ejemplo, ni siempre son coincidentes los criterios para definir trastorno mental grave, ni siempre se diferencian claramente los distintos niveles de gravedad de las conductas violentas, además de la disparidad existente entre las poblaciones estudiadas (Stuart, 2003; Walsh et al., 2002 y 2003; Harris et al., 2007; Friedman, 2006; Sirotsch, 2008; Arboleda-Flores et al., 1998; Hiday, 2006; Hodgins, 2001). Aunque esa situación da lugar a interpretaciones también dispares (Maden, 2007; Harris et al., 2007; Arboleda-Flores et al., 1998; Sirotsch, 2008; Torrey, Stanley, Monahan et al., 2008), va configurando sin embargo un cuadro general relativamente consistente.

En primer lugar, hay una asociación entre actos delictivos de carácter violento y distintas enfermedades mentales graves, asociación de intensidad variable según el tipo de problemas, pero mayor que la referida a la población general (López et al., 2008; Angermeyer, 2000; Stuart, 2003; Walsh et al., 2002 y 2003; Harris et al., 2007; Torrey et al., 2008; Sirotsch, 2008; Hodgins, 2001). Sin embargo, esta afirmación debe matizarse bastante en función de la ya mencionada diversidad metodológica de los distintos estudios.

Globalmente las cifras de «riesgo relativo» sitúan a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves con riesgos entre 3 y 6 veces superiores a los de la población general, si bien dichos riesgos son inferiores a los que presentan personas con otros tipos de problemas: trastornos de personalidad, drogodependencias, etc. (López et al., 2008;

Angermeyer, 2000; Stuart, 2003; Walsh et al., 2002 y 2003; Harris et al., 2007; Arboleda-Flores et al., 1998; Hiday, 2006; Steadman et al., 1998; Wallace et al., 2004; Swanson et al., 1990; Coid et al., 2006; Hodgins, 2001). Pero además, si se consideran otros factores distintos del diagnóstico, como son la edad joven, el sexo masculino, el consumo de tóxicos o la residencia en entornos marginales, también esos grupos presentan un riesgo de conductas delictivas bastante superior que el de la población general (López et al., 2008; Angermeyer, 2000; Stuart, 2003; Walsh et al., 2002 y 2003; Harris et al., 2007; Arboleda-Flores et al., 1998; Hiday, 2006; Steadman et al., 1998; Wallace et al., 2004; Swanson et al., 1990; Coid et al., 2006; Hodgins, 2001). El problema es que dichas variables se asocian también habitualmente a las personas con diagnóstico de trastorno mental grave que cometen actos delictivos, actuando por tanto como potenciales factores de confusión, lo que hace difícil medir la contribución específica de la enfermedad en estudios basados en indicadores de riesgo relativo (López et al., 2008; Angermeyer, 2000; Walsh et al., 2003; Arboleda-Flores et al., 1998; Hiday, 2006; Hodgins, 2001). Por ello, la información debe completarse con otro indicador, el llamado «riesgo atribuible poblacional», que permite medir mejor la contribución específica de un factor (en este caso un diagnóstico de enfermedad mental grave) a un determinado fenómeno social (en este caso la comisión de actos delictivos de carácter violento) (López et al., 2008). Se trata de medir así qué fracción de la violencia social es atribuible a las personas con este tipo de problemas, fracción que, por tanto, desaparecería si estas personas no desarrollasen conductas delictivas. A este respecto, la mayoría de las estimaciones sitúan la violencia grave debida a personas con este tipo de problemas en torno al 5% del total (López et al., 2008; Angermeyer, 2000; Stuart, 2003; Walsh et al., 2002 y 2003; Harris et al., 2007; Arboleda-Flores et al., 1998; Hiday, 2006; Fazel et al., 2004; Large et al., 2008; Hodgins, 2001), aunque este porcentaje varía lógicamente en función del nivel total de violencia del país.

La información se completa también con otro dato que solo puede obtenerse en muestras amplias de población general, dado el sesgo que introducen las muestras de poblaciones tratadas, especialmente en unidades de hospitalización o programas de tratamiento intensivo (Arboleda-Flores et al., 1998; Hiday, 2006; Hodgins, 2001). Y es que, generalmente, es solo una fracción limitada del total de personas con este tipo de problemas la que comete actos delictivos graves, fracción que como mucho se sitúa entre el 5 y el 10% del total (López et al., 2008; Walsh et al., 2002; Harris et al., 2007; Arboleda-Flores et al., 1998; Swanson, Swartz, Essock et al., 2002). Porcentaje que, además, parece asociarse preferentemente a determinados tipos de síntomas y conductas, lo que podría permitir en muchos casos la identificación precoz del riesgo y una intervención sanitaria y social pre-

ventiva (López et al., 2008; Stuart, 2003; Walsh et al., 2002 y 2003; Harris et al., 2007; Arboleda-Flores et al., 1998; Hiday, 2006; Sirotych, 2008; Hodgins, 2001; Swanson et al., 2002; Stompe, Ortwein-Swoboda y Schanda, 2004; Appelbaum, Robbins y Monahan, 2000; Beck, 2004; Buchanan, 2008; Nestor 2002; Lamberti, 2007; Mullen, 2006).

Pero además, si hablamos de violencia desarrollada por las personas con enfermedad mental grave, hay que hacer referencia a que el mayor volumen de violencia corresponde, en el caso de estas personas, a violencia ejercida sobre ellas mismas. Así encontramos prevalencias en torno al 10% de suicidios consumados y entre el 20% y el 40% de lesiones e intentos de suicidio, en referencia solo a personas con diagnóstico de esquizofrenia (Heilä y Lönkwist, 2003; Hawton et al., 2005; Palmer et al., 2005; Limosin, et al., 2007; Harvey et al., 2008; Auca et al., 2008).

El fenómeno de la violencia sufre así un enfoque distorsionado para convertirse en el núcleo del estigma hacia estas personas, mucho más allá de lo que permite la información disponible, cuya repetición parece servir de poco frente a las imágenes depositadas en el imaginario social a lo largo de los siglos (López et al., 2008; Walsh et al., 2002; Hodgins, 2001; Swanson et al., 2002). Y eso sin mencionar la violencia recibida por estas personas, aspecto que abordamos en el siguiente apartado.

### *La violencia contra las personas con trastornos mentales graves*

Y es que hablar de violencia en relación con las personas con trastornos mentales graves implica poner sobre la mesa muchas otras informaciones, esta vez relativas a la violencia recibida de manera directa o indirecta en nuestras sociedades, hoy y a través de largos periodos históricos. A este respecto hay varios temas que mencionar.

El primero es el de la violencia directa, que muchas personas con trastornos mentales graves reciben bajo la forma de asaltos de diverso tipo en los entornos en los que viven, con cifras que superan con creces a las de la violencia ejercida por ellas (entre el 20% y el 50%), aunque los estudios sobre este aspecto de la violencia son, sin embargo, menos numerosos (Arboleda-Flores et al., 1998; Hiday, 2006; Kooyman et al., 2008; Teplin et al., 2005; Hodgins et al., 2007; Lowell et al., 2008; Whitley et al., 2008; Fitzgerald et al., 2005; Mcfarlane et al., 2006). Frente a la idea tradicional de la persona con enfermedad mental como potencialmente peligrosa, estas cifras nos remiten a la idea más correcta de una población especialmente vulnerable, que necesita también protección, al menos frente a algunos sectores sociales.

A este respecto, hay que añadir la probable relación entre violencia recibida y violencia ejercida (Hiday, Swanson, Swartz et al., 2001), así

como el posible efecto causal que la violencia y el abuso en la infancia pueden tener en el desarrollo posterior de los síntomas positivos de la esquizofrenia (Read et al., 2005; Morgan y Fisher, 2007; Shevlin et al., 2008), tema controvertido pero una evidencia empírica crecientemente consistente.

A esta violencia directa hay que añadir la violencia indirecta basada en el estigma y sus cristalizaciones estructurales, a la que hacemos referencia bajo el término «discriminación», y que como ya se ha mencionado supone efectos muy concretos en numerosas áreas de su vida (López et al., 2008; Corrigan, 1998; Corrigan et al., 2002 y 2004a y 2004b; Hayward et al., 1997; Penn et al., 2003; Rosenheck et al., 2006; Stuart, 2006; WHO, 2001; Casadebaig, Phillippe, Guillaud-Bataille et al., 1997). Efectos que suman, a los derivados de la discriminación personal y estructural que les afecta, los derivados de su propia autoestigmatización (López et al., 2008; Corrigan et al., 2002; Hayward et al., 1997; Penn et al., 2003; Rüsck et al., 2005).

En conjunto hay evidencia abundante del efecto de barrera que el estigma juega en el ejercicio de derechos y en el acceso a servicios, entre los que hemos mencionado ya los relativos a la vivienda, al empleo, así como a distintos tipos de relaciones sociales significativas (pareja, redes sociales, etc.). Pero también hay que añadir los efectos derivados de legislaciones que restringen derechos en función del diagnóstico y no de la presencia temporal o permanente de dificultades reales para su ejercicio, incluyendo derechos civiles tan importantes como la libertad en general, el voto, el matrimonio y el cuidado de los hijos, el manejo del dinero, etc. (López et al., 2008; Corrigan et al., 2004a y 2005; USDMHHS, 1999; WHO, 2001 y 2005). Las legislaciones específicas para enfermos mentales en aspectos como la capacidad o incapacidad civil o los tratamientos involuntarios (WHO, 2005; Link, Castille y Stuber, 2008; López y Laviana, 2006a), juegan así un papel de refuerzo del estigma que tendría que tenerse en cuenta a la hora de intentar regular esos aspectos, en beneficio de las personas con trastornos mentales y no solo de la familia o el entorno social. También la atención sanitaria y social a este tipo de problemas se sitúa, prácticamente en todos los lugares y a pesar de las obvias diferencias internacionales, por debajo de los estándares habituales de atención a otros problemas sanitarios y sociales (WHO, 2001; Corrigan et al., 2004c). Además de las persistentes dificultades de atención en servicios generales –sanitarios (Casadebaig et al., 1997; Kisely, Smith, Lawrence et al., 2007), sociales, educativos, de empleo, etc.– que hunden sus raíces en la visión tradicional del Hospital Psiquiátrico como «espacio natural», exclusivo y universal para la «atención» a las personas con este tipo de problemas (López et al., 2006b).

Finalmente y en lo que respecta al denominado «autoestigma» (López et al., 2008; Corrigan et al., 2002; Hayward et al., 1997; Penn et al., 2003;

Rüsch et al., 2005; Link et al., 2001; Wahl, 1999; Corrigan, 1998), éste parece depender de varios tipos de factores, como la internalización de los estereotipos prevalentes y las reacciones emocionales negativas que produce el proceso, pero también de las estrategias individuales de manejo del problema (López et al., 2008; Shih, 2004).

Aunque, a la hora de medir los efectos prácticos sobre su vida, no siempre sea fácil diferenciar esas diversas causas, parece que, con respecto a sus efectos, muchas de las personas con trastorno mental grave, viven las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y habitualmente negativa, lo que conduce a una real desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima, favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda (López et al., 2008; Corrigan et al., 2002; Hayward et al., 1997; Penn et al., 2003; Rüsch et al., 2005; Link et al., 2001; Wahl, 1999; Corrigan, 1998). Pero, al igual que en otros tipos de estigma, caben respuestas alternativas, en términos de indiferencia o de autoafirmación y *empowerment*. Parecería que la respuesta depende del análisis que la persona afectada hace de la situación, en función de variables personales, pero también del contexto social y especialmente del nivel de apoyo social e institucional y de los grupos de referencia con que cuenta, lo que enfatiza de nuevo el papel de los movimientos asociativos de usuarios y usuarias, así como la colaboración y apoyo de las y los profesionales (López et al., 2008; Corrigan et al., 2002; Shih, 2004; Corrigan, 2002; Mueller et al., 2006).

### *Conclusión*

Como hemos podido ver, la violencia aparece como un tema central en relación con el estigma que afecta, en nuestras sociedades, a personas con trastornos mentales graves y se extiende, en grado variable, a otros problemas y aspectos relacionados con la salud mental en general. Y ello es así en un doble sentido. Por un lado, porque la imagen social que hemos ido construyendo a lo largo de los siglos sobre dichas personas incorpora la peligrosidad, ligada al riesgo de conductas violentas, como una característica básica de las mismas. Pero también porque, además de que esa imagen supone como mucho una exageración abusiva de la magnitud de las conductas violentas que afectan ocasionalmente a una minoría de dichas personas, sus efectos sobre la vida real de las personas afectadas por este tipo de problemas deben verse legítimamente como formas reales, directas e indirectas, de violencia hacia las mismas.

La lucha contra el estigma y la discriminación derivada son, por tanto, un aspecto clave de los intentos por mejorar la situación de esas personas en nuestras sociedades y forman parte del inventario de objetivos y actuaciones necesarias y posibles en los sistemas de atención comunitaria en

salud mental. Ello significa intentar cambiar las opiniones, emociones y conductas poblacionales erróneas y discriminatorias, situando adecuadamente el tema de la violencia. Pero implica también incorporar la preocupación concreta por identificar factores y personas en situación de riesgo de violencia (de la ejercida hacia ellas mismas y hacia los demás, pero también de la que pueden recibir) para intentar prevenir su desarrollo.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Alexander, L., Link, B. (2003). The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12, 3:271-289.
- (2) Angermeyer, M. (2000). Schizophrenia and violence. *Acta Psychiatr Scand. (Suppl)* 407:63-67.
- (3) Angermeyer, M. (2002). From intuition to evidence-based anti-stigma interventions. *World Psychiatry*, 1, 1:21-22.
- (4) Angermeyer, M., et al. (2005a). Public attitudes toward psychiatric treatment. An international comparison. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40:855-864.
- (5) Angermeyer, M., Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*, 113:163-179.
- (6) Angermeyer, M., Matschinger, H. (1996). The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Soc Sci Med*, 43, 12:1.721-1.728.
- (7) Angermeyer, M., Matschinger, H. (2005b). Labelling –stereotype– discrimination. An investigation of the stigma process. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 5:391-395.
- (8) Angermeyer, M., et al. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophr Res*, 69:175-182.
- (9) Angermeyer, M., Schulze, B. (2001). Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiología e Psichiatria Sociale*, 10,1:1-7.
- (10) Appelbaum, P., et al. (2000). Violence and delusions: data from the MacArthur violence risk assessment study. *Am J Psychiatry*, 157, 4:566-572.
- (11) Arboleda-Flores, J., et al. (1998). Understanding causal paths between mental illness and violence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, Supl. 1:38-46.
- (12) Arseneault, L., et al. (2000). Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry*, 57:979-986.
- (13) Beck, J. (2004). Delusions, substance abuse and serious violence. *J Am Acad Psychiatry Law*, 32, 4:169-172.
- (14) Brennan, P., et al. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 57:494-500.
- (15) Buchanan, A. (2008). Risk of violence by psychiatric patients: beyond the «actuarial versus clinical» assessment debate. *Psychiatr Serv*, 59:184-190.
- (16) Casadebaig, F., et al. (1997). Schizophrenia, physical health and access to somatic care. *Eur Psychiatry*, 12:289-293.
- (17) Choe, J., et al. (2008). Perpetration of violence, violent victimization and severe mental illness: balancing Public Health concerns. *Psychiatr Serv*, 59:153-164.
- (18) Coid, J., et al. (2006). Violence and psychiatry morbidity in a national household population. A report from the British Household Survey. *Am J Epidemiol*, 164:1.199-1.208.

- (19) Corrigan, P. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5:201-222.
- (20) Corrigan, P. (2002). Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Q*, 73, 3:217-228.
- (21) Corrigan, P. (2004). Target-specific stigma change: a strategy for impacting mental illness stigma. *Psychiatr Rehabil J*, 28, 2:113-121.
- (22) Corrigan, P.; Gelb, B. (2006). Three programs that use mass approaches to challenge the stigma of mental illness. *Psychiatr Serv*, 2006, 7, 3:393-398.
- (23) Corrigan, P., et al. (2001a). Familiarity and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatr Serv*, 52, 7:953-958.
- (24) Corrigan, P., et al. (2004a). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull*, 30, 3:481-491.
- (25) Corrigan, P., Penn, D. (1999). Lessons from Social Psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol*, 54, 9:765-776.
- (26) Corrigan, P., et al. (2001b). Three strategies for changing attributions. *Schizophr Bull*, 27:187-195.
- (27) Corrigan, P., et al. (2003a). Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*, 54, 8:1.105-10.
- (28) Corrigan, P., Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1, 1:16-20.
- (29) Corrigan, P., Watson, A. (2004b). Stop the stigma: call mental illness a Brain Disease. *Schizophr Bull*, 30, 3:477-479.
- (30) Corrigan, P., et al. (2003b). From whence comes mental illness stigma? *Int J Soc Psychiatry*, 49, 2:142-157.
- (31) Corrigan, P., et al. (2005). Structural stigma in state legislation. *Psychiatr Serv*, 56, 5:557-565.
- (32) Corrigan, P., et al. (2004c). Stigmatizing attitudes about mental illness and allocation of resources to mental health services. *Community Mental Health Journal*, 40, 4:297-307.
- (33) Corrigan, P., et al. (2004d). Implications of educating the public on mental illness, violence and stigma. *Psychiatr Serv*, 55, 5: 577-580.
- (34) Couture, S.; Penn, D. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: a review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12, 3:291-305.
- (35) Couture, S.; Penn, D. (2006). The effects of prospective naturalistic contact on the stigma of mental illness. *J Community Psychol*, 34, 5:635-645.
- (36) Cowan, S. (2002). Public arguments for and against the establishment of community mental health facilities: implications for mental health practice. *Journal of Mental Health*, 11, 1:5-15.
- (37) Crisp, A., et al. (2000). Stigmatisation of people with mental illness. *Br J Psychiatry*, 177:4-7.
- (38) Edney, D. (2004). *Mass media and mental illness: a literature review*. Ontario, Canadian Mental Health Association, 2004. En: www.ontario.cmha.ca
- (39) Erickson, S., et al. (2008). Risk of incarceration between cohorts of veterans with and without mental illness discharged from inpatient units. *Psychiatr Serv*, 59, 2:178-183.
- (40) Estroff, S., et al. (2004). From stigma to discrimination: an analysis of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label. *Schizophr Bull*, 30, 3:493-509.
- (41) Farina, A. (1998) Stigma. En: Muesser, K.; Tarrier, N. *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Boston, Allyn y Bacon: 247-279.
- (42) Fazel, S.; Grann, M. (2004). Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *Am J Psychiatry*, 161: 2.129-2.131.



- (43) Fazel, S.; Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry*, 163: 1.397-1.403.
- (44) Fazio, R.; Olson, M. (2003). Attitudes: foundations, functions, and consequences. En: Hogg, M.; Cooper, J. (ed). *The Sage Handbook of Social Psychology*. Londres, Sage: 139-160.
- (45) Fitzgerald, P., et al. (2005). Victimization of patients with schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 39:169-174.
- (46) Friedman, R. (2006). Violence and mental illness. How strong is the link? *N Eng J Med*, 355, 20: 2.064-2.066.
- (47) Gaebel, W., et al. (2006). The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatr Scand*, 113 (Supplement 429): 41-45.
- (48) Gofman, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu.
- (49) Green, G., et al. (2003). A mental health service user's perspective to stigmatisation. *Journal of Mental Health*, 12, 3:223-234.
- (50) Greenberg, G.; Rosenheck, R. (2008). Jail incarceration, homelessness, and mental health. A national study. *Psychiatr Serv*, 59, 2:170-177.
- (51) Haghigat, R. (2001). A unitary theory of stigmatisation. Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *Br J Psychiatry*, 178:207-215.
- (52) Harris, A.; Lurigio, A. (2007). Mental illness and violence: a brief review of research and assessment strategies. *Aggression and Violent Behavior*, 12:542-551.
- (53) Harvey, S., et al. (2008). Self-harm in first-episode psychosis. *British J Psychiatry*, 192:178-184.
- (54) Haukka, J., et al. (2008). Determinants and outcome of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol*, 167:1.155-1.163.
- (55) Hawton, K., et al. (2005). Schizophrenia and suicide: a systematic review. *British J Psychiatry*, 2005,187:9-20.
- (56) Hayward, P., Bright, J. (1997). Stigma and mental illness: a review and critique. *Journal of Mental Health*, 6, 4: 345-354.
- (57) Heginbotham, C. (1998). UK mental health policy can alter the stigma of mental illness. *Lancet*, 352: 1.052-1.053.
- (58) Heilä, H.; Lönnkwist, J. (2003). The clinical epidemiology of suicide in schizophrenia. En Murray, R., et al. (ed.) (2003). *The epidemiology of schizophrenia*. Cambridge, Cambridge University Press: 288-316.
- (59) Hiday, V. (2006). Putting community risk in perspective: a look at correlations causes and controls. *Int J Law Psychiatry*, 29:316-331.
- (60) Hiday, V., et al. (2001). Victimization: a link between mental illness and violence? *Int J Law Psychiatry*, 24:559-572.
- (61) Hodgins, S., et al. (2007). Aggressive behaviour, victimization and crime among severe mentally ill patients requiring hospitalization. *British J Psychiatry*, 191:343-350.
- (62) Hodgins, S. (2001). The major mental disorders and crime: stop debating and start treating and preventing. *Int J Law Psychiatry*, 24:427-446.
- (63) Jones, M. (2001). *Social psychology of prejudice*. New Jersey, Prentice Hall.
- (64) Kisely, S., et al. (2007). Inequitable access for mentally patients to some medically necessary procedures. *Can Med Assoc J*, 176:779-784.
- (65) Kooyman, I., et al. (2007). Outcomes of public concern in schizophrenia. *British J Psychiatry*, 2007, 191, Suppl. 50:29-36.
- (66) Lamberti, J. (2007). Understanding and preventing criminal recidivism among adults with psychotic disorders. *Psychiatr Serv*, 58, 6:773-781.
- (67) Large, M., et al. (2008). Homicide due to mental disorders in England and Wales over 50 years. *British J Psychiatry*, 193:130-133.

- (68) Lauber, C., et al. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand*, 113 (Suppl 429):51-59.
- (69) Lauber, C., et al. (2005). Lay beliefs about treatments for people with mental illness and their implications for antistigma strategies. *Can J Psychiatry*, 50, 20:745-752.
- (70) Laviana, M. (2006). La atención a las personas con Esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 24:345-373.
- (71) Lee, S. (2002). The stigma of schizophrenia: a transcultural problem. *Curr Opin Psychiatry*, 15:37-41.
- (72) Limosin, F., et al. (2007). Ten-year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients. *Schizophr Res*, 94:23-28.
- (73) Link, B. (2001). Stigma: Many mechanisms require multifaceted responses. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10,1:8-11.
- (74) Link, B., et al. (2008). Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. *Soc Sci Med*, 67:409-419.
- (75) Link, B., et al. (1989). A modified labelling theory approach in the area of mental disorders: an empirical assessment. *Am Sociol Rev*, 54:400-423.
- (76) Link, B., et al. (1999). Real in their consequences: a sociological approach to understanding the association between psychotic symptoms and violence. *Am Sociol Rev*, 64:316-322.
- (77) Link, B., et al. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health*, 89, 9:1.328-33.
- (78) Link, B., et al. (2001). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv*, 52, 12:1.621-26.
- (79) Link, B., et al. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull*, 30, 3:511-541.
- (80) López, M. (2007). Moyens de communication, stigmatisation et discrimination en santé mentale : éléments pour une stratégie raisonnable. *L'Information Psychiatrique*, 83, 10: 793-799.
- (81) López, M., et al. (2004a). Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. *Archivos de Psiquiatría*, 67, 2:101-128.
- (82) López, M.; Laviana, M. (2006a). Intervenciones no voluntarias en salud mental. Consideraciones sobre la propuesta de autorización judicial del tratamiento ambulatorio involuntario. *Rehabilitación Psicosocial*, 3, 2:28-36.
- (83) López, M.; Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas para el debate desde Andalucía. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*, 27, 99:187-223.
- (84) López, M., et al. (2004b). Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Rev AEN*, 24,89:31-65.
- (85) López, M., et al. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*, 28, 101:43-83.
- (86) López, M., et al. (2006b). Los Hospitales Psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En Pérez, F. (coord.). *Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica*. Madrid: AEN:237-273.
- (87) Lowell, A., et al. (2008). La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux: revue de la littérature et des notions connexes. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56: 197-207.
- (88) Maden, T. (2007). Violence, mental disorders and public protection. *Psychiatry*, 6:399-403.

- (89) Marichal, F.; Quiles, M. (2000). La organización del estigma en categorías. Actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12, 3:458-465.
- (90) Matejkowsky, J., et al. (2008). Characteristics of persons with severe mental illness who have been incarcerated for murder. *J Am Acad Psychiatry Law*, 36:74-86.
- (91) McFarlane, A., et al. (2006). Prevalence of victimization, posttraumatic stress and violence behaviour in the seriously mentally ill. *Aust N Z J Psychiatry*, 40:1.010-15.
- (92) McLean, A. (2000). From ex-patients alternatives to consumer options: consequences of consumerism for psychiatric consumers and ex-patients movement. *Int J Health Serv*, 30, 4:821-847.
- (93) Morgan, C., Fisher, H. (2007). Environmental factors in schizophrenia: childhood trauma. A critical review. *Schizophr Bull*, 33, 1:3-10.
- (94) Mueller, B., et al. (2006). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness. A longitudinal approach. *Soc Sci Med*, 62:39-49.
- (95) Mullen, P. (2006). Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies? *Advances in Psychiatric Treatment*, 12:239-248.
- (96) Nestor, P. (2002). Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. *Am J Psychiatry*, 159, 2:1.973-78.
- (97) Östman, M.; Kjellin, L. (2002). Stigma by association. Psychological factors in relatives of people with mental illness. *Br J Psychiatry*, 181:494-498.
- (98) Palmer, B., et al. (2005). The lifetime prevalence of suicide in schizophrenia. A reexamination. *Arch Gen Psychiatry*, 62:247-253.
- (99) Penn, D.; Couture, S. (2002). Strategies for reducing stigma towards persons with mental illness. *World Psychiatry*, 1, 1:20-21.
- (100) Penn, D., et al. (2000). Interpersonal factor contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptoms. *Schizophr Res*, 45:37-45.
- (101) Penn, D.; Nowlin-Drummond, A. (2001). Politically correct labels and schizophrenia: a rose by any other name? *Schizophr Bull*, 27, 2:197-203.
- (102) Penn, D.; Wykes, T. (2003). Stigma, discrimination and mental illness. *Journal of Mental Health*, 12, 3:203-208.
- (103) Pescosolido, B., et al. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: a framework integrating normative influences on stigma (FINIS). *Soc Sci Med*, 67:431-440.
- (104) Phelan, J., et al. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophr Bull*, 24, 1:115-126.
- (105) Phelan, J., et al. (2006). Effects of attributing serious mental illness to genetic causes on orientations to treatment. *Psychiatr Serv*, 57, 3:382-387.
- (106) Piat, M. (2000). Becoming the victim: a study on community reactions towards group homes. *Psychiatr Rehabil J*, 24, 2:108-116.
- (107) Pilgrim, D.; Rogers, A. (1999). *A sociology of mental health and illness*. Buckingham, Open University Press, 1999.
- (108) Pinfold, V., et al. (2003a). Reducing psychiatric stigma and discrimination. Evaluating an educational intervention with the police force in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38:337-344.
- (109) Pinfold, V., et al. (2005). Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry*, 17, 2:123-131.
- (110) Pinfold, V., et al. (2003b). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry*, 182:342-346.
- (111) Read, J.; Harre, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of «mental patients». *Journal of Mental Health*, 10, 2:223-235.
- (112) Read, J., et al. (2005). Childhood trauma and schizophrenia. A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand*, 112:330-350.

- (113) Roelandt, J. et al. (2003). La santé mentale en population générale : résultats de la première phase d'enquête 1998-2000. *L'Information Psychiatrique*, 79, 10:867-878.
- (114) Rosenheck, R., et al. (2005). Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 163, 3:411-417.
- (115) Rüschi, N.; Angermeyer, M.; Corrigan, P. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*, 20:529-539.
- (116) Salter, M.; Byrne, P. (2000). The stigma of mental illness: how you can use the media to reduce it. *Psychiatr Bull*, 24:281-283.
- (117) Saraceno, B. (1995). *La fine dell'intrattenimento. Manuale de rehabilitazione psiquiatrica*. Milán, Etas Libri.
- (118) Sartorius, N. (1998). Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet*, 352:1.058-59.
- (119) Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *BMJ*, 324:1.470-71.
- (120) Shevlin, M., et al. (2008). Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the National Comorbidity Survey. *Schizophr Bull*, 34, 1:193-199.
- (121) Shih, M. (2008). Positive stigma: examining resilience and empowerment in overcoming stigma. *Annals of American Academy of Political and Social Science*, 591:175-185.
- (122) Sieff, E. (2003). Media frames of mental illnesses: the potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*, 12, 3:259-269.
- (123) Sirotnich, F. (2008). Correlates of crime and violence among persons with mental disorder: an evidence-based review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8:171-174.
- (124) Steadman, H., et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods. *Arch Gen Psychiatry*, 55:393-401.
- (125) Stompe, T., et al. (2004). Schizophrenia, delusional symptoms and violence: the threat/control-override concept re-examined. *Schizophr Bull*, 30, 1:31-44.
- (126) Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry*, 2, 2:121-124.
- (127) Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Curr Opin Psychiatry*, 19, 5:522-526.
- (128) Swanson, J., et al. (1990). Violence and psychiatric disorders in the community: evidence from the Epidemiological Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*, 41, 7:761-770.
- (129) Swanson, J., et al. (2002). The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Am J Public Health*, 92, 9:1.523-1.531.
- (130) Swanson, J., et al. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 63:490-499.
- (131) Teplin, L., et al. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry*, 62:911-921.
- (132) Thompson, A., et al. (2002). Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37:475-482.
- (133) Torrey, E., et al., y el MacArthur Study Group (2008). The MacArthur violence risk assessment study revisited: two views ten years after its initial publication. *Psychiatr Serv*, 59, 2:147-152.
- (134) U.S. Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. National Institute of Mental Health.
- (135) Wahl, O. (1999). Mental health consumer's experience of stigma. *Schizophr Bull*, 25, 3:467-478.

- (136) Wallace, C., et al. (2004). Criminal offending in schizophrenia over 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 161, 4:716-727.
- (137) Walsh, E.; Buchanan, A. (2003). Criminal and violent behavior in schizophrenia. En Murray R.M., et al. (eds.). *The epidemiology of schizophrenia*. Cambridge, Cambridge University Press: 343-360.
- (138) Walsh, E., et al. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry*, 180:490-495.
- (139) Warner, R. (2001). Community attitudes towards mental disorders. En: Thornicroft G y Szmukler G (eds.). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford, Oxford University Press: 453-464.
- (140) Watson, A., et al. (2004). Changing middle scholar's attitudes about mental illness through education. *Schizophr Bull*, 30, 3:563-572.
- (141) Whitley, R., et al. (2008). Safety and security in small-scale recovery housing for people with severe mental illness: an inner-city case study. *Psychiatr Serv*, 59:165-169.
- (142) Wolff, G. (1997). Attitudes of the media and the public. En Leff, J. (ed). *Care in the Community: Illusion or Reality?* Londres, Wiley & Sons: 145-163.
- (143) Wolff, G., et al. (1996). Community attitudes to mental illness. *Br J Psychiatry*, 168:183-190.
- (144) World Health Organization (2001). *World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, WHO.
- (145) World Health Organization (2005). *WHO Resource Book on Mental Health, human rights and legislation*. Geneva, WHO.

