

ACTITUDES HACIA LOS TRASTORNOS MENTALES Y SU ASOCIACIÓN PERCIBIDA CON DELITO: ESTIGMA SOCIAL

ATTITUDES TOWARD MENTAL DISORDERS AND THEIR PERCEIVED ASSOCIATION WITH CRIME: SOCIAL STIGMA

Recibido: 10 de Agosto de 2016 | Aceptado: 02 de Diciembre de 2016

DOI: 10.22199/S07187475.2016.0003.00002

ANA VICARIO CAÑAS ¹ ; MARÍA DE LA VILLA MORAL JIMÉNEZ ²

¹. UNIVERSIDAD DE OVIEDO, Asturias, España

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La percepción sobre el estigma hacia las personas con trastornos mentales ha sido ampliamente reportada en la literatura. **OBJETIVO:** estudiar las actitudes hacia los trastornos mentales en población general y analizar la asociación percibida entre diversos tipos de enfermedad mental y la posible comisión de delitos contra la propiedad, agresiones de tipo sexual y homicidios, entre otros. **MÉTODO:** participaron 200 personas con edades comprendidas entre los 15 y los 84 años ($X=39.21$, $DT=17.37$), las que fueron evaluadas con los cuestionarios Community Attitudes toward the Mentally Ill, CAMI y Creencias sobre la relación entre enfermedad mental y delito. **RESULTADOS:** Se ha hallado que las mujeres presentan actitudes más positivas de acogida hacia las personas con trastornos mentales y las personas con un nivel de estudios más bajo muestran actitudes más autoritarias hacia este colectivo. Asimismo, se ha hallado que la enfermedad que más se percibe como asociada a la comisión de delito es el trastorno psicótico y las que menos se asociaban con cualquier delito, son la depresión y la ansiedad. **CONCLUSIÓN:** Se discuten las implicaciones de estos hallazgos en relación a los procesos de estigmatización social. Se aboga por la conveniencia de considerar los trastornos mentales desde una perspectiva más comprensiva e integral dado que representan entidades ligadas a los procesos de representación social y están determinadas social y culturalmente.

PALABRAS CLAVE: Estigma, enfermedad mental, delito, actitudes, población general.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The perception of stigma towards people with mental disorders has been widely reported in the literature. **OBJECTIVE:** To study attitude towards mental disorders and to analyze the perceived association among several types of mental illnesses and their possible connection with robbery, sexual abuse, homicides, among others. **METHOD:** The questionnaires "Community Attitudes toward the Mentally Ill" (CAMI) and "Beliefs about the Relationship between Mental Illness and Crime" were applied to a general population composed of 200 people whose ages ranged between 15 and 84 ($X=39.21$, $DT=17.37$). **RESULTS:** In general, women show a more positive attitude towards people with mental disorders. People with lower levels of education are more authoritative towards the mentally ill. Psychosis is highly associated with crime whereas depression and anxiety are least associated with any crime. **CONCLUSION:** The implications of these findings are contrasted with social stigmatization. It is suggested to approach mental disorders with a more comprehensive attitude. They represent entities linked to processes of social representation and are socially and culturally determined.

KEY WORDS: Stigma, mental disorder, crime, attitudes, population.

1. Graduada en Psicología e investigadora de la Facultad de Psicología. E-mail: U0206947@uniovi.es

2. Profesora Titular de Universidad, Doctora en Psicología Social, Departamento de Psicología. E-mail: mvilla@uniovi.es

La estigmatización hacia las personas con trastornos mentales es un hecho constatado basado en un proceso de categorización social influido por la propagación de creencias estereotípicas y con raigambre sociocultural (Dovidio, Major, & Crocker, 2000). En su celeberrima aportación Goffman (1963) define el estigma como un atributo socialmente desacreditador que degrada a la persona que lo porta y que aparece por la discrepancia entre dos identidades: la “identidad social virtual”, la cual se refiere a las características que debe tener una persona según las normas de su cultura, y la “identidad social actual”, basada en el conjunto de atributos que posee realmente. Actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos negativos son constructos que participan en la definición de estigma social (Barbato, 2000; Rüsche, Matthias, Angermeyer, & Corrigan, 2006). Ciertamente, la estigmatización de un colectivo, según Link, Yang, Phelan y Collins (2004), se produce partiendo de un etiquetado cognitivo y continuando con un proceso de estereotipia, separación cognitiva, reacciones emocionales y pérdida de estatus, que puede derivar en discriminación.

Para explicar el estigma hacia las enfermedades mentales y sus consecuencias se desarrolló la “teoría del etiquetamiento” que, según Link, Struening, Cullen, Shrout y Dohrenwend (1989), muestra cómo se aprenden e interiorizan concepciones hacia los pacientes de salud mental a través del lenguaje y cómo estas concepciones se transforman en “rótulos” que sirven para etiquetar, clasificar y discriminar. Como consecuencia de etiquetar se produce una ruptura entre “nosotros” y “ellos” reflejada también a través del lenguaje (Muñoz & Uriarte, 2013). No se puede obviar que las etiquetas diagnósticas clasifican, pero, al mismo tiempo, pueden reforzar el potencial rechazo y la exclusión (Angermeyer & Schulze, 2001; Gray, 2002). El problema reside en la conversión de los diagnósticos en una

metáfora difamatoria en los términos expuestos por Autonell, Ballús-Creus y Busquets (2001). De este modo, tal y como recogen Muñoz, Sanz y Pérez-Santos (2011), cabe diferenciar tres niveles respecto al estigma hacia este grupo de personas, los cuales están relacionados entre sí (Corrigan & Watson, 2004; Livingston & Boyd, 2010; Ritsher & Phelan, 2004). El primero de ellos es el nivel estructural referido a las instituciones que hace alusión a cuestiones legales y sociopolíticas (Corrigan, Roe, & Tsang, 2011). El segundo de los niveles es el social, que corresponde al que mantiene la población general hacia los distintos grupos estigmatizados. Por último, encontramos el nivel internalizado, el cual suele ser denominado auto-estigma y se refiere a los estereotipos y prejuicios que los enfermos mentales tienen hacia sí mismos y que suele causar autoestima y auto-eficacia bajas (Muñoz & Uriarte, 2013; Yang et al., 2013).

Se sigue constatando que las personas con trastornos mentales representan un colectivo al que se dirige cierto rechazo social, de modo que han estado ligadas a un proceso de estigmatización, así como a conductas negativas y prejuicios (Ruiz et al., 2012). Como recogen Muñoz, Pérez-Santos, Crespo, Guillén e Izquierdo (2011), los estereotipos más comunes referidos a la enfermedad mental son la peligrosidad, la violencia, la impredecibilidad y debilidad de carácter, la responsabilidad sobre la enfermedad y la incompetencia en los autocuidados (Crespo, Guillén, Muñoz, & Pérez-Santos, 2008). El conjunto de reacciones negativas derivadas del estigma produce que el bienestar de las personas que sufren una enfermedad mental se vea mermado, así como su adaptación e integración, de acuerdo con Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillén (2009). Este rechazo en ocasiones puede incluso causar más sufrimiento que la propia enfermedad y sus síntomas (Corrigan, Kerr, & Knudsen, 2005; López et al., 2008; Penn & Wykes,

2003), de modo que el desconocimiento de las enfermedades mentales y de las personas que las padecen, su sintomatología, su evolución y su tratamiento, favorece la aparición de prejuicios en la población general (Ruiz et al., 2012). Otras condiciones que también favorecen el estigma hacia estas personas son las propias etiquetas diagnósticas, las estancias prolongadas o reiteradas en instituciones, así como las consecuencias corporales y conductuales derivadas de la medicación (González, 2009).

El estigma asociado a las personas con enfermedades mentales se muestra como una expresión social, aunque, en varios estudios, se alude a la implicación de variables personales, como el sexo, la edad, el nivel de estudios o el contacto con personas con este tipo de trastornos (López et al., 2008). Así, respecto al sexo, los resultados muestran que los hombres, por lo general, perciben las enfermedades mentales de un modo más negativo que las mujeres, las cuales suelen mostrar menos prejuicios y actos de discriminación (Corrigan & Watson, 2007). Esto podría explicarse por la mayor empatía social de las mujeres (Schieman & Van Gundy, 2000), que suelen mostrarse más abiertas a la integración de estos colectivos, aunque manifiestan, a su vez, más sentimientos negativos como miedo o evitación (Ewalds-Kvist et al., 2013). En todo caso, estos resultados han sido contradichos por otros estudios (Angermeyer & Dietrich, 2006; Man & Himelein, 2001; Watson, Miller, & Lyons, 2005), de ahí que resulte una cuestión controvertida. A partir del análisis de otra variable sociodemográfica como la edad se ha comprobado que a más edad se manifiestan más conductas negativas (Campo, Yllá, Gonzalez-Pinto, & Bardají, 2010) y, por lo general, los sujetos con enseñanzas elementales tienden más al rechazo y a la segregación (Vezzoli et al., 2001). Sin embargo, la variable que ha mostrado más diferencias significativas en muchos estudios ha sido el contacto con

enfermos mentales o la familiarización con ellos (Crisp, Gelder, Goddard, & Meltzer, 2005), de modo que muestran comportamientos y visiones más positivas (Autonell et al., 2001; Vezzoli et al., 2001). De hecho, es una de las estrategias más eficaces para combatir el estigma, reduciendo prejuicios y estereotipos (Couture & Penn, 2003).

De acuerdo con Byrne (2001), los pacientes de salud mental experimentan consecuencias internas (ocultamiento, baja autoestima y vergüenza) y, al mismo tiempo, consecuencias externas refiriéndose a la exclusión social, al prejuicio y a la discriminación. Como consecuencia pueden tender al aislamiento, invisibilidad y silencio al no sentirse integrados en la sociedad, quedando afectadas sus oportunidades vitales, las cuales se ven reducidas considerablemente (Hinshaw, & Stier, 2008).

Se ha demostrado, además, que la calidad del cuidado médico es inferior para las personas con enfermedades mentales diagnosticadas (Desai, Stefanovics, & Rosenheck, 2005; Druss, Zhao, von Esenwein, Morrato, & Marcus, 2011) y que el estigma es una de las principales causas por las que estas personas no acuden a profesionales para buscar tratamiento, o no se adhieren correctamente a él, entorpeciendo la recuperación (Beldie et al., 2012; Hatzenbuehler, Phelan, & Link, 2013; Rivera-Segarra & Ramos-Pibernus, 2013). Justificación de esto es el “miedo al diagnóstico” o “lo que otros pudieran pensar” (Vicente, Kohn, Saldivia, Rioseco, & Torres, 2005). Los trastornos mentales suelen recibir un trato muy distinto a otro tipo de enfermedades, teniendo esto consecuencias no solo en los recursos destinados para el tratamiento, sino que un riesgo es que los propios profesionales presenten un desconocimiento sobre los determinantes sociales de la salud (Ramos-Pibernus et al., 2014) e incluso incurran en un proceso de estigmatización (Polanco-Frontera et al., 2013; Romero, 2010).

Como consecuencia de todo lo anterior las personas con trastornos mentales tienden al ocultamiento de su enfermedad, lo cual produce a nivel cognitivo un efecto rebote consistente en que el paciente *piense todo el día en su enfermedad*, de acuerdo con Magallares (2011). Los pacientes no se sienten cómodos compartiendo su enfermedad con superiores, compañeros y demás personas (Putman, 2008), lo cual puede definirse como *estigma anticipatorio*, es decir, dan por hecho que van a ser despreciados por su enfermedad y anticipan vivencias de rechazo social (Link, Struening, Neese, Asmussen, & Phelan, 2001; Markowitz, 1998; Ritsher, & Phelan, 2004). Por otra parte, no solo las personas con enfermedad mental sufren estigma, sino que este se extiende a su entorno más cercano, la familia, que puede ser víctima también de la exclusión y rechazo (Corrigan, & Miller, 2004).

No todos los trastornos mentales tienen asociado el mismo nivel de prejuicios, estereotipos y conductas de discriminación (Crespo et al., 2008; Mukherjee, Fialho, Wijetunge, Checinski, & Surgenor, 2002). Los más afectados por estigma son los trastornos psicóticos en contraposición a las afectaciones emocionales (Granello, & Wheaton, 2001). Aunque es cierto que los trastornos psicóticos tienden más a la conducta disruptiva, los trastornos del estado de ánimo tienen más prevalencia en la población y por tanto su situación está más normalizada, tal y como expone Magallares (2011). El aprendizaje a través de siglos de creencias erróneas sobre los trastornos mentales, ya sea a través del contacto social o de los medios de comunicación, ha causado que comúnmente, y por encima de otras caracterizaciones, se asocien con la peligrosidad y la violencia (Angermeyer, Beck, & Matschinger, 2003; Arboleda-Flórez, 2005; Crisp et al., 2005; Corrigan, Watson, & Ottati, 2003; Haghghat, 2001; Muñoz, & Uriarte, 2013). Esta concepción

de violencia, que afecta sobre todo a la esquizofrenia y otros trastornos mentales graves, ya sea puntual o repetida, se gesta asociada a la comisión de un acto violento grave o extraño cometido por un enfermo mental, extendiéndose así a todos los demás (Angermeyer, & Schulze, 2001; Arboleda-Flórez, 2003; Swanson et al., 2002). Los datos muestran, no obstante, que la peligrosidad de estos pacientes es muy pequeña en comparación con el resto de la población (Velandia, 1996). Por ejemplo, según datos de la Confederación Española de Familiares y personas con Enfermedad Mental en 2011 el porcentaje de psicóticos o esquizofrénicos que había cometido un acto violento era de tan solo un 3%, muchos de los cuales estaban provocados por la falta de atención clínica o el descuido en el tratamiento (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2015). Las personas con esquizofrenia contribuyen a la violencia menos de un 5% del total, bien es cierto que este dato puede estar incluso sobrestimado al no poder controlarse todos los factores en los estudios sobre el tema (Appelbaum, 2006; Fazel, & Grann, 2006). Varios estudios muestran, en contra de la creencia social de que los enfermos mentales son violentos, que suelen ser víctimas de ellos (La Gaebel, Zäske, & Baumann, 2006; Stuart, 2003).

La población general asocia estereotípicamente violencia y peligrosidad con trastornos mentales (Monsalve, 2011), si bien no pueden establecerse asociaciones tan simples ya que, aunque es innegable que hay pacientes que cometen delitos y delincuentes que padecen enfermedades mentales, el problema reside en que no está tan clara la vinculación de la enfermedad mental en la comisión de un delito. En el estudio de Peterson, Skeem, Kennealy, Bray y Zvonkovic (2014) se refleja que solo un 7,5% de los delitos cometidos por personas con trastornos mentales se asocian con los síntomas de la enfermedad. Estos autores analizaron 429 delitos cometidos por personas con

trastornos mentales y concluyeron que un 3% de los delitos se relacionaban con síntomas de la depresión mayor, un 4% con síntomas esquizofrénicos y un 10% con síntomas de trastorno bipolar. Extrayendo datos del estudio de Chiswick (2003), se puede concluir que las personas con trastornos mentales participan en delitos de importancia menor y, en el caso de presentar conductas violentas, suelen ser en su entorno más cercano. Además, los pacientes que abusan de sustancias psicoactivas y aquellos con personalidad antisocial están más relacionados con la delincuencia que los que presentan trastornos mentales graves (Monsalve, 2011).

Fundamentado lo anterior, el primer objetivo del presente trabajo es estudiar las actitudes hacia los trastornos mentales en población general y comprobar si existen diferencias significativas en cuanto a sexo, edad, nivel de estudios y la familiarización con personas diagnosticadas con una enfermedad mental. Por otro lado, se propone investigar la asociación percibida entre trastornos mentales y comisión de delitos en general, y más detalladamente si se asocia cierto delito a algunos trastornos mentales más que a otros. Se parte de la hipótesis de que los hombres obtendrán puntuaciones mayores en la percepción del estigma asociado a los trastornos mentales, así como las personas mayores, las personas con un nivel de estudios bajo y aquellos que no tengan o hayan tenido contacto con personas con diagnóstico de enfermedad mental. La segunda hipótesis que se propone es la mayor estigmatización en los trastornos psicóticos, así como en la esquizofrenia, suponiendo que obtendrán mayores puntuaciones en relación a su asociación con delincuencia.

MÉTODO

Participantes

La muestra está formada por 200 personas de nacionalidad española pertenecientes a

la población general que accedieron a participar en el estudio. El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional u opinático, atendiendo a criterios de conveniencia, a través de la publicación de los cuestionarios en las redes sociales y la facilitación a contactos. El rango de edad varía desde los 15 hasta los 84 años ($X= 39.21$, $DT= 17.37$), siendo la media de 40.08 años para las mujeres y de 37.34 años en el caso de los hombres, todos residentes en el territorio español. Respecto al nivel de estudios de los participantes la mayoría de ellos tienen estudios universitarios (76%), seguidos de aquellos que tienen estudios a nivel de Bachiller o Formación profesional (21.5%). Del total de la muestra el 80% reportan conocer a alguna persona diagnosticada de una enfermedad mental.

Instrumentos de medida

Dado el interés investigador se ha empleado la escala validada Community Attitudes toward the Mentally Ill, CAMI (Taylor, & Dear, 1981), versión abreviada, revisada y actualizada de la escala Opinions about Mental Illness. Las propiedades psicométricas del instrumento mostraron una alta consistencia en cuatro factores: Autoritarismo ($\alpha=.68$), Benevolencia ($\alpha=.76$), Restricción social ($\alpha=.80$) e Ideología de la salud mental en la comunidad ($\alpha=.88$). Para la muestra de este trabajo se ha obtenido para los cuatro factores del CAMI una adecuada consistencia interna, calculada con el alfa de Cronbach, de .69 para Autoritarismo, .70 para Benevolencia, .76 para Restricción social y .83 para Ideología de la salud mental en la comunidad. Es una escala compuesta por 40 ítems, valorados en una escala Likert de cinco puntos (desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo). Cada uno de los factores nombrados anteriormente contiene diez declaraciones referentes a las opiniones sobre la manera de tratar y cuidar a las personas con una enfermedad mental grave. La subescala de Autoritarismo evalúa las opiniones acerca de las personas con

trastornos mentales como una clase inferior a los individuos sanos. La subescala de Benevolencia valora las actitudes de acogida hacia los pacientes, pero que pueden llegar a una actitud paternalista. La subescala de Restricción social evalúa el peligro para la sociedad y sugiere que la gente con trastornos mentales se debe limitar, tanto antes como después de la hospitalización. Y, por último, la subescala de Ideología de la salud mental en la comunidad explora las actitudes y creencias relacionadas con la inserción de las personas con trastornos mentales en la comunidad y en la sociedad en general.

El *Cuestionario de creencias sobre la relación entre enfermedad mental y delito* se ha empleado para evaluar las creencias existentes en cuanto a la relación entre trastornos mentales y delito. Se trata de un cuestionario construido *ad hoc* por los investigadores con validación inter-jueces integrado por ocho preguntas que conforman un único factor, con una alta consistencia interna obteniéndose un valor del alfa de Cronbach de .90. Cada una de las preguntas vincula una enfermedad mental - entre los que se encuentran la esquizofrenia, el trastorno depresivo, el trastorno bipolar, el trastorno de personalidad, el trastorno sexual (exhibicionismo, voyeurismo, fetichismo, masoquismo, sadismo), el trastorno del control de impulsos (cleptomanía, ludopatía, piromanía), el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno psicótico- con la asociación percibida con diversos delitos. En cada pregunta se establece que ante un determinado diagnóstico se puntúe en una escala Likert de cinco puntos (“poco probable” a “muy probable”), la probabilidad que los participantes creen que se puede cometer once tipos de delito: delitos contra la seguridad colectiva (contra la salud pública, seguridad vial), delitos de homicidio y sus formas, delitos de lesiones, delitos contra la libertad (amenazas, coacciones), delitos de torturas e integridad moral, delitos de agresiones o abusos sexuales, delitos

contra las relaciones familiares (contra derechos y deberes familiares), delitos contra el patrimonio y orden socioeconómico (hurto, robo, usurpación, defraudaciones, daños), delitos contra los derechos de los trabajadores, delitos contra la administración de justicia (acusación y denuncia falsa, quebrantamiento de condena) y delitos contra el orden público (atentado contra la autoridad). Se eligieron en particular estos once delitos debido a que son los que, según la estadística de condenados adultos del año 2014 realizada por el Instituto Nacional de Estadística del Gobierno de España, registraron más de mil condenados.

Se ha incluido una *pregunta informativa* de respuesta dicotómica para solicitar información sobre si los participantes tienen o no algún conocido con diagnóstico de enfermedad mental.

Procedimiento y Análisis de datos

Para la recopilación de datos, los instrumentos utilizados se aplicaron bajo el modelo de auto-reporte online, cuyo enlace se mantuvo activo 24 de febrero de 2016 y la fecha de clausura el 22 de marzo de 2016, firmando los participantes un acuerdo de consentimiento. Este tipo de acceso *on line* a la muestra es cada vez más empleado ya que ofrece nuevas posibilidades de muestreo y presenta ventajas como la disminución de los efectos de deseabilidad social, si bien se ha de tratar de optimizar la accesibilidad (véase Eiroá, Fernández y Pérez, 2008). Se ha garantizado el anonimato de los participantes y se aportó una declaración de responsabilidad sobre el empleo de las respuestas aportadas para fines exclusivos de investigación. La investigación fue aprobada por un Comité de Ética Científica integrado por tres expertos en la materia y contó con una valoración favorable mediante acuerdo interjueces de los objetivos del estudio y de los instrumentos de evaluación empleados.

Se ha realizado estadística descriptiva mediante frecuencias, medias y desviación estándar. Para evaluar la consistencia interna del instrumento se escogió el alfa de Cronbach. La comparativa de grupos se hizo con dos tipos de técnicas: T de Student y análisis de varianza (ANOVA) y empleando un contraste *post hoc* Scheffé ya que se cumplía para todos los casos el supuesto de homocedasticidad. Asimismo, se ha empleado un análisis de varianza de medidas repetidas para determinar la asociación entre cada delito concreto a una determinada enfermedad. Para el procesamiento de los datos y su análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 19.

RESULTADOS

Se ha comprobado que existen diferencias significativas según el sexo en el factor "Benevolencia" ($t(198) = 3.19, p = .002$) con puntuaciones más elevadas en el caso de las mujeres y con un tamaño del efecto pequeño, de modo que las mujeres presentan mayores actitudes de acogida hacia las personas con trastornos mentales. No se han confirmado diferencias significativas en el resto de puntuaciones comparadas (factores del CAMI e ítems generales por enfermedad).

En cuanto a la edad, se obtuvieron diferencias significativas en el factor de "Ideología de la Salud Mental en la Comunidad" entre los grupos comparados ($F(2,20)5.37, p=.005$). Con el contraste *post hoc* utilizado, Scheffé, se observó que la diferencia existente se daba entre el grupo de edad que tienen entre 25 y 50 años y los mayores de 50 años ($p=.007$) obteniendo estos mayores puntuaciones. También se encontraron diferencias entre al menos dos grupos al comparar la media en "Bipolaridad" con la edad ($F(2,197)4.86, p=.009$), concentrándose las diferencias entre los menores de 25 años y los mayores de 50 años ($p=.028$) y entre los de 25 a 50 años y los mayores de 50 años ($p=.028$). La misma tendencia se ha confirmado al

explorar el indicador de "Ansiedad" ($F(2,197)4.28, p=.015$).

Para la variable sociodemográfica "Nivel de estudios" se ha confirmado la existencia de diferencias significativas entre las personas con nivel de bachiller/FP o inferior y las personas con nivel universitario en el factor "Autoritarismo" ($t(198)=1.98, p=.049$) con actitudes más negativas a menor nivel de estudios.

Al comparar según la variable "Contacto" las puntuaciones en los factores del CAMI y en los ítems generales por enfermedad se observa que no existen diferencias entre las medias de los dos grupos, salvo en el factor "Ideología de la Salud Mental en la Comunidad" la cual resulta significativa ($t(61.523)=2.05, p=.044$) con un tamaño del efecto pequeño, de modo los participantes que han tenido contacto con personas con trastornos mentales presentan actitudes más favorables a su inserción en la comunidad y en la sociedad en general, frente a quienes no lo han tenido.

Se realizaron comparaciones intragrupal por tipo de enfermedad en los diferentes delitos, resultando la tabla de asociación en la que se relacionan ocho tipos de trastornos mentales y once tipos de delito y que expresa los porcentajes de probabilidad de comisión de determinado delito en cada una de las enfermedades (véase Tabla 1).

Para la esquizofrenia el delito que los participantes en el estudio consideran que se cometerá con mayor probabilidad es el de *lesiones*, el 53.5% de los encuestados creen que existe la probabilidad de que una persona con esquizofrenia cometa este delito. También es el que obtiene porcentajes más altos respecto a los otros delitos en depresión, con un 36%, en el trastorno de personalidad, con un 36% también y en el trastorno psicótico con 52.5%. A su vez, el 40% de los participantes respondieron que las personas con

Trastorno bipolar sería probable que cometieran un *delito contra las relaciones familiares* (contra los derechos y deberes familiares) superando este porcentaje a los de los demás delitos. Es el caso también del trastorno de personalidad, el cual obtiene un 36% de probabilidades. El *trastorno sexual* es puntuado por el 71.5% de la muestra con probabilidad de comisión de un delito de

agresiones o abusos sexuales. Para personas con trastorno del control de impulsos, sin embargo, el 72% de los encuestados respondieron que es probable que cometan un *delito contra el patrimonio y el orden socioeconómico*. Por último, la ansiedad obtuvo un 39.5% en *delito contra la libertad* (amenazas, coacciones).

TABLA 1.

Tabla de contingencia Trastornos mentales y delitos.

	Esquizofrenia	Depresión	Bipolaridad	T. Personalidad	T. Sexual	T. Control Impulsos	T. Ansiedad Generalizada	T. Psicótico
Contra la seguridad colectiva	29%	15%	34.5%	29.5%	40%	51%	14%	47.5%
Homicidio y sus formas	27.5%	21%	29%	24%	22.5%	20.5%	7%	46%
Lesiones	53.5%	36%	38%	36%	42.5%	32.5%	19.5%	52.5%
Contra la libertad (amenazas, coacciones)	28.5%	9%	36%	32.5%	47.5%	34%	39.5%	47%
Torturas e integridad moral	12%	6.5%	25.5%	23.5%	48%	15.5%	9%	41.5%
Agresiones o abusos sexuales	14.5%	3.5%	20%	25.5%	71.5%	11.5%	5%	35.5%
Contra las relaciones familiares	38%	30%	40%	36%	37.5%	41%	22.5%	49%
Contra el patrimonio y orden socioeconómico	14%	5%	19.5%	20.5%	7%	72%	7.5%	32.5%
Contra los derechos de los trabajadores	8%	3%	10.5%	13%	11%	14.5%	5.5%	19.5%
Contra la administración pública	15%	7%	16.5%	21%	15.5%	26%	6%	26%
Contra el orden público	23%	5.5%	24%	23.5%	19%	33%	8.5%	35.5%

Respecto a las asociaciones de los delitos con las enfermedades, los resultados del análisis de varianza de medidas repetidas muestran datos interesantes, obteniendo un tamaño del efecto muy alto para todas las comparaciones ($d=.833$). En referencia al *delito contra la seguridad*, las enfermedades mentales que más se asocian a él son el trastorno del control de impulsos, aunque no difiere significativamente del trastorno sexual ($p=.534$), y el trastorno psicótico que, además de con el trastorno del control de impulsos ($p=1$), tampoco presenta diferencias significativas con el trastorno sexual ($p=.197$), pero sí con el resto. Los

trastornos mentales que se asocian menos a este delito son la depresión y la ansiedad.

Para el *delito de homicidio* y sus formas, la enfermedad que más se asocia es el trastorno psicótico, existiendo diferencias significativas con el resto de enfermedades ($p<.01$) Por el contrario, la enfermedad menos asociada a este delito es la ansiedad, la cual también difiere significativamente con todas las demás enfermedades ($p<.01$).

Los resultados obtenidos para el tercer delito, lesiones, muestran mayor asociación significativa con la esquizofrenia y el

trastorno psicótico por encima del resto de enfermedades ($p < .05$). De la misma forma, muestran cómo la ansiedad es con la que menos se asocia.

Las enfermedades más asociadas al delito *contra la libertad* (amenazas y coacciones) resultaron ser el trastorno sexual y el trastorno psicótico, obteniendo diferencias significativas con el resto de enfermedades ($p < .05$). Sin embargo, las menos asociadas fueron la depresión y la ansiedad, también con diferencias significativas respecto al resto.

Respecto al siguiente delito, *torturas e integridad moral*, resultó que las enfermedades más asociadas fueron las mismas que para el anterior, el trastorno sexual y el trastorno psicótico, con diferencias significativas con el resto ($p < .05$). Las menos asociadas también coinciden con las del anterior delito, siendo depresión y ansiedad, ambas difiriendo significativamente de todas las demás.

El trastorno sexual también fue el más asociado al delito de *agresiones o abusos sexuales*, ya que obtuvo diferencias significativas con las otras enfermedades

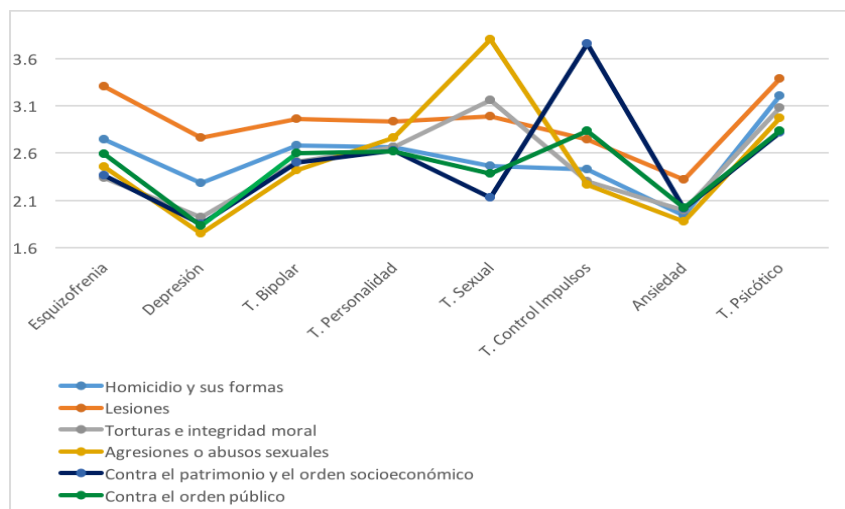
mentales. Las menos asociadas, con diferencias significativas respecto al resto ($p < .05$), fueron depresión y ansiedad.

Todas las enfermedades, exceptuando la depresión y la ansiedad, tienen una media parecida, por lo que no existen diferencias significativas entre ellas y no puede establecerse que haya una asociación más fuerte que otra al delito contra las relaciones familiares (contra los derechos y deberes familiares). Sí es posible establecer que la depresión y la ansiedad son las enfermedades que menos se asocian a este delito, difiriendo significativamente con las demás ($p < .05$).

Para el delito *contra el patrimonio y orden socioeconómico* (hurto, robo, usurpación, defraudaciones daños), se asocia más, respecto a las demás enfermedades, el trastorno del control de impulsos, con diferencias significativas. Las menos asociadas son depresión y ansiedad, aunque la ansiedad no difiere significativamente del trastorno sexual (véase Figura 1).

FIGURE 1.

Medias marginales estimadas de cada enfermedad mental para los delitos de homicidio, lesiones, torturas e integridad moral, agresiones o abusos sexuales, contra el patrimonio y el orden socioeconómico y delito contra el orden público.



El delito contra los derechos de los trabajadores es valorado por los participantes como más asociado al trastorno de personalidad, al trastorno del control de impulsos y al trastorno psicótico, con diferencias respecto al resto de enfermedades que resultaron significativas ($p < .05$). La enfermedad que menos ha sido asociada con este delito fue la depresión de manera significativa ($p < .05$).

En referencia al delito contra la administración de justicia (acusación y denuncia falsa, quebrantamiento de condena) se asocia más con el trastorno de personalidad, con el trastorno del control de impulsos (que no difiere significativamente

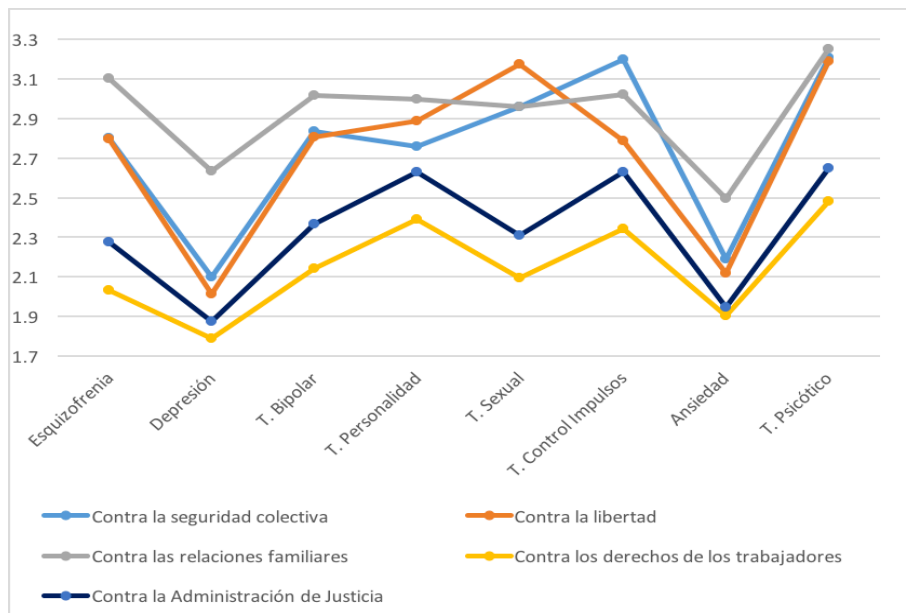
de la bipolaridad, pero sí del resto) y con el trastorno psicótico. Por el contrario, con depresión y ansiedad es con quien menos se le asocia significativamente ($p < .05$).

Por último, el delito contra el orden público (atentado contra la autoridad) no se puede hablar de una enfermedad más asociada ya que ninguna muestra diferencias significativas respecto al resto, excepto depresión y ansiedad, siendo estas las que menos se asocian a este delito.

Las medias en el resto de delitos, considerados como menos violentos, se muestran en la Figura 2.

FIGURE 2.

Medias marginales estimadas de cada enfermedad mental para otros delitos (contra la seguridad colectiva, la libertad, las relaciones familiares, los derechos de los trabajadores y la Administración de Justicia).



DISCUSIÓN

El primero de los objetivos planteados consistía en comprobar si existen diferencias significativas en las actitudes hacia personas con trastornos mentales en población general respecto al sexo, la edad, el nivel de estudios y el contacto o no con pacientes de salud mental.

Se han encontrado diferencias intergénero en las actitudes hacia la enfermedad mental, de manera que las mujeres puntúan más alto en *Benevolencia*, de modo que muestran mayor sensibilización y una visión menos estereotipada sobre los trastornos mentales, como se sugería en otras investigaciones (Corrigan, & Watson, 2007; Schieman, & Van Gundy, 2000).

Para la edad, se obtienen puntuaciones más altas en *Ideología de la salud mental en la comunidad* (CMHI) en los mayores de 50 años, difiriendo significativamente de las personas de entre 25 y 50 años, pero sin que se confirmen las diferencias respecto a los menores de 25 años. Esto sugiere que los dos grupos extremos, los menores de 25 años y los mayores de 50 años, tienen una actitud más positiva hacia la inserción de las personas con trastornos mentales. La literatura refería que, a mayor edad, existía mayor estigma (Campo et al., 2010), sin embargo, estos resultados explicitan que son los adultos entre 25 y 50 años los que presentan mayor discriminación. Del mismo modo, se encontraron diferencias significativas según el nivel de estudios para el factor *Autoritarismo*, siendo más autoritarios aquellos con menor nivel de estudios, dato documentado en la literatura con anterioridad.

En investigaciones previas (Autonell et al., 2001; Crisp et al., 2005; Vezzoli et al., 2001) se demostró que el contacto con pacientes de salud mental favorecía la actitud positiva que se mostraba hacia ellos. Esta tendencia se ha confirmado parcialmente en este estudio ya que las personas que reportaron contacto mostraron una disposición más favorable a que estas personas fueran integradas en la comunidad y en la sociedad en general.

Respecto a la percepción de asociación entre enfermedades mentales y delitos, se ha comprobado que siete de los once delitos se perciben asociados con la psicosis en mayor proporción que con el resto de enfermedades. Estos siete delitos fueron contra la seguridad colectiva (salud pública, seguridad vial), homicidio y sus formas, lesiones, contra la libertad (amenazas, coacciones), torturas e integridad moral, contra los derechos de los trabajadores y contra la administración de justicia (acusación y denuncia falsas, quebrantamiento de condena). Entre estos delitos que se asocian a la psicosis están algunos de los que implican más violencia,

como puede ser el homicidio, lesiones, amenazas y torturas, evidenciándose lo que la literatura recogía sobre asociación de esta enfermedad con la violencia. Asimismo, se ha hallado que el trastorno del control de impulsos (cleptomanía, ludopatía, piromanía) se percibía con mayor asociación a cuatro delitos: contra la seguridad colectiva, contra el patrimonio y el orden socioeconómico (hurto, robo, usurpación, defraudaciones, daños), contra los derechos de los trabajadores y contra la administración de justicia. El trastorno sexual fue vinculado a delitos contra la libertad (amenazas, coacciones), torturas e integridad moral y agresiones y abusos sexuales, los tres ampliamente unidos con violencia. Respecto al trastorno de personalidad y a la esquizofrenia se asociaron al delito contra los derechos de los trabajadores y al delito contra la administración de justicia, respectivamente. En el caso de la esquizofrenia comparativamente se asoció más al delito de lesiones, contradiciendo lo que reportaban investigaciones previas sobre la mayor asociación con violencia y delito (DePonte, Bird, & Wright, 2000). Por último, cabe mencionar que, para todos los delitos, la ansiedad y la depresión fueron los trastornos con menos asociación percibida a los delitos. Esto puede explicarse en parte porque existe mayor prevalencia de estas enfermedades y la población muestra mayor aceptación social (Granello, & Wheaton, 2001; Magallares, 2011).

Finalmente, como limitaciones de este trabajo se incide en el hecho de que la selección de la muestra no es aleatoria, con lo cual los resultados obtenidos no pueden ser extrapolados a toda la población. Por otro lado, el estudio es de tipo transversal, de ahí que presente limitaciones tales como la imposibilidad de establecer causalidad o la dificultad para establecer valores basales para su comparación entre poblaciones y periodos de tiempo, entre otras. Además, debido a la sensibilidad del tema tratado puede suponerse cierto sesgo de deseabilidad social.

Dadas las múltiples consecuencias derivadas de las creencias distorsionadas acerca de la vinculación entre trastornos mentales y la comisión de delitos y por las implicaciones sobre el proceso de estigmatización, máxime en una sociedad como la nuestra de *psicopatologización de la vida cotidiana* (Moral, 2008), se aboga por la conveniencia de considerar los trastornos mentales desde una perspectiva más comprensiva e integral dado que representan entidades ligadas a los procesos de representación social y están determinadas social y culturalmente.

REFERENCIAS

- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 163-179. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x
- Angermeyer, M. C., & Schulze, B. (2001). Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10(1), 1-7. doi: 10.1017/S1121189X00008472
- Angermeyer M. C., Beck, M., & Matschinger, H. (2003). Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 663-668.
- Appelbaum, P. S. (2006). Violence and mental disorders: data and public policy. *The American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1.319-1.321.
- Arboleda-Flórez, J. (2003). Considerations on the stigma of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 645-650.
- Arboleda-Flórez, J. (2005). Stigma and discrimination: an overview. *World Psychiatry*, 4(1), 8-10.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2015). El trato de la Salud Mental en los medios de comunicación. Recuperado el 23 de marzo de 2016, de: <https://amusm.org/2015/11/27/el-trato-de-la-salud-mental-en-los-medios-de-comunicacion/>
- Autonell, J., Ballús-Creus, C. y Busquets, E. (2001). Estigma de la esquizofrenia: factores implicados en su producción y métodos de intervención. *Aula Médica Psiquiátrica*, 1, 53-68.
- Barbato, A. (2000). Consequences of schizophrenia: A public health perspective. *World Association for Psychosocial Rehabilitation Bulletin*. 21, 6-7.
- Beldie, A., den Boer, J. A., Brain, C., Constant, E., Figueira, M. L., Filipic,

- I.,...,Wancata, J. (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1-38. doi: 10.1007/s00127-012-0491-z.
- Byrne, P. (2001). Psychiatric stigma. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 281-284. doi: 10.1192/bjp.178.3.281
- Campo, I., Yllá, L., González-Pinto, A. y Bardají, P. (2010). Actitud de la familia hacia el enfermo mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(1), 57-64.
- Chiswick, D. (2003). Asociación entre trastorno psiquiátrico y delito. En M.G. Gelder, J.J. López Ibor y N. Andreasen (Eds.), *Tratado de psiquiatría III*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Corrigan, P. W., & Miller, F. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13(6), 537-548. doi: 10.1080/09638230400017004
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2004). At issue. Stop the stigma: Call mental illness a brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 477-479.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43: 439-458. doi: 10.1007/s10597-007-9084-9
- Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179-190. doi: 10.1016/j.appsy.2005.07.001
- Corrigan, P. W., Roe, D., & Tsang, H. W. H. (2011). *Challenging the stigma of mental illness: lessons for therapists and advocates*. New York: Wiley and Sons.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Ottati, V. (2003). From Whence Comes Mental Illness Stigma? *International Journal of Social Psychiatry*, 49(2), 142-157. doi: 10.1177/0020764003049002007
- 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. doi: 10.1080/09638231000118276
- Crespo, M., Pérez-Santos, E., Muñoz, M., & Guillén A. I. (2008). Descriptive study of stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain). *Community Mental Health Journal*, 44, 393-403. doi: 10.1007/s10597-008-9142-y
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the changing minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4(2), 106.
- DePonte, P., Bird, L., & Wright, S. (2000). *Pull Yourself Together! A Survey of the Stigma and Discrimination Faced by People Who Experience Mental Distress*. London: Mental Health Foundation.
- Desai, R. A., Stefanovics, E. A., & Rosenheck, R. A. (2005). The role of psychiatric diagnosis in satisfaction with primary care: Data from the Department of Veterans Affairs. *Medical Care*, 43(12), 1208-1216.
- Dovidio, J., Major, B., & Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. In T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl and J.G. Hull (Eds.), *The Social Psychology of stigma* (pp. 1-28). New York: Guilford Press.
- Druss, B. G., Zhao, L., von Esenwein, S., Morrato, E. H., & Marcus, S. C. (2011). Understanding excess mortality in persons with mental illness: 17 year follow up of a nationally representative US survey. *Medical Care*, 49(6), 599-604. doi: 10.1097/MLR.0b013e31820bf86e
- Eiroá, F., Fernández, I. y Pérez, P. (2008). Cuestionarios psicológicos e investigación en Internet: una revisión

- de la literatura. *Anales de Psicología*, 4(1), 150-157.
- Ewalds-Kvist, B., Högberg, T., & Lützn, K. (2013). Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67, 360-368. doi: 10.3109/08039488.2012.748827
- Fazel, S., & Grann, M. (2006). The Population Impact of Severe Mental Illness on Violence. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1.397-1.403.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- González, O. (2009). Enfermedad mental, estigma y legislación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 471-478.
- Granello, D., & Wheaton, J. (2001). Attitudes of undergraduate students towards persons with physical disabilities and mental illnesses. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 32, 9-16.
- Gray, A.J. (2002). Stigma in Psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 72-76. doi: 10.1258/jrsm.95.2.72
- Haghighat, R. (2001). A Unitary Theory of Stigmatisation. Pursuit of Self-interest and Routes to Destigmatisation. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 207-215. doi: 10.1258/jrsm.95.2.72
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. doi: 10.2105/AJPH.2012.301069
- Hinshaw, S., & Stier, A. (2008). Stigma as related to Mental Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 367-93. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245
- La Gaebel, W., Zäske, H., & Baumann, A. (2006). The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 41-45. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00716.x
- Link, B., Yang, L., Phelan, J., & Collins, P. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 511-541.
- Link, B., Cullen, F., Struening, E., Shrout, P., & Dohrenwend, B. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 400-423. doi: 10.2307/209561
- Link, B., Struening, E., Neese, T., Asmussen, S., & Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 1621-1626. doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1621
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71, 2150-2161. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.
- Magallares, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicología*, 13(2), 7-17. doi: 10.5565/rev/qpsicologia.816
- Man, C. E., & Himelein, M. J. (2001). Factors Associated with Stigmatization of Persons with Mental Illness. *Psychiatric Services*, 55(2), 185-187. doi: 10.1176/appi.ps.55.2.185
- Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-347.

- Monsalve, M. H. (2011). Enfermedad mental y delito. Una perspectiva europea. *Miedo, Inseguridad y Control Social*, 161, 133.
- Moral, M.V. (2008). Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la Psicología Social de la Salud. *Boletín de Psicología*, 94, 85-104.
- Mukherjee, R., Fialho, A., Wijetunge, A., Checinski, K., & Surgenor, T. (2002). The stigmatization of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatric Bulletin*, 26, 178-81.
- Muñoz, A. A., y Uriarte, J. J. U. (2013). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6(26), 49-59.
- Muñoz, M., Sanz, M., y Pérez-Santos, E. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. Annuary of Clinical and Health Psychology*, (7), 41-50.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., y Guillén, A. I. (2009). *El estigma de la enfermedad mental*. Madrid: Ed. Complutense.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén, A. I., e Izquierdo, S. (2011). La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión. *Clínica y Salud*, 22(2), 157-173. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2011v22n2a5>
- Penn, D., & Wykes, T. (2003). Stigma, discrimination and mental illness. *Journal of Mental Health*, 12(3), 203-208. doi: 10.1080/0963823031000121579
- Peterson, J. K., Skeem, J., Kennealy, P., Bray, B., & Zvonkovic, A. (2014). How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness? *Law and Human Behavior*, 38(5), 439. doi: 10.1037/lhb0000075
- Polanco-Frontera, N., Cajigas-Vargas, I., Rivera-Segarra, E., Varas-Díaz, N., Santos-Figueroa, A., & Rosario-Hernández, E. (2013). Estigma hacia problemas de salud mental entre profesionales de la salud en adiestramiento en Puerto Rico. *Salud & Sociedad*, 4(3), 250-263.
- Putman, S. (2008). Mental illness: diagnostic title or derogatory term? (Attitudes towards mental illness). Developing a learning resource for use within a clinical call centre. A systematic literature review on attitudes towards mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 684-693. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01288.x
- Ramos-Pibernus, A., Rivera-Segarra, E., Colón-Burgos, J., González-Sepúlveda, O., Rodríguez-Díaz, C.E. y Rodríguez-Madera, S. (2014). Percepciones y experiencias sobre los determinantes sociales de la salud en una muestra de profesionales y estudiantes de Psicología y Educación para la Salud en Puerto Rico. *Salud & Sociedad*, 15(2), 194-215.
- Ritsher, J., & Phelan, J. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257-265. doi: 10.5463/sra.v1i1.9
- Rivera-Segarra, E., & Ramos-Pibernus, A. (2013). Stigma as a Social Determinant of Health: A Fundamental Cause Theory Perspective. In A. Trimboli, et al. (Eds.), *Social Inclusion Through Interdisciplinary Interventions* (pp. 1027-1030). Buenos Aires: World Federation for Mental Health.
- Romero, A. A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, (23), 289-300.
- Ruiz, M. Á., Montes, J. M., Lauffer, J. C., Álvarez, C., Mauriño, J., & de Dios Perrino, C. (2012). Opinions and beliefs of the Spanish population on serious mental illnesses (schizophrenia and

- bipolar disorder). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 98-106. doi: 10.1016/j.rpsmen.2012.01.003
- Rüsch, N., Matthias, C., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2006). El estigma de la enfermedad mental: Conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo. *European Psychiatry*, 13, 165-176.
- Schieman, S., & Van Gundy, K. (2000). The personal and social links between age and self-reported empathy. *Social Psychology Quarterly*, 63, 152-174.
- Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: An overview. *World Psychiatry*, 2, 121-124.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Essock, S. M., Osher, F. C., Wagner, H. R., Goodman, L. A., Rosenberg, S., & Meador, K. G. (2002). The Social-Environmental Context of Violent Behavior in Persons Treated for Severe Mental Illness. *American Journal of Public Health*, 92(9), 1523-1531.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225. doi: 10.1093/schbul/7.2.225
- Velandia, I. E. (1996). Actitudes hacia la enfermedad mental. *Avances en Enfermería*, 14(1), 62-74.
- Vezzoli, R., Archiati, L., Buizza, C., Pasqualetti, P., Rossi, G., & Pioli, R. (2001). Attitude towards psychiatric patients: a pilot study in a northern Italian town. *European Psychiatry*, 16(8), 451-458.
- Vicente, B., Kohn, R., Saldivia, S., Rioseco, P., & Torres, S. (2005). Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 263-270. doi: 10.1590/S1020-49892005000900006
- Watson, A. C., Miller, F. E., & Lyons, J. S. (2005). Adolescent attitudes toward serious mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(11), 769-772. DOI: 10.1097/01.nmd.0000185885.04349.99
- Yang, L. H., Valencia, E., Alvarado, R., Link, B., Huynh, N., Nguyen, K., ... & Susser, E. (2013). A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile. *Cadernos Saude Coletiva*, 21(1), 71-79.