



Violencia, Enfermedad Mental y Estigma

José J Uriarte
Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación
Hospital de Zamudio

Estigma, violencia y enfermedad mental	2
Violencia y EMG: La Criminalización de la Enfermedad Mental	2
Violencia y EMG: Enfermedad Mental y Conducta Violenta: La Realidad	2
Sociedad y Violencia: la Medicalización de la Violencia	3
Estigma, violencia y medios de comunicación	3
Conclusiones	3
Notas y Bibliografía	4

La adecuada asistencia a las personas con enfermedades mentales graves encuentra importantes barreras para su implantación y el desarrollo. Los conocimientos sobre la naturaleza de estos trastornos, son aún insuficientes, y los tratamientos disponibles no son todo lo eficaces que sería deseable. Por otra parte, la cronicidad de estos padecimientos supone la necesidad de un contacto y una terapia continuada, sujeta a avatares y cambios en el curso clínico y en la discapacidad asociada. Por otra parte, es conocido que resulta complejo aplicar de forma rutinaria la asistencia más eficaz, a causa de la resistencia de algunos servicios y profesionales y por constricciones financieras. Otro factor que limita y complica el abordaje de los trastornos mentales severos es el **Estigma** y la **discriminación** a la que se ven sometidos los pacientes.

El origen, en último término, de la discriminación, es el prejuicio. Con este término se define la actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de una forma negativa o positiva hacia el objeto del perjuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento. En nuestra sociedad existe un prejuicio negativo sobre los enfermos mentales, basado en estereotipos asumidos y compartidos de forma acrítica. Consecuencia particularmente negativa de los estigmas y prejuicios, **la discriminación determina que** individuos o grupos de una sociedad priven a otros de sus derechos o beneficios por su causa. Tal es el caso de los enfermos mentales, a los que la discriminación, basada en atribuciones sobre sus supuestas características, el etiquetado desfavorable y la culpabilización por parte de la sociedad, reporta una desventaja que se añade a la directamente derivada de su enfermedad,

“Parece que los gitanos y gitanas solamente nacieron en el mundo para ser ladrones: nacen de padres ladrones, críanse con ladrones, estudian para ladrones y, finalmente, salen con ser ladrones corrientes y molientes a todo ruedo; y la gana de hurtar y el hurtar son en ellos como accidentes inseparables que no se quitan sino con la muerte”

Miguel de Cervantes *La gitanilla* (1613)

Las últimas décadas han sido testigos de dramáticos avances científicos en la conceptualización y la terapéutica de la enfermedad mental. Al decir de la Ley General de Sanidad de 1986, las actuaciones sanitarias en el ámbito de la salud mental se enmarcan en “la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales”. Pero a pesar de la proclamada asimilación del paciente psiquiátrico a cualquier otro ciudadano que requiera intervención sanitaria, persiste el estigma que acompaña a algunas enfermedades mentales, como la esquizofrenia. Consecuencia del estigma es la insuficiente aceptación de los procesos de reforma y el modelo comunitario, derivada de que los ciudadanos, por lo general asumen su necesidad pero no facilitan en modo alguno su implantación y desarrollo si les afectan directamente o suponen que un colectivo de enfermos pase a residir o a ser atendido en su cercanía. Es la actitud denominada “Nimby” (“*Not in my backyard*”: no en mi patio) o “Span” (*Sí, pero aquí no*).



Estigma, violencia y enfermedad mental

Una parte esencial del estigma y la discriminación surge de la atribución al enfermo mental de una propensión a la violencia. La identificación entre paciente psiquiátrico y conducta violenta **imprevisible** es básica en el mantenimiento del estigma y las actitudes negativas de la población.

Esta identificación entraña dos sistemas de equivalencias excesivos. Por una parte, la **Criminalización de la Enfermedad Mental**, de manera que la Enfermedad Mental se define como Locura y ésta se asimila a la Violencia. Por otra parte, la **Medicalización de la Violencia** implica que las conductas perversas, maliciosas, la maldad, en general, no es sino una Enfermedad, en este caso, una forma de Locura.

La idea de que la violencia es una consecuencia obligada de la enfermedad mental está muy extendida entre la población y es una causa muy importante del rechazo social mostrado hacia las personas afectadas (y hacia algunos servicios comunitarios que las atienden). Para combatirla es necesario abordar seriamente una serie de cuestiones: **¿Son los Enfermos Mentales Violentos? ¿Tienen un mayor riesgo de comportarse de forma violenta que la población general? ¿Representan un Riesgo para la Seguridad de la Población?**

Violencia y EMG: La Criminalización de la Enfermedad Mental

Las conductas violentas desplegadas por los enfermos mentales revisten una serie de características especiales. Son conductas a menudo aleatorias, de manera que se producen sin un claro desencadenante o a falta de estímulos que puedan entenderse como razonables y lógicos por la población general. Además, en ocasiones son actuaciones aparentemente sin sentido, inexplicables. Todo ello hace que ciertos comportamientos violentos sean impredecibles.

La revisión de la bibliografía sobre relación entre la enfermedad mental y las conductas violentas ofrece resultados contradictorios. Se ha comunicado que la presencia de una enfermedad mental grave multiplica por 5 la probabilidad de hechos violentos en el periodo de un año (10-13% vs 2% en población sana). (Swanson, 1990). La presencia de síntomas psicóticos activos se relaciona con mayor riesgo de violencia, especialmente síntomas paranoides (amenaza-control-invasión). (Link 1992, Swanson 1996, Appelbaum 2000) La prevalencia de conducta violenta entre personas con enfermedad mental grave en la comunidad no difiere de la de la población general de similares características, en pacientes asintomáticos que no consumen drogas. (Steadman 1998).

Por otra parte, existen estudios que correlacionan negativamente el riesgo de violencia con el diagnóstico de esquizofrenia y síntomas psicóticos activos. (Monahan 2000). Asimismo, se ha señalado que el consumo de tóxicos es la variable clínica más clara y consistentemente relacionada con el riesgo de conducta violenta (Norko 2005). De hecho, el abuso de sustancias multiplica por 16 el riesgo de ser detenido y condenado por conducta violenta en las personas diagnosticadas de esquizofrenia (Wallace 2004).

La prevalencia de conducta violenta entre pacientes esquizofrénicos es de entre 3 y 56 veces mayor que la población general. (Wallace 2004)

Violencia y EMG: Enfermedad Mental y Conducta Violenta: La Realidad

La realidad sobre la relación entre la enfermedad mental y la enfermedad mental grave es que las personas que padecen estas patologías pueden cometer actos violentos de forma impredecible, de forma muy esporádica e infrecuente. Ahora bien, la mayoría de las personas con EMG no se comportan de manera agresiva o violenta. Es más frecuente que sean víctimas de la misma, hasta el punto de que según estudios recientes la frecuencia en que los enfermos mentales sufren actos violentos o delictivos multiplica por 14 la tasa de la población general (Teplin, 2005).

Los factores que se asocian de forma más constante al riesgo de conducta violenta son la coexistencia con el abuso de Alcohol y Drogas, el Incumplimiento del Tratamiento y los Antecedentes de Conducta Violenta (Stuart, 2003).

Son muchas las dificultades para detectar riesgo de conducta violenta en los pacientes. Algunas variables no relacionadas con la salud mental, como determinados condicionantes demográficos o sociales, contribuyen de forma más significativa al riesgo de violencia que las variables clínicas. El riesgo inmediato de conducta violenta puede predecirse por la presencia de síntomas psiquiátricos agudos, mientras que el riesgo a largo plazo se asocia más con variables personales e históricas. Los factores clínicos más relacionados con conducta violenta son el abuso de tóxicos y el incumplimiento del tratamiento

Aunque los resultados de los estudios son variables y controvertidos, puede concluirse que existe una asociación modesta pero real entre enfermedad mental y conducta violenta, incluso cuando se controlan las variables previas descritas. Los factores de riesgo para conducta violenta principales son ser joven, varón, estatus socioeconómico bajo, abuso de tóxicos (Norko 2005). La conducta violenta se produce más frecuentemente hacia los miembros de la familia, y en el propio hogar. Según algunos estudios (en países con una realidad social muy distinta), la contribución total a la violencia por parte de las personas con EMG es menor del 5%.

Sociedad y Violencia: la Medicalización de la Violencia

Un fenómeno común en nuestra sociedad es el de la **Banalización de la Enfermedad Mental**, en virtud del cual se identifica cualquier conducta indeseable como enfermedad. De esta manera se coloca en el mismo campo de la "salud mental", compitiendo por los mismos recursos, a conductas dudosamente clasificables como "patológicas" y a enfermedades mentales graves. En paralelo a esta actitud se produce una **desresponsabilización de las Conductas**, que reduce las conductas a meras consecuencias deterministas biológicas o psicológicas, lo que descarga a las personas de la responsabilidad sobre sus propios actos

En los últimos años se ha asentado la idea de que la psiquiatría comunitaria y la desinstitucionalización es culpable de los delitos cometidos por enfermos mentales. Fruto de este temor y de la responsabilización de los profesionales por las conductas de los pacientes es un modelo asistencial crecientemente coercitivo, con incremento de ingresos y tratamientos involuntarios, incluso en ausencia de delitos, aumento del uso de fármacos. En conjunto, en algunos países se está produciendo un peligroso deslizamiento hacia una política asistencial dirigida a contentar la "seguridad" de la población, más que el bienestar de los pacientes (Laurance, 2003).

Como señalan Thornicroft y Goldberg, en nuestra sociedad se están quebrantando los elementos para formular predicciones y para garantizar la seguridad ciudadana. A su modo de ver, *existe una ansiedad flotante que precisa cristalizar en "monstruos" concretos, que podrían ser los pedófilos o los enfermos mentales. En una sociedad, como la nuestra, que cada vez acepta menos el riesgo, estamos entrando en una época "en la que puede ser culturalmente más fácil excluir que incluir a las personas que portan un estigma asociado con algún tipo de riesgo"* (Thornicroft & Goldberg, 1998). No es extraño, por lo tanto, que existan corrientes que impulsan hacia una "asistencia dirigida por el miedo".

Estigma, violencia y medios de comunicación

Uno de los principales determinantes de la ecuación enfermedad mental = violencia que potencia el estigma son los medios de comunicación. Abundan los reportajes sensacionalistas que publican los medios de comunicación siempre que un antiguo paciente mental comete un acto violento, es común el mal uso popular y periodístico de términos psiquiátricos (como "psicótico" y "psicopático") y, por último, los medios de comunicación de masas explotan de estereotipos reduccionistas que potencian y perpetúan la estigmatización de los pacientes. A consecuencia de estas actuaciones, la opinión pública encuentra justificado su miedo y su rechazo a los enfermos mentales y trata de segregarlos de la comunidad, porque les presupone peligrosos.

Sin embargo, la realidad parece ser bien diferente, y los resultados de las investigaciones no refrendan la pretendida peligrosidad de las personas con enfermedades mentales. La realidad es que en general los actos violentos graves cometidos por personas con trastornos mentales importantes aparecen concentrados en una pequeña fracción del número total de pacientes, especialmente con problemas sobreañadidos de abuso de alcohol y tóxicos.

La mejor manera de afrontar esta situación no pasa por establecer formatos de asistencia crecientemente coercitivos sino por trabajar para eliminar la estigmatización y la discriminación, desarrollar servicios asistenciales accesibles y volcados en mantener el contacto con los pacientes así como de ofrecer intervenciones de calidad acordes con la evidencia científica (Crisp, 2000; Crisp, 2001; Byrne, 2001).

Conclusiones.

El Estigma es una barrera real para la asistencia e integración social de las personas con EMG, como la esquizofrenia, y para sus familias.

La presunta asociación entre Violencia y EMG alimenta la actitud de discriminación y temor por parte de la población general.

La medicalización de la violencia contribuye al estigma, banaliza la realidad de las personas con EMG, contribuye a la desresponsabilización y equipara maldad con locura.

Las políticas asistenciales pueden estar más preocupadas por calmar la alarma social y proteger a la población, que por procurar una asistencia correcta, normalizada y acorde con los derechos de estas personas

Los medios de comunicación son un elemento importante en la difusión de esta alarma, y la desinformación y el uso inadecuado de términos contribuye a perpetuar mitos y mantener la ignorancia

La mejor manera de luchar contra la violencia en la EMG y el estigma resultante es procurar el mejor tratamiento disponible, garantizar el contacto con los servicios de los pacientes más graves y evitar la marginalidad.



Bibliografía

- Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 566-72.
- Byrne, P. Psychiatric Stigma. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 281-284
- Crisp A. The Tendency to Stigmatise. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 197-199
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., et al. Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 4-7.
- Laurance J. *Pure Madness: how fear drives the mental health system*. London, Routledge, 2003
- Link BG, Andrews H, Cullen F. The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev* 1992; 57: 275-92.
- Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Silver E, Roth LH, Grisso T. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 312-9.
- Norko M, Baranoski M. The state of contemporary risk assessment research. *Canadian Journal of Psychiatry* 50:1. 18-26. 2005
- Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 393-401.
- Stuart H, Arboleda-Flórez J. A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 654-9.
- Stuart H. Violence and Mental Illness: an overview. *World Psychiatry* 2:2, 121-124. 2003
- Swanson JW, Holzer CE 3rd, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 761-70
- Teplin LA; McClelland GM; Abram KM; Weiner DA. Crime Victimization in Adults With Severe Mental Illness: Comparison With the National Crime Victimization Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 911-921.
- Thornicroft, G., Goldberg, D. Has community care failed? Maudsley Discussion Paper No. 5, 1998.
- Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 716-27.