

TRASTORNOS MENTALES COMO FACTOR DE RIESGO DE VICTIMIZACIÓN VIOLENTA

Ismael Loinaz¹, Enrique Echeburúa¹ y Mayalen Irureta²
¹Universidad del País Vasco; ²Hospital Clínic de Barcelona (España)

Resumen

Muchos estudios analizan el riesgo de conducta violenta en personas con trastornos mentales (TM). Sin embargo, su riesgo de victimización es un tema al que se ha prestado poca atención. Este sesgo en la investigación contribuye a mantener estereotipos sobre los trastornos mentales y a perpetuar la estigmatización y el aislamiento social de quienes los padecen. Según los estudios analizados, las personas con TM corren un riesgo de victimización violenta significativamente superior al de la población general, especialmente en períodos de sintomatología activa. Este artículo teórico analiza la otra cara de la relación entre trastorno mental y violencia, centrándose en la epidemiología del problema, los factores de riesgo más relevantes (victimización previa, consumo de drogas, exclusión social, comorbilidad/gravedad de los síntomas y trastornos del desarrollo) y algunas formas de victimización frecuentes (suicidio, violencia contra la pareja, violencia sexual, acoso escolar y abuso infantil). Se espera contribuir a una mejor comprensión de los riesgos de victimización en estas personas, lo que puede traducirse en unas estrategias más adecuadas de prevención y de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: *victimización, riesgo de violencia, trastorno mental, delito violento.*

Abstract

A great deal of research has been conducted into the risk of violent behavior among people with mental disorders. However, their risk of victimization is a subject that has received little attention. This research bias helps to maintain stereotypes on mental disorders and perpetuate the stigma and social isolation of the people involved. According to the studies reviewed, such people are far more likely to be the victims of violence than the general population, especially during periods when the symptoms are more acute. This theoretical article examines the other side of the relationship between mental disorder and violence, focusing on the epidemiology of the problem, the most significant risk factors (prior victimization, drug abuse, social exclusion, comorbidity/symptom severity and development

disorders) and some common forms of victimization (suicide, domestic violence, sexual violence, bullying and child abuse). The aim is to contribute to a better understanding of the risks of victimization in these people, which may lead to more appropriate prevention and treatment strategies.

KEY WORDS: *victimization, risk of violence, mental disorder, violent crime.*

Introducción

Los actos violentos cometidos por personas con trastornos mentales (TM) son un tema de investigación que ha suscitado un gran interés (Echeburúa y Loinaz, 2011). Este hecho se debe, en parte, a la alarma social generada tras algunos acontecimientos violentos graves (como, por ejemplo, el homicidio de un familiar cometido por un paciente con esquizofrenia) y al miedo asociado con determinadas etiquetas diagnósticas estigmatizadoras (en especial, la esquizofrenia).

La mayoría de los actos violentos son cometidos por personas sin trastornos mentales (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007). Sin embargo, en muchos casos la presencia de un trastorno es utilizada por los abogados para eximir al acusado, parcial o completamente, de su responsabilidad penal. Este hecho genera un doble rechazo social, por un lado, el miedo habitual al enfermo mental y, por otro, la desconfianza en las causas judiciales en las que se esgrime una enfermedad mental como factor exculpatorio.

El estereotipo sobre el mayor riesgo de estas personas puede deberse a que los estudios se centran en muestras concretas. Mientras que una proporción minoritaria de las personas con TM están hospitalizadas, la mayoría de los estudios que analizan la relación entre violencia y TM analizan pacientes ingresados (Choe, Teplin y Abram, 2008).

En el análisis de la relación entre conducta violenta y enfermedad mental existe una cara de la moneda que no suele ser atendida. En muchos casos los enfermos mentales, además de sufrir la estigmatización o el miedo que genera el desconocimiento sobre su enfermedad, también pueden ser, con mayor facilidad, víctimas de actos violentos, de abusos o de su utilización como instrumento para cometer delitos a manos de personas de su entorno o desconocidos.

Así pues, parece necesario que desde el ámbito de la psicología clínica se preste atención a los factores de riesgo de victimización que presentan las personas con trastornos mentales y no sólo a los factores de riesgo de cometer conductas violentas.

Este estudio tiene como objetivo analizar las teorías utilizadas para explicar la victimización de personas con TM, la extensión del problema, los factores de riesgo y algunas de las formas de victimización más frecuentes. Se espera contribuir a un mejor conocimiento de un problema poco estudiado y establecer algunas implicaciones clínicas derivadas de los resultados analizados.

Modelos explicativos

La criminología ha prestado atención a las víctimas centrándose en aquellos factores que las pueden hacer propensas a ser victimizadas, como pueden ser la comisión de conductas de riesgo (abuso de alcohol o drogas, por ejemplo) o el contacto con entornos peligrosos (emparejamientos con toxicómanos, estancias en barrios marginales, etc.). Por ello, algunos modelos teóricos provenientes de la criminología han sido utilizados para explicar la relación entre padecer un trastorno mental y la victimización violenta.

La *teoría de las actividades rutinarias* (Cohen y Felson, 1979), en esencia, propone que para que ocurra una victimización es necesario que converjan un *agresor motivado*, una *víctima adecuada* y la *ausencia de un protector*. Así, la motivación del agresor no es tan importante como la presencia de víctimas potenciales y la ausencia de protectores. Esta teoría ha sido puesta a prueba en un estudio con datos provenientes del proyecto MacArthur, que es un amplio estudio longitudinal con pacientes con diversos cuadros clínicos dados de alta en hospitales psiquiátricos (Teasdale, 2009). Según este estudio, las situaciones que disminuyen la presencia de controles en pacientes con trastorno mental (como estar en paro, sin pareja o viviendo en la calle) incrementan su riesgo de victimización, pues hay menos personas que los puedan proteger. A su vez, su sintomatología puede hacer que sean vistos como un *objetivo adecuado* sobre el que dirigir la agresión, tal como se ha puesto de manifiesto en la victimización de pacientes con retrasos del desarrollo (Sullivan, 2009; Sullivan y Knutson, 2000) o que han sido objeto de acoso escolar (Arseneault, Bowes y Shakoor, 2009).

Según la *teoría general de la tensión* (Agnew, 1992), determinadas interacciones personales pueden provocar frustración, ira o miedo y promover un comportamiento violento. La teoría se ha puesto a prueba al analizar los factores mediadores entre los TM y la victimización. Por ejemplo, las personas con TM, especialmente aquellas con alteraciones psicóticas, con alucinaciones y con consumo de drogas, corren mayor riesgo de ser victimizadas por introducir una variedad de estímulos negativos en su relación con los demás y, por tanto, generar emociones negativas y reacciones violentas (Silver, 2002). La teoría general de la tensión también se ha utilizado para explicar el solapamiento que se da entre la victimización y las conductas violentas (Silver, Piquero, Jennings, Piquero y Leiber, 2011), por ejemplo en hombres victimizados en los que la depresión predice positivamente la implicación en ese tipo de conductas (Manasse y Ganem, 2009).

Desde el *interaccionismo social* y la *respuesta frente al estrés* (Felson, 1992), se postula que las personas con trastornos mentales generan más quejas en aquellos con los que interactúan y, por tanto, son más propensas a estar involucradas en conflictos relacionales (Teasdale, 2009). A su vez, pueden fingir peor las emociones positivas o la empatía, hechos que pueden ser considerados inapropiados o provocativos en determinadas situaciones. En estos casos la violencia suele considerarse defensiva, al entenderse como un mecanismo de control social cuyo objetivo es el mantenimiento de la norma y el sometimiento de la persona (Silver, 2002). Este modelo no ha sido puesto a prueba directamente de forma independiente a la

teoría general de la tensión, por lo que se desconoce la forma en que el control social contra personas afectadas por trastornos mentales es una de las vías de victimización.

Frente a estas teorías criminológicas, se ha propuesto la alternativa del *estigma social* (Teasdale, 2009), es decir, una marca diferenciadora ligada a algunos miembros de la sociedad afectados por una condición particular que conlleva estereotipos, prejuicios y propensión a la discriminación (Arboleda-Flórez y Sartorius, 2008; López *et al.*, 2008). En nuestro caso esta marca sería el diagnóstico de un trastorno mental, que es una etiqueta asociada con características negativas que desprestigia y genera rechazo hacia quien la posee.

La percepción pública sobre las personas con trastorno mental incluye atribuciones hostiles que pueden provocar conductas agresivas contra los afectados. Este rechazo varía según el tipo de trastorno considerado, desde una mayor tolerancia a problemas comunes, como la depresión o la ansiedad, hasta un mayor rechazo de aquellos más graves, como la esquizofrenia (López *et al.*, 2008).

Los estereotipos más frecuentes referidos a las personas con enfermedad mental son su peligrosidad, su impredecibilidad, la dificultad para relacionarse con ellas y su incurabilidad e incapacidad (Arboleda-Flórez y Sartorius, 2008). El miedo es el principal impulsor y mantenedor del estigma social, un miedo que puede tener su origen en algunas conductas extrañas frecuentes en estas personas, en el propio diagnóstico y en la imagen difundida desde los medios de comunicación (López *et al.*, 2008).

Epidemiología

Pocos estudios analizan el riesgo de victimización en personas con TM. Esto se debe, en parte, a que los enfermos mentales, con frecuencia, infravaloran sus experiencias como víctimas o no informan sobre ello y, cuando lo hacen, pueden no ser creídos (Snowden y Lurigio, 2007).

La cifra de violencia grave atribuible a personas con TM oscila entre el 2% y el 5% (Hiday, 2006; Silver, Arseneault, Langley, Caspi y Moffitt, 2005). Sin embargo, su victimización es entre dos y cuatro veces superior a la de la población general y la cifra de víctimas supera a la de agresores (Maniglio, 2009). En la tabla 1 se presentan los estudios más relevantes de los últimos diez años sobre victimización en personas con TM.

En EE. UU. más del 25% de las personas con un trastorno mental grave (TMG) en tratamiento han sido víctimas de un delito violento durante el último año, lo que representa una proporción once veces mayor a la de la población general (Teplin, McClelland, Abram y Weiner, 2005).

Las cifras globales de pacientes victimizados pueden alcanzar el 45% durante el último año y hasta el 90% a lo largo de toda la vida (Choe *et al.*, 2008; Dean *et al.*, 2007; Maniglio, 2009; Silver *et al.*, 2005; Snowden y Lurigio, 2007), cifra que supera a la de pacientes implicados en conductas violentas.

Incluso cuando la muestra de referencia son los casos más graves, que requieren hospitalización (lo cual ocurre en una minoría de pacientes), la cifra de victima-

Tabla 1

Prevalencias de victimización en personas con TM en estudios desde el año 2000

Estudio	Prevalencia	Periodo	Población psiquiátrica
Goodman <i>et al.</i> (2001)	33% ♀ y 36% ♂	12 meses	782
Hiday <i>et al.</i> (2001)	27,2% cualquier delito 8,2 delito violento	4 meses	331
Hiroeh <i>et al.</i> (2001)	25% muerte no natural (1% homicidio, 73% suicidio)	20 años	72.208 fallecidos entre 1973 y 1993
Hodgins <i>et al.</i> (2007)	48% ♀ y 57% ♂	6 meses	205
Marley y Buila (2001)	♀ 13-45% según delito ♂ 1-45% según delito	Toda la vida	234
Silver (2002)	15,2%	10 semanas	270
Sturup <i>et al.</i> (2011)	23,1% ♀ y 19,2% ♂	12 meses	390
Teplin <i>et al.</i> (2005)	25,3% delito violento	12 meses	936
White <i>et al.</i> (2006)	25,6%	6 meses	308

ción (53%) supera a la del de implicación en conductas violentas (44%) (Hodgins, Alderton, Cree, Aboud y Mak, 2007). En definitiva, pese a analizar a los pacientes de mayor riesgo, como los que sufren esquizofrenia, es mayor el riesgo que corren ellos que el que suponen para el resto de la comunidad (Brekke, Prindle, Bae y Long 2001).

Los datos de prevalencia varían según el sexo, la edad y el tipo de victimización. En general, las mujeres con TM son más propensas a sufrir abusos sexuales (20,3%) y los hombres agresiones físicas (34,1%) (Teplin *et al.*, 2005). Las mujeres tienden a sufrir más agresiones a manos de familiares, amigos y parientes, y los delitos más traumáticos son aquellos relacionados con alguna forma de abuso o agresión sexual (Marley y Buila, 2001). En concreto, las mujeres con TMG presentan una probabilidad 16 veces superior a la de la población general de informar sobre victimización violenta (física o sexual) —un 33,4% frente a un 2,1%— (Goodman *et al.*, 2001). Las mujeres (y las personas con enfermedades más graves como la esquizofrenia) son más propensas a experimentar más de un tipo de victimización (Marley y Buila, 2001), lo que supone un factor de riesgo añadido.

Los hombres son víctimas especialmente de agresiones y robos, mayoritariamente una vez en su vida y a manos de desconocidos (Marley y Buila, 2001). La probabilidad de victimización en los hombres con TM es 10 veces mayor que la de la población general —un 36,7% frente a un 3,5%— (Goodman *et al.*, 2001).

La tasa de prevalencia de victimización aumenta con la edad, especialmente entre los 25 y 49 años. A partir de los 50 decrece, probablemente porque las personas de mayor edad suelen exponerse a menos situaciones de riesgo (Teplin *et al.*, 2005).

A la vista de los datos existentes, la victimización violenta es un problema de salud pública grave entre personas con un TMG. La alta incidencia no procede de una minoría victimizada en muchas ocasiones, sino de una mayoría victimizada en alguna ocasión. En cifras esto supone que, en EE. UU., cerca de tres millones de personas con trastorno mental son víctimas de delitos violentos cada año, lo cual conlleva un coste personal, social y económico elevado, en especial por la necesidad de tratamientos adicionales (Teplin *et al.*, 2005).

Como se ha podido comprobar, existe una gran discrepancia entre las tasas de prevalencia encontradas en los diferentes estudios. Estas diferencias pueden deberse, principalmente, al uso de metodologías diferentes, tales como el intervalo temporal considerado, la selección de la muestra (los resultados difieren si el estudio es global o si se seleccionan o excluyen los casos clínicos más graves) y la utilización de medidas o definiciones diferentes (qué es victimización, cómo se cuantifica, cómo se obtiene la información sobre su existencia, etc.). Estas diferencias hacen que la representatividad de los resultados, en muchos casos, sea limitada y que las implicaciones derivadas de ellos deban tomarse con cautela.

Factores de riesgo de victimización

Las personas con un TM pueden padecer alteraciones en el análisis de la realidad, tener procesos cognitivos desorganizados, mostrar impulsividad o contar con una capacidad de resolución de problemas pobre. Todo ello afecta a su habilidad para percibir las situaciones de riesgo y protegerse adecuadamente, facilitando la adopción de comportamientos relacionados con la victimización, como es el consumo de drogas, el establecimiento de relaciones conflictivas o el vagabundeo (Marley y Buila, 2001; Silver, 2002). Los déficit emocionales y cognitivos, como la interpretación hostil de las intenciones de los demás, están asociados con un mayor riesgo de victimización (Goodman *et al.*, 2001; Hiday, Swanson, Swartz, Borum y Wagner, 2001; Sells, Rowe, Fisk y Davidson, 2003).

Victimización previa (infancia y edad adulta)

Muchas victimizaciones ocurren en la infancia. Sin embargo, el trastorno mental ha sido analizado mayoritariamente como consecuencia de una victimización en la niñez y no como un factor de riesgo. Haber sufrido abuso físico o sexual en la infancia está fuertemente asociado a la victimización adulta, lo cual indica que, en personas vulnerables, las victimizaciones se repiten a lo largo de su vida (Goodman *et al.*, 2001; Pereda, 2010).

Conductas asociadas con algunos cuadros clínicos, como la impulsividad en la hiperactividad (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, TDAH), el

embotamiento afectivo y la evitación en el trastorno de estrés postraumático o la apatía y dificultad de concentración en la depresión, hacen al niño más susceptible a la victimización (Cuevas, Finkelhor, Ormrod y Turner, 2009). Los niños con un TM presentan cifras significativamente mayores de victimización y, a su vez, el diagnóstico está asociado con un riesgo mayor de *polivictimización* (Cuevas *et al.*, 2009). Este grupo de niños polivictimizados son los que mayor probabilidad tienen de presentar diagnósticos psiquiátricos y, por ello, es de especial importancia su identificación por clínicos y otro personal de atención (Cuevas *et al.*, 2009; Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007).

Además, se produce una relación circular entre la victimización y la conducta violenta (Hiday, 2006; Manasse y Ganem, 2009), como ocurre con la exposición directa a la violencia en niños y adolescentes (Cuevas y Castro, 2009). En concreto, la victimización está asociada significativamente con comportarse de forma violenta y, a su vez, la implicación en conductas violentas es un buen predictor de victimización futura (Silver *et al.*, 2011).

Consumo de alcohol/drogas

El consumo de alcohol/drogas en pacientes con un TM incrementa el riesgo tanto de conducta violenta como de victimización (Maniglio, 2009; Miller, 2008). Individuos pobres, solteros, con una historia familiar de conducta antisocial y de consumo de drogas corren un mayor riesgo de ser víctimas de violencia (Vaughn *et al.*, 2010). Sin embargo, el aumento del riesgo producido por la combinación de TM y abuso de drogas parece explicarse por la mayor implicación de estas personas en situaciones de conflicto interpersonal (Silver, 2002).

El tipo de droga influye (Vaughn *et al.*, 2010). En concreto, el abuso de cocaína, con las conductas impulsivas y de ideación paranoide que frecuentemente genera, aumenta cuatro veces el riesgo de victimización respecto a los no consumidores, y los opiáceos lo incrementan al doble. En personas que abusan del alcohol las conductas de desinhibición y la percepción errónea de la realidad los convierten en vulnerables a agresiones de toda índole, incluidas las sexuales. Además, se puede establecer un círculo vicioso. Cuando el consumo abusivo era un patrón de conducta preexistente, las víctimas incrementarán el uso de drogas tras la victimización como un medio para afrontar su estrés (Miller, 2008).

Exclusión social

Las mujeres sin hogar con un TMG corren más riesgo de ser víctimas de violencia que los hombres en su misma situación, especialmente en lo referido a la victimización física y sexual. En un estudio realizado en población sin hogar de Barcelona, los TM están presentes en un 49% de los participantes (con un 7% de ludopatía) y las toxicomanías en un 45% (Uribe y Alonso, 2009). Además, el mismo estudio indica que las mujeres presentan una frecuencia de trastornos que duplica a la de los hombres en su misma situación.

La ausencia de hogar está fuertemente asociada con el riesgo de victimización, pero no siempre queda claro si la situación precede o es consecuencia de la victimización (Goodman *et al.*, 2001). Así, la indigencia podría ser reflejo de la disfuncionalidad de la persona y aumentar por ello su exposición a situaciones de riesgo, pero también podría ser consecuencia de una victimización, por ejemplo en el caso de rupturas de pareja con violencia previa, sobre todo en una clase social baja, que llevan a uno de los miembros a vivir en la calle.

El aislamiento social y familiar que acompaña a los indigentes es uno de los principales factores de riesgo de victimización. Estas personas disponen de una red social pobre y se exponen a más riesgos relacionados con el entorno en el que viven (Snowden y Lurigio, 2007). Se trata de personas que no pueden recurrir a familiares o amigos para solicitar ayuda y a las que su situación les conduce al consumo de drogas para evadirse. Al mismo tiempo, al carecer las víctimas de un apoyo social, los agresores cuentan con una alta probabilidad de que su delito quede impune, lo que les lleva a seleccionar específicamente a este tipo de víctimas.

Tipos de trastornos, gravedad y comorbilidad

No existe acuerdo respecto a los diagnósticos concretos que suponen un mayor riesgo de victimización (Snowden y Lurigio, 2007). Las investigaciones tampoco profundizan en la prevalencia de diferentes tipos de violencia en función de los distintos trastornos, por lo que se desconoce aún la forma en que determinados trastornos suponen riesgos particulares de victimización (Howard *et al.*, 2010; Sirotich, 2008; Teplin *et al.*, 2005). En la tabla 2 se presentan algunas cifras y tipos de victimización desglosados por trastornos.

La *gravedad del trastorno*, junto al abuso de drogas, la ausencia de un hogar estable, la comorbilidad con trastornos de personalidad o la implicación en actividades delictivas o violentas, son factores vinculados a un mayor riesgo de victimización (Maniglio, 2009). Las personas con TM (p. ej., esquizofrenia) son más propensas a ser victimizadas durante las fases de sintomatología activa y grave (Teasdale, 2009).

Por otro lado, la *edad del primer ingreso* psiquiátrico ha sido propuesta como un factor que incrementa el riesgo, más que el diagnóstico de un trastorno concreto (Goodman *et al.*, 2001). Por ejemplo, la aparición de trastornos psicóticos antes de los 25 años supone un incremento de más del doble de la probabilidad de sufrir violencia física y sexual, si se compara con los casos de aparición más tardía (Dean *et al.*, 2007).

La *comorbilidad* entre síndromes clínicos y trastornos de la personalidad también aumenta el riesgo (Goodman *et al.*, 2001; Walsh *et al.*, 2003). En especial, la comorbilidad con trastornos del grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) es el mejor predictor independiente de victimización violenta durante el seguimiento de pacientes psicóticos, incluso por encima del abuso de drogas (Dean *et al.*, 2007).

Cabe señalar que la gravedad del trastorno contribuye a la victimización, pero que también se ve exacerbada por ésta. Cuanto más grave sea el síntoma y peor sea su tratamiento, mayor será el riesgo. Los pacientes empeorarán tras la victimización y se deberá dedicar, por ello, especial atención a detectar estas situaciones.

Tabla 2
Prevalencia y tipo de victimización según trastornos mentales específicos

Estudio	Prevalencia y tipo de victimización	Periodo	Muestra
<i>Psicosis y esquizofrenia</i>			
Brekke <i>et al.</i> (2001)	34%	Últimos 3 años	172 pacientes ambulatorios con esquizofrenia
Dean <i>et al.</i> (2007)	23%	2 años	632 pacientes con psicosis crónica en comunidad
Hsu <i>et al.</i> (2009)	16,8%	1 año	155 pacientes psiquiátricos (esquizofrenia, 59,4%; t. afectivo, 40,6%)
Kim <i>et al.</i> (2006)	52% (abuso físico o sexual grave)	Toda la vida	100 mujeres ingresadas con esquizofrenia
Silver <i>et al.</i> (2005)	57,9% violencia física 13,2% violencia sexual	Últimos 12 meses	38
Walsh <i>et al.</i> (2003)	16%	Último año	691 pacientes con trastorno psicótico
<i>Trastornos de ansiedad</i>			
Silver <i>et al.</i> (2005)	28,5% violencia física 11,9% violencia sexual	Últimos 12 meses	193
<i>Trastorno depresivo</i>			
Silver <i>et al.</i> (2005)	31% violencia física 10% violencia sexual	Últimos 12 meses	168
<i>Retraso del desarrollo</i>			
Giardino <i>et al.</i> (2003)	18% posible víctima de maltrato (mayoría sexual)	Toda la vida	60 menores
Kvam (2000)	Posible abuso sexual Discapacidad grave: 45% Discapacidad leve: 41%	2 años	83 menores (21 discapacidad grave)
Sullivan y Knutson (2000)	31%	Toda la vida	3.262 menores

Retraso del desarrollo

Padecer un trastorno del desarrollo, como la discapacidad mental o el autismo, supone un factor de vulnerabilidad que pone en riesgo de sufrir distintos tipos de victimización al que lo padece. Niños y jóvenes con algún tipo de discapacidad

corren un mayor riesgo de ser víctimas de distintos tipos de violencia (Sullivan, 2009). El abuso sexual parece ser la forma de victimización más prevalente entre estos jóvenes (Hershkowitz, Lamb y Horowitz, 2007; Peckham, 2007; Sullivan, 2009).

Entre los síndromes o discapacidades que pueden suponer un mayor riesgo de maltrato o abuso sexual se incluyen el TDAH, el autismo, la parálisis cerebral, los retrasos en el lenguaje y, sobre todo, el retraso mental (Giardino, Hudson y Marsh, 2003). Las personas con retraso mental se pueden convertir fácilmente en *víctimas-objetivo* debido a las limitaciones de conciencia y de resistencia, así como a sus dificultades de comunicación, lo que supone un menor riesgo para el agresor y la posibilidad de que la agresión quede impune. Así, al comparar las tasas de malos tratos, se encuentra una mayor prevalencia entre niños discapacitados (31%) frente a niños sin discapacidad (9%) (Sullivan y Knutson, 2000).

Estos niños presentan una mayor dificultad para informar sobre sus vivencias (Hershkowitz *et al.*, 2007) y los cuidadores parecen no reconocer como abuso sexual los síntomas hasta que son demasiado evidentes (Kvam, 2000). Los síntomas no verbales incluyen, entre otros, depresión, pérdida de apetito, problemas de sueño, llanto, pesadillas, ira, sexualización precoz y conducta introvertida (Peckham, 2007; Pereda, 2009, 2010) y, a veces, suelen atribuirse de forma equivocada a la propia discapacidad.

Sin embargo, y pese a estos resultados, las características del niño sólo constituyen una parte del conjunto de circunstancias y condiciones que pueden derivar en el maltrato. Las actitudes parentales (Sidebotham, Heron y the ALSPAC Study Team, 2003) o la interacción de determinados factores individuales, familiares y contextuales (Oliván-Gonzalvo, 2005) pueden incrementar la vulnerabilidad del niño.

La discapacidad mental no sólo supone un factor de riesgo de victimización en la infancia y la adolescencia, sino también en la vida adulta. Un estudio reciente incide en la mayor prevalencia de agresiones sexuales entre mujeres adultas con discapacidad mental y critica la escasez de programas de prevención específicos para esta población (Barger, Wacker, Macy y Parish, 2009).

Formas de victimización

Suicidio

Si bien el suicidio no es siempre resultado de un trastorno mental, los pacientes psiquiátricos presentan un mayor riesgo de suicidio (Hiroeh, Appleby, Mortensen y Dunn, 2001; López *et al.*, 2008). En concreto, el 15%-20% de los pacientes con una depresión pueden intentar quitarse la vida, en especial cuando tienen intentos previos o presentan comorbilidad con las adicciones (Holma *et al.*, 2010).

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre personas con esquizofrenia (Bushe, Taylor y Haukka, 2010). Con un riesgo del 5%, afecta especialmente a jóvenes, varones y con estudios (Carlborg, Winnerback, Jonsson, Jokinen y

Nordstrom, 2010; Hor y Taylor, 2010). En estos pacientes se da el *suicidio impulsivo*, imprevisto y sin planificación. La sintomatología asociada, como los síntomas depresivos, las alucinaciones activas o la presencia de *insight*, aparecen relacionados con un mayor riesgo (Hawton, Sutton, Haw, Sinclair y Deeks, 2005; Hor y Taylor, 2010). La ideación suicida es también especialmente frecuente en mujeres con TM que sufren violencia contra la pareja (VCP) (Friedman y Loue, 2007; Sansone, Chu y Wiederman, 2007).

Violencia contra la pareja

Pese a ser un tema al que se ha prestado poca atención, las mujeres con algún tipo de TM pueden correr mayor riesgo de sufrir abusos por parte de sus parejas. La violencia, del tipo que sea, daña la salud mental de la víctima (tema de interés principal en las investigaciones sobre víctimas) y, a su vez, un trastorno puede hacer a la mujer más vulnerable a la agresión.

Las cifras de este tipo de violencia pueden alcanzar el 30%-60% de mujeres con un TM, si bien obtener una estimación precisa se hace complicado debido a la heterogeneidad existente en el tipo de violencia analizado y a la dificultad de averiguar si el trastorno mental es anterior o posterior a la victimización (Howard *et al.*, 2010). La presencia de ciertos déficits psicológicos, una red social pobre y los contextos de toxicomanía incrementan la probabilidad de sufrir violencia por parte de la pareja (González-Ortega, Echeburúa y Corral, 2008).

La tasa de prevalencia de VCP es mayor entre mujeres con trastorno mental que en la población general (Heru, Stuart, Rainey, Eyre y Recupero, 2006; McPherson, Delva y Cranford, 2007). Así, en las mujeres con un TMG se ha encontrado una cifra media de violencia física, sexual o emocional del 45% (rango: 23%-69%) (Friedman y Loue, 2007), lo que constituye una cifra muy superior a la de la población general.

Respecto a TM concretos, han sido varios los trastornos estudiados, pero el más frecuentemente asociado con la VCP es la esquizofrenia de la víctima. En una muestra de mujeres puertorriqueñas con depresión mayor, trastorno bipolar o esquizofrenia se han encontrado recientemente cifras de VCP del 68% (Friedman, Loue, Goldman y Méndez, 2011).

Al igual que en otro tipo de victimización, haber sufrido violencia física o sexual en la infancia supone un incremento del riesgo de sufrir VCP en pacientes psiquiátricos. A su vez, la VCP afecta a la salud mental de la víctima y, en el caso de mujeres con TMGs, empeora su sintomatología e incrementa el riesgo de suicidio (Friedman y Loue, 2007).

Violencia sexual

La violencia sexual es una de las formas más frecuentes de victimización entre personas con TM (Goodman *et al.*, 2001; Silver *et al.*, 2005). Este tipo de victimización es especialmente prevalente en mujeres (Goodman *et al.*, 2001; Kim, Kaspar,

Noh y Nam, 2006; McFarlane, Schrader, Bookless y Browne, 2006) y, en concreto, en aquellas con TM y exclusión social (Kushel, Evans, Perry, Robertson y Moss, 2003) o con discapacidad mental (Barger *et al.*, 2009; Peckham, 2007; Sullivan, 2009). El solapamiento entre VCP y agresión sexual es frecuente en estas pacientes (Friedman y Loue, 2007).

La prevalencia de este tipo de violencia en muestras con TM se sitúa en el 20%-30% para las mujeres (Goodman *et al.*, 2001; Grubaugh y Frueh, 2006; Marley y Buila, 2001) y el 1%-5% para los hombres (Grubaugh y Frueh, 2006; Marley y Buila, 2001).

La victimización sexual en mujeres adultas es frecuente además en personas con déficits de la personalidad, como falta de asertividad, impulsividad, dependencia emocional o deseo extremo de llamar la atención.

Acoso escolar

Los niños y adolescentes víctimas de acoso escolar muestran síntomas de estrés y problemas de adaptación, retraimiento, ansiedad y depresión, que son características similares a las presentes en víctimas de ciberacoso (Estévez, Villardón, Calvete, Padilla y Orue, 2010). Ser víctima de acoso no es un hecho aleatorio, sino que puede ser predicho por características psicológicas de la víctima y por factores familiares, y puede resultar estable a lo largo del tiempo (víctimas en la infancia pueden serlo también de adultos) (Arseneault *et al.*, 2009). Este hecho tiene un interés especial desde el punto de vista de la prevención y la ruptura del ciclo de victimización en niños vulnerables.

Las consecuencias del acoso escolar grave parecen ser diferentes entre niños y niñas. En las niñas es un predictor de intentos de suicidio hasta la edad de 25 años, al margen de la sintomatología depresiva; en los niños, esta relación depende de la intensidad de la sintomatología depresiva y de otros problemas conductuales. En concreto, la ideación suicida se agrava en aquellas víctimas que se sienten rechazadas en sus casas y cuyos padres presentan problemas interiorizados (Klomek *et al.*, 2009).

En las víctimas de acoso se ha constatado una especial presencia de niños con discapacidades y, por ello, se considera que se deben implementar intervenciones preventivas (Mishna, 2003). Estos niños con frecuencia son el objetivo de burlas y agresiones, especialmente cuando su discapacidad se manifiesta de forma visible.

Abuso, abandono o negligencia en niños

Los menores con TM o discapacidades también pueden sufrir abusos o negligencia en sus propios hogares. En concreto, los niños con discapacidad psíquica (frente a la física o sensorial) son los más victimizados, especialmente con negligencia o abandono, y principalmente a manos de la madre (Oliván-Gonzalo, 2002). Sin embargo, los niños discapacitados podrían no ser más vulnerables por presentar una discapacidad como factor de riesgo individual aislado, sino por la existencia

e interacción de determinados factores de riesgo sociofamiliares y socioambientales en familias multiproblemáticas (Oliván-Gonzalo, 2002, 2005). La coexistencia de factores de riesgo familiares se ha puesto también en evidencia al detectar la mayor prevalencia de abuso físico o sexual en niños y adolescentes con trastorno bipolar (Romero *et al.*, 2009). En estos jóvenes es más frecuente la presencia de historial familiar de trastornos del estado de ánimo, abuso de drogas y trastornos de la conducta.

Ocurre, además, que, cuando hay victimización y TM en los menores, los profesionales tienen mayores dificultades para detectar el abuso o la agresión, dar credibilidad a las denuncias o tratar adecuadamente la situación (Berástegui y Gómez-Bengochea, 2006).

Según un metaanálisis reciente sobre los factores de riesgo de maltrato infantil (Stith *et al.*, 2009), los predictores más potentes de maltrato o negligencia son la relación parentofilial y la percepción por parte de los padres del hijo como problema. Respecto a los padres, la ira y la hiperreactividad, así como la ansiedad y la inestabilidad emocional, son buenos predictores. Sólo tres factores referentes al niño parecen tener relación con el abuso o la negligencia: la incompetencia social, "los trastornos de conducta exteriorizados y los interiorizados". De todo ello se deriva la necesidad de analizar el maltrato infantil desde una perspectiva multidimensional.

Conclusiones

La revisión realizada, junto al análisis de la relación entre violencia y trastornos mentales (ver Echeburúa y Loinaz, 2011), no nos permite afirmar que las personas con trastornos mentales, como norma, sean violentas en general o supongan un mayor riesgo de conducta violenta. Podríamos afirmar que los pacientes con TM corren mayor riesgo de implicarse en situaciones violentas en las que es más frecuente que ejerzan el papel de víctima que el de agresor.

De los distintos estudios realizados hasta la fecha surgen algunas dudas, como saber si el padecer un trastorno mental causa la victimización o, al menos, aumenta su riesgo, o si el trastorno mental es fruto de alguna victimización. Habitualmente los clínicos presuponen que la psicopatología es la consecuencia, pero esto supone un enfoque parcial e impide considerar el TM como factor de riesgo de victimización. Por ello, y tal como se ha analizado a lo largo del texto, existe una relación bidireccional entre ser víctima y victimario (Cuevas y Castro, 2009; Estévez, Jiménez y Moreno, 2010; Hiday, 2006; Manasse y Ganem, 2009; Silver *et al.*, 2011), así como entre la victimización y la gravedad de los TM (Maniglio, 2009; Silver, 2002; Teasdale, 2009). De este modo, la victimización o polivictimización incrementan el riesgo de presentar conductas violentas y trastornos mentales, lo cual, a su vez, aumenta la probabilidad de sufrir nuevamente victimización.

La información analizada conlleva algunas implicaciones prácticas. Los resultados indican que es necesario prestar mayor atención al riesgo de victimización en pacientes psiquiátricos. La misma sintomatología utilizada para predecir posibles

conductas violentas puede indicar una situación de riesgo en la persona (Teasdale, 2009). Así, parece necesario detectar victimizaciones recientes en pacientes con TMG en general y, especialmente, en aquellos con historial de abusos en la infancia, hospitalizaciones psiquiátricas frecuentes, que carecen de hogar estable o abusan de drogas, todos ellos factores que predicen la victimización reciente. Para ello, puede ser relevante hacer preguntas relacionadas con el problema en los Centros de Atención Primaria para conocer la magnitud y la frecuencia del problema (Marley y Buila, 2001).

Mejorar la detección es el primer paso para una buena prevención. El objetivo debe ser reducir la vulnerabilidad de estas personas y centrarse en grupos de riesgo (como pacientes sin hogar, toxicómanos o víctimas en la infancia), así como en las víctimas de los delitos más graves (Teplin *et al.*, 2005). Reducir al máximo la estigmatización de estas personas puede ser otra vía de prevención (López *et al.*, 2008).

La intervención debe centrarse inicialmente en la seguridad de la víctima (en el caso, por ejemplo, de que se trate de una víctima de VCP o de abuso sexual), en los problemas psicosociales planteados y en el tratamiento del consumo de alcohol/drogas. Las secuelas emocionales deben abordarse una vez solucionados los factores contextuales. Las intervenciones ajustadas a las necesidades de estos pacientes requieren un conocimiento preciso, entre otros factores, del contexto en que se sufre la victimización, de la autoría de la agresión, de las circunstancias en que esta ocurre y del significado que la víctima atribuye al hecho (Echeburúa, Corral y Amor, 2002; Goodman *et al.*, 2001).

Respecto a las directrices futuras, se hace necesario usar medidas estandarizadas y recopilar información detallada sobre las dinámicas interpersonales que rodean las experiencias de victimización en personas con un TMG. Asimismo conviene analizar variables moderadoras aún no suficientemente estudiadas (por ejemplo, el nivel de apoyo social) o variables mediadoras (por ejemplo, la adopción de conductas de riesgo) que pueden dar cuenta parcialmente de la relación entre los TM y la victimización. También resulta imprescindible abordar las limitaciones más frecuentes en este tipo de estudios, como es la falta de análisis de diagnósticos específicos asociados a un mayor riesgo de victimización (algo que permitiría conocer la medida en que determinados trastornos presentan niveles diferentes de victimización y actuar conforme a ello), la carencia de muestras no hospitalarias (por ejemplo, en la comunidad) o la ausencia de estudios longitudinales que permitan estudiar la secuencia temporal de las variables implicadas.

Por último, se debe hacer frente al problema del infradiagnóstico. La sintomatología traumática no suele ser el motivo de consulta en estos pacientes, en unos casos por sus propias limitaciones psicológicas o por vergüenza, y en otros, por miedo a revivir el trauma o por temor a la reacción de incredulidad del clínico. Se recomienda por ello prestar una mayor atención al problema: la victimización en pacientes con TM puede exacerbar el trastorno existente, incrementar el uso de servicios sanitarios y reducir la calidad de vida de los pacientes. Además, aumenta la probabilidad de revictimización y conlleva riesgo de implicación en conductas violentas (transformación de las víctimas en victimarios) (Choe *et al.*, 2008).

Referencias

- Agnew, R. (1992). Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30, 47-87.
- Arbach, K. y Andrés-Pueyo, A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28, 174-186.
- Arboleda-Flórez, J. y Sartorius, N. (dirs.) (2008). *Understanding the stigma of mental illness: theory and interventions*. Chichester: Wiley.
- Arseneault, L., Bowes, L. y Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: 'much ado about nothing'? *Psychological Medicine*, 40, 717-729.
- Barger, E., Wacker, J., Macy, R. y Parish, S. (2009). Sexual assault prevention for women with intellectual disabilities: a critical review of the evidence. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47, 249-262.
- Berástegui, A. y Gómez-Bengochea, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Intervención Psicosocial*, 15, 293-306.
- Brekke, J. S., Prindle, C., Bae, S.W. y Long, J. D. (2001). Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Services*, 52, 1358-1366.
- Bushe, C. J., Taylor, M. y Haukka, J. (2010). Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint. *Journal of Psychopharmacology*, 24(supl. 4), 17-25.
- Carlborg, A., Winnerback, K., Jonsson, E. G., Jokinen, J. y Nordstrom, P. (2010). Suicide in schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10, 1153-1164.
- Choe, J. Y., Teplin, L. A. y Abram, K. M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, 59, 153-164.
- Cohen, L. E. y Felson, M. (1979). Social change and crime rate trends: a routine activity approach. *American Sociological Review*, 44, 588-608.
- Cuevas, C. A., Finkelhor, D., Ormrod, R. y Turner, H. (2009). Psychiatric diagnosis as a risk marker for victimization in a national sample of children. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 636-652.
- Cuevas, M. C. y Castro, L. (2009). Efectos emocionales y conductuales de la exposición a violencia en niños y adolescentes en Colombia. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17, 277-298.
- Dean, K., Moran, P., Fahy, T., Tyrer, P., Leese, M., Creed, F., Burns, T., Murray, R. y Walsh, E. (2007). Predictors of violent victimization amongst those with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 345-353.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14 supl., 139-146.
- Echeburúa, E. y Loinaz, I. (2011). Violencia y trastornos mentales. En P. García-Medina, J. M. Bethencourt-Pérez, E. Sola-Reche, A. R. Martín-Caballero y E. Armas-Vargas (dirs.), *Violencia y Psicología Comunitaria. Aspectos psicosociales, clínicos y legales* (pp. 1-22). Granada: Comares.
- Estévez, A., Villardón, L., Calvete, E., Patricia, C. y Orue, I. (2010). Adolescentes víctimas de "cyberbullying": prevalencia y características. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 73-89.
- Estévez, E., Jiménez, T. I. y Moreno, D. (2010). Cuando las víctimas de violencia escolar se convierten en agresores: "¿quién va a defenderme?". *European Journal of Education and Psychology*, 3, 177-186.
- Felson, R. B. (1992). "Kick'em when they're down": explanations of the relationships between stress and interpersonal aggression and violence. *Sociological Quarterly*, 33, 1-16.

- Finkelhor, D., Ormrod, R. y Turner, H. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.
- Friedman, S. H. y Loue, S. (2007). Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. *Journal of Women's Health*, 16, 471-480.
- Friedman, S. H., Loue, S., Goldman, E. L. y Méndez, N. (2011). Intimate partner violence victimization and perpetration by puerto rican women with severe mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 47, 156-163.
- Giardino, A. P., Hudson, K. M. y Marsh, J. (2003). Providing medical evaluations for possible child maltreatment to children with special health care needs. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1179-1186.
- González-Ortega, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2008). Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 16, 207-225.
- Goodman, L. A., Salyers, M. P., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Swartz, M., Essock, S. M., Osher, F. C., Butterfield, M. I. y Swanson, J. (2001). Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 615-632.
- Grubaugh, A. L. y Frueh, B. C. (2006). Intimate partner violence victimization among adults with severe mental illness: results of a cross-sectional study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1472-1473.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. y Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 187, 9-20.
- Hershkowitz, I., Lamb, M. E. y Horowitz, D. H. (2007). Victimization of children with disabilities. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 629-635.
- Heru, A. M., Stuart, G. L., Rainey, S., Eyre, J. y Recupero, P. R. (2006). Prevalence and severity of intimate partner violence and associations with family functioning and alcohol abuse in psychiatric inpatients with suicidal intent. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 23-29.
- Hiday, V. A. (2006). Putting community risk in perspective: a look at correlations causes and controls. *International Journal of Law Psychiatry*, 29, 316-331.
- Hiday, V. A., Swanson, J. W., Swartz, M. S., Borum, R. y Wagner, H. R. (2001). Victimization: a link between mental illness and violence? *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 559-572.
- Hiroeh, U., Appleby, L., Mortensen, P. B. y Dunn, G. (2001). Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *The Lancet*, 358, 2110-2112.
- Hodgins, S., Alderton, J., Cree, A., Aboud, A. y Mak, T. (2007). Aggressive behaviour, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *British Journal of Psychiatry*, 191, 343-350.
- Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A. K., Sokero, T. P. e Isometsä, E. T. (2010). Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 167, 801-808.
- Hor, K. y Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, 24, 81-90.
- Howard, L. M., Trevillion, K., Khalifeh, H., Woodall, A., Agnew-Davies, R. y Feder, G. (2010). Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychological Medicine*, 40, 881-893.
- Hsu, C., Sheu, C., Liu, S., Sun, Y., Wu, S. y Lin, Y. (2009). Crime victimization of persons with severe mental illness in Taiwan. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 460-466.

- Kim, D., Kaspar, V., Noh, S. y Nam, J. H. (2006). Sexual and physical abuse among Korean female inpatients with schizophrenia. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 279-289.
- Klomek, A. B., Sourander, A., Niemela, S., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., Almqvist, F. y Gould, M. S. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*, 254-261.
- Kushel, M. B., Evans, J. L., Perry, S., Robertson, M. J. y Moss, A. R. (2003). No door to lock: victimization among homeless and marginally housed persons. *Archives of Internal Medicine, 163*, 2492-2499.
- Kvam, M. H. (2000). Is sexual abuse of children with disabilities disclosed? *Child Abuse & Neglect, 24*, 1073-1084.
- 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, 101*, 43-83.
- Manasse, M. E. y Ganem, N. M. (2009). Victimization as a cause of delinquency: the role of depression and gender. *Journal of Criminal Justice, 37*, 371-378.
- Maniglio, R. (2009). Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119*, 180-191.
- Marley, J. A. y Buila, S. (2001). Crimes against people with mental illness: types, perpetrators, and influencing factors. *Social Work, 46*, 115-124.
- McFarlane, A., Schrader, G., Bookless, C. y Browne, D. (2006). Prevalence of victimization, posttraumatic stress and violence behaviour in the seriously mentally ill. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 1010-1015.
- McPherson, D. M., Delva, J. y Cranford, A. J. (2007). A longitudinal investigation of intimate partner violence among mothers with mental illness. *Psychiatric Services, 58*, 675-680.
- Miller, L. (2008). *Counseling crime victims. Practical strategies for mental health professionals* (pp. 35-59). Nueva York: Springer.
- Mishna, F. (2003). Learning disabilities and bullying: double jeopardy. *Journal of Learning Disabilities, 36*, 336-347.
- Oliván-Gonzalvo, G. (2002). Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *Anales Españoles de Pediatría, 56*, 219-223.
- Oliván-Gonzalvo, G. (2005). ¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia y el maltrato de los niños con discapacidades? *Anales Españoles de Pediatría, 62*, 153-157.
- Peckham, N. G. (2007). The vulnerability and sexual abuse of people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities, 35*, 131-137.
- Pereda, N. (2009). Consecuencias psicológicas iniciales del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo, 30*, 3-13.
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo, 31*, 191-201.
- Romero, S., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, T., Goldstein, B. I., Gill, M. K., Iosif, A. M., Strober, M. A., Hunt, J., Eposito-Smythers, C., Ryan, N. D., Leonard, H. y Keller, M. (2009). Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 112*, 144-150.
- Sansone, R. A., Chu, J. y Wiederman, M. W. (2007). Suicide attempts and domestic violence among women psychiatric inpatients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 11*, 163-166.
- Sells, D. J., Rowe, M., Fisk, D. y Davidson, L. (2003). Violent victimization of persons with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric Services, 54*, 1253-1257.

- Sidebotham, P., Heron, J. y the ALSPAC Study Team. (2003). Child maltreatment in the "children" of the nineties: the role of the child. *Child Abuse and Neglect*, 27, 337-352.
- Silver, E. (2002). Mental disorder and violent victimization: the mediating role of involvement in conflicted social relationships. *Criminology*, 40, 191-212.
- Silver, E., Arseneault, L., Langley, J., Caspi, A. y Moffitt, T. E. (2005). Mental disorder and violent victimization in a total birth cohort. *American Journal of Public Health*, 95, 2015-2021.
- Silver, E., Piquero, A. R., Jennings, W. G., Piquero, N. L. y Leiber, M. (2011). Assessing the violent offending and violent victimization overlap among discharged psychiatric patients. *Law and Human Behavior*, 35, 49-59.
- Sirotych, F. (2008). Correlates of crime and violence among persons with mental disorder: an evidence-based review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8, 171-194.
- Snowden, J. y Lurigio, A. J. (2007). The mentally ill as victims of crime. En R. C. Davis, A. J. Lurigio y S. Herman (dirs.), *Victims of crime* (3ª ed., pp. 189-199). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stith, S. M., Liu, L., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M. y Dees, J. E. (2009). Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 13-29.
- Sturup, J., Sorman, K., Lindqvist, P. y Kristiansson, M. (2011). Violent victimization of psychiatric patients: a Swedish case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 29-34.
- Sullivan, P. M. (2009). Violence exposure among children with disabilities. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 196-216.
- Sullivan, P. M. y Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect*, 24, 1257-1274.
- Teasdale, B. (2009). Mental disorder and violent victimization. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 513-535.
- Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M. y Weiner, D. A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey. *Archives of General Psychiatry*, 62, 911-921.
- Uribe, J. y Alonso, S. (2009). *Les persones en situació de sense llar de Barcelona: perfils, estat de salut i atenció sanitària*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.
- Vaughn, M. G., Fu, Q., Delisi, M., Beaver, K. M., Perron, B. E. y Howard, M. O. (2010). Criminal victimization and comorbid substance use and psychiatric disorders in the united states: results from the NESARC. *Annals of Epidemiology*, 20, 281-288.
- Walsh, E., Moran, P., Scott, C., McKenzie, K., Burns, T., Creed, F., Tyrer, P., Murray, R. M., Fahy, T. y UK700 Group (2003). Prevalence of violent victimization in severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 183, 233-238.
- White, M. C., Chafetz, L., Collins-Bride, G. y Nickens, J. (2006). History of arrest, incarceration and victimization in community-based severely mentally ill. *Journal of Community Health*, 31, 123-135.

RECIBIDO: 2 de febrero de 2011

ACEPTADO: 19 de marzo de 2011