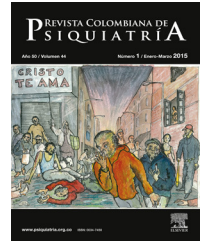




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo de revisión

El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio

Adalberto Campo-Arias^{a,*} y Edwin Herazo^b

^a Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, Investigaciones y Publicaciones, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano (Human Behavioral Research Institute), Bogotá, Colombia

^b Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano (Human Behavioral Research Institute), Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de octubre de 2014

Aceptado el 14 de abril de 2015

On-line el 30 de mayo de 2015

Palabras clave:

Estigma social

Discriminación social

Suicidio

Revisión

R E S U M E N

Introducción: Se propone el concepto “complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental” (CEDATM) para englobar los términos usados en la teoría de la atribución: estigma, estereotipo, prejuicio y discriminación. El CEDATM (el internalizado y el percibido) es un fenómeno frecuente que puede explicar un porcentaje de los casos de suicidio.

Objetivo: Revisar los factores que pueden explicar la asociación existente entre CEDATM y suicidio y postular posibles mecanismos implicados subyacentes.

Resultados: Se identificaron artículos en MEDLINE con los descriptores en inglés para “estigma”, “trastornos mentales” y “suicidio” o “tasa de suicidio”. Se incluyeron artículos publicados entre enero de 2000 y junio de 2014. No se consideraron revisiones del tema y estudios de casos. Los dos estudios incluidos mostraron que el estigma incrementa el riesgo de comportamientos suicidas. Se evidenció que las personas con estigma internalizado realizaron más intentos de suicidio y que la tasa de suicidio en población general es más alta en los países con mayor estigma percibido. Se consideró que la relación entre CEDATM y suicidio se establece por mecanismos interrelacionados: un mecanismo “directo” que incluye el CEDATM percibido y se configura como barreras de acceso a servicios y acciones en salud mental, y un mecanismo “indirecto” que involucra el CEDATM internalizado y que incrementa la vulnerabilidad a episodios depresivos y comportamientos autolesivos repetidos que pueden terminar en suicidio.

Conclusiones: El CEDATM impacta negativamente en la calidad de vida de las personas que reúnen criterios de trastornos mentales y da cuenta de un número importante de suicidios. Una primera vía se relaciona con el estigma percibido, que se configura como barrera de acceso a servicios y acciones en salud mental, y una segunda ruta que incluye comportamientos autolesivos repetidos que reducen la autoestima e incrementan el estrés percibido. Se necesitan investigaciones que profundicen en el conocimiento de esta asociación.

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: campoarias@comportamientohumano.org, campoarias@gmail.com (A. Campo-Arias).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.003>

0034-7450/© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

The Stigma-discrimination Complex Associated With Mental Disorder as a Risk Factor for Suicide

A B S T R A C T

Keywords:

Social stigma
Social discrimination
Suicide
Review

Background: The concept stigma-discrimination complex associated with mental disorder (SDCAMD) is proposed to encompass the terms used in the attribution theory: stigma, stereotype, prejudice and discrimination. SDCAMD is one of the most frequent disorders worldwide. Internalized and perceived SDCAMD may explain a number of suicide cases.

Objective: To update the factors that may explain the association between SDCAMD and suicide, and postulate possible underlying mechanisms.

Results: Articles were identified in MEDLINE using the descriptors for “stigma”, “mental disorders” and “suicide” or “suicide rate”. Articles published between January 2000 and June 2014 were included. Reviews and case studies were not considered. The two included studies showed that stigma increased the risk of suicidal behaviors. It was evident that people who meet criteria for mental disorder and reported high self-stigma made a greater number of suicide attempts, and countries with high stigma in the general population have a higher suicide rate. It was considered that the relationship between SDCAMD and suicide is established by a set of interrelated mechanisms. A “direct” mechanism involving perceived stigma and is configured as a barrier to access mental health services, and an “indirect” mechanism involving the self-stigma, which increases the vulnerability to depressive episodes and repeated self-injurious behaviors that ultimately end in suicide.

Conclusions: The SDCAMD impacts negatively on the quality of life of people who meet criteria for mental disorders, and accounts for a significant number of suicides. One way is related to the perceived stigma that is configured as a barrier to access mental health services and, the second one includes repeated self-injurious behaviors that reduce self-esteem and increases perceived stress. Further research is required to increase the knowledge of this association.

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Estigma, estereotipo, prejuicio y discriminación son conceptos altamente imbricados, producto de una compleja dinámica sociocultural¹⁻⁴. El estigma se configura en el momento que un estereotipo o una idea preconcebida frente a un atributo o rasgo¹ toma una connotación negativa (prejuicio)^{2,5} y que valida la cultura hegemónica en las situaciones en que niegan algún derecho (discriminación) a los miembros del grupo con la característica estigmatizada⁶.

Tradicionalmente, desde la teoría de la atribución, el estigma, el estereotipo, el prejuicio y la discriminación se conciben como una secuencia lineal de estigma-estereotipo/prejuicio-discriminación⁷⁻¹⁰. Aunque este modelo de entender el estigma es congruente y convincente, en la vida real son conceptos cuya separación no es posible y, por el contrario, puede resultar funcional para el diseño de acciones y políticas públicas que, con el objetivo de reducir o eliminar el estigma, terminan por reforzarlo a través de la invisibilización de los asuntos fundamentales, con la consecuente perpetuación del estigma¹¹. Para mayor claridad puede tomarse como ejemplo el estigma hacia las personas con trastornos mentales. Se han expedido normas y políticas públicas para la reducción o eliminación del estigma hacia estas personas mediante planes, programas, estrategias y actividades que buscaron informar

sobre los trastornos mentales, acercar y promover la asistencia a los servicios en salud mental y colocar el tema en la agenda pública, acciones todas muy positivas y convenientes^{9,12}. Sin embargo, esta manera tradicional de abordar el estigma hacia las personas con trastornos mentales deja de lado los contextos particulares y la mirada holística que una situación tan compleja requiere, con el riesgo de acentuar la patologización y medicalización de la salud mental, al alejarla del bienestar social, de modelos de calidad de vida que no estén regidos primordialmente por el consumismo y la acumulación de capital y de la necesidad que deberían tener las sociedades de eliminar las inequidades¹³.

Por lo insuficiente que resulta la explicación lineal estigma-estereotipo/prejuicio-discriminación, los autores del presente artículo proponen el uso del constructo complejo estigma-discriminación (CED) para agrupar estos conceptos asociados e inseparables. La presente revisión se ocupa del CED hacia las personas con trastornos mentales, por lo que se utiliza la denominación complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental (CEDATM) entendido como una secuencia compleja, indivisible y en espiral de los cuatro términos, como otros autores han propuesto recientemente sin dar una denominación particular¹⁴⁻¹⁶. No obstante, se puede ampliar a otros rasgos frecuentemente estigmatizados tan evidentes o manifiestos como étnico-raciales, sexuales, por discapacidad física y sensorial u otras condiciones que pueden disimularse

u ocultarse, como la orientación sexual o la infección por el VIH¹⁷⁻¹⁹.

También es importante diferenciar dos formas del CEDATM. La primera es la modalidad percibida, que implica el ejercicio de etiquetamiento y exclusión que perpetran otras personas y la sociedad a las personas que reúnen criterios de trastorno mental^{2,20-22}. La segunda, la internalizada o el autoestigma-discriminación, que alude a que las personas que reúnen criterios de trastorno mental asimilan o aceptan como ciertas las opiniones negativas acerca de estas condiciones humanas^{2,23}.

Lo que se propone como CEDATM es frecuente en el mundo y supera en prevalencia a los relacionados con la orientación sexual y la infección por el VIH^{24,25}. No obstante, tanto el CEDATM como los complejos asociados a otras características varían de acuerdo con el momento histórico y las diferencias culturales, económicas y sociales de las sociedades. Igualmente, la frecuencia de CEDATM guarda asociación con el trastorno clínico específico implicado; por ejemplo, según la forma de medición, hasta el 72% de las personas que reúnen criterios de trastornos depresivos y algo más del 85% de las personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia son víctimas de alguna forma de estigmatización-discriminación^{26,27}.

El suicidio es un fenómeno clínico complejo relacionado con un conjunto diverso de factores de riesgo individuales, familiares, culturales, históricos, políticos y por la determinación social^{28,29}. El suicidio es un desenlace fatal que se asocia en aproximadamente el 90% de los casos a la presencia de un trastorno mental³⁰.

En general, se observa que los trastornos mentales incrementan de manera estadísticamente significativa la posibilidad de un episodio autolesivo. El riesgo de suicidio en presencia de trastorno mental puede multiplicar de 4 a 25 veces el que se observa en la población sin trastorno mental, con excepción del trastorno del desarrollo de la capacidad intelectual y el deterioro cognitivo mayor³¹. Los trastornos depresivos, del espectro de la esquizofrenia, bipolares, de ansiedad y de personalidad explican un número importante de los diagnósticos formales que reúnen este grupo de personas, en particular, los casos en que hay comorbilidad^{28,30-32}.

A la fecha, algunos investigadores han observado que las personas que reúnen criterios de trastornos mentales presentan más riesgo de mortalidad temprana no solo debido a comportamientos suicidas, sino también relacionadas con enfermedades respiratorias, cardiovasculares, neoplásicas y por condiciones que afectan a la realización del proyecto de vida de las personas o su papel en la familia, en los grupos sociales a los que pertenece, en la comunidad en general o en el ámbito educativo y laboral³³⁻⁴⁴.

No obstante, las variables que explican la mayor mortalidad por suicidio entre las personas con trastorno mental se conocen parcialmente en número, extensión y profundidad^{27,30}. En los años recientes se ha prestado mayor atención al estigma asociado a trastornos mentales y su impacto en la calidad de vida⁴⁵⁻⁴⁸. Se plantea que las actitudes y acciones relacionadas con el CEDATM, como en otros complejos de estigma-discriminación, las víctimas las perciben como amenazantes, como otro estresor, y se traduce en una respuesta fisiológica, psicológica y comportamental⁴⁹⁻⁵⁴. De tal suerte

que el CEDATM se configura por sí mismo en un factor que considerar en personas con comportamiento suicida⁵⁵. Sin embargo, el rol directo o indirecto del CEDATM en estas personas no se ha estudiado ampliamente.

El objetivo de este trabajo es proponer los conceptos de CED y CEDATM, revisar los factores que pueden explicar la asociación existente entre el CEDATM y el suicidio y postular los posibles mecanismos implicados subyacentes.

Desarrollo del tema

Algunas investigaciones exploran la asociación particular entre estigma y discriminación relacionada con trastorno mental y suicidio. Para conocer el estado del conocimiento específico, se buscaron los artículos disponibles en MEDLINE a través de PubMed. Se usaron los descriptores en inglés para "estigma" (*stigma*), "trastornos mentales" (*mental disorders*) y "suicidio" o "tasa de suicidio" ("*suicide*" or "*suicide rate*"). Se incluyeron artículos originales publicados desde el 1 de enero de 2000 hasta el 30 de junio de 2014. No se consideraron para este análisis las revisiones del tema y los estudios de casos. Es importante anotar que se usaron especificadores del tipo de diseño de los estudios (observacional, ecológico o transversal) para limitar aún más.

En la búsqueda inicial se identificaron 49 artículos; sin embargo, la inclusión de cada uno de los tipos de estudios redujo entre 0 y 5 el número de títulos posibles, por lo que se desestimó el uso de estos especificadores. De los 49 títulos, se seleccionaron seis resúmenes sugestivos de las investigaciones formales. No obstante, fue necesario descartar cuatro de ellos después de la lectura, dado que dos no exploraron la asociación de interés^{56,57}, uno era un estudio relacionado con estigma distinto de trastorno mental⁵⁸ y otro era una revisión narrativa⁵⁹.

En la revisión se identificaron dos investigaciones que exploraron la asociación entre estigma, discriminación y comportamientos suicidas. En la primera, Assefa et al⁶⁰, en un grupo de 212 personas que reunían criterios de esquizofrenia (el 65% varones; el 72% sin pareja estable; el 71% desempleados) cuantificaron estigma internalizado con la Escala para Estigma Internalizado (alfa de Cronbach = 0,92) y la historia de intento de suicidio con una pregunta (¿Alguna vez se ha sentido tan desesperado/a que incluso ha intentado hacerse daño o quitarse la vida?) e informaron que el 71% de los pacientes tenían alto autoestigma y el 45% informó al menos un intento suicida alguna vez en la vida; quienes presentaron alto autoestigma mostraron el doble de riesgo de intento suicida (*odds ratio* [OR] = 2,3; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,3-4,1).

En la segunda investigación, Schomerus et al⁶¹ llevaron a cabo un estudio ecológico con información del año 2010 de 24 países de la Unión Europea, y cuantificaron "aceptación o rechazo social" como medida de estigma percibido, con la respuesta a una de dos preguntas (¿Podría resultar difícil hablar con alguien con un problema de salud mental? y ¿No tendrías ningún problema en hablar con alguien con un problema de salud mental?), y la tasa de suicidio (lesiones autoinfligidas y suicidios, según los registros de la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades). Los autores omitieron la información sobre la frecuencia de estigma y las tasas de suicidio; no obstante, mostraron que el estigma se relacionaba

directamente con la tasa de suicidio (coeficiente beta estandarizado, $\beta = 0,46$). El beta estandarizado indica que, por cada unidad que se incrementa el estigma, la tasa de suicidio en la población aumenta en 0,46.

En resumen, estas investigaciones mostraron que el estigma, tanto el internalizado como el percibido, puede ser una variable intermedia o mediadora en la asociación observada entre trastorno mental y los comportamientos suicidas y el suicidio consumado.

Discusión

Según el resultado de los estudios analizados y al retomar la propuesta de los autores de que el estigma visto en forma aislada no dice mucho sobre la realidad que viven las personas que sufren discriminación, como consecuencia del estigma y el estereotipo/prejuicio, sino que son un complejo (CEDATM), en el que sus componentes son inseparables física, emocional e históricamente, puede afirmarse que el CEDATM está asociado a la presentación de comportamientos suicidas y es un factor de riesgo de suicidio.

Las observaciones anteriores permiten postular un par de posibles mecanismos involucrados en la relación entre el CEDATM y el suicidio. Sin duda, estos mecanismos están ampliamente interrelacionados, con estadios comunes o compartidos.

Primero se propone una vía expedita o mecanismo "directo", que implica que el CEDATM percibido conlleva una pérdida de estatus y suele afrontarse con aislamiento social, deterioro en las redes de apoyo y reducción de oportunidades laborales, sociales, etc. Se configuran así barreras de acceso a servicios en salud mental^{62,63}. Las personas sintomáticas o sus familiares con frecuencia ocultan el sufrimiento ocasionado por los trastornos mentales y, con ello, se retrasa la consulta a profesionales de la salud mental⁶⁴. Estas demoras incrementan de manera importante la gravedad del episodio y, en consecuencia, se acrecienta el riesgo de suicidio^{28,30-32}. Asimismo, una vez las personas asisten a valoración médica es habitual el rechazo del diagnóstico formal y los posibles factores etiológicos que llevan al incumplimiento del plan terapéutico, ya sea psicoterapia o farmacoterapia⁶²⁻⁶⁴. El incumplimiento terapéutico es la principal causa de recaídas, recurrencias y rehospitalizaciones de personas que reúnen criterios de trastorno mental⁶⁵⁻⁶⁷. La falta de adhesión a las recomendaciones profesionales reagudiza los síntomas y, con ello, se eleva el riesgo de suicidio. El suicidio es la peor consecuencia del incumplimiento terapéutico^{58,68} y también del CEDATM⁶⁹.

Segundo, se plantea una ruta más intrincada, un mecanismo "indirecto" que involucra el CEDATM internalizado que incrementa la predisposición de los pacientes a reunir criterios de un episodio depresivo mayor^{70,71}. Los pacientes con alto CEDATM internalizado expresan con mayor frecuencia ideas de minusvalía, baja autoeficacia, desesperanza, deterioro social, desempleo y dificultades para iniciar o mantener una relación de pareja si así lo desearan, es decir, un deterioro general de la calidad de vida^{72-78,46,79,80}. A mayor número de episodios depresivos, se eleva el nivel de CEDATM

internalizado, y con ello la posibilidad de intentos de suicidio y suicidio consumado^{69,72}.

Adicionalmente, los pacientes con historia de intentos de suicidio suman un nuevo complejo estigma-discriminación, ahora relacionado con el intento o los intentos de suicidio repetidos⁸¹⁻⁸³. Este complejo estigma-discriminación se configura como barrera de acceso a servicios de salud mental e incumplimiento del plan terapéutico^{63,64}. Los obstáculos incrementan, sin duda, el riesgo de suicidio en este grupo de personas^{16,24,71}. El modelo para estos mecanismos se muestra en la figura 1.

Es preferible considerar el conjunto estigma-estereotipo/prejuicio-discriminación como un "complejo", más que conceptos interrelacionados. Por una parte, existen diferentes aproximaciones, no mutuamente excluyentes, para precisar el origen del complejo: constitucional, económico, psicológico, institucional o evolutivo⁸⁴, y por otra, el complejo incluye varios componentes: cognitivo, afectivo y conductual, con una base biológica que los explica, dentro de un contexto social y cultural particular^{49-53,84,85}.

Aunque se acepta que los CED asociados a diferentes características socialmente degradadas comparten algunos puntos de convergencia o similitudes^{20,22,23}, es necesario tener presente que el CEDATM muestra algunos matices distintivos, particulares y relevantes⁴. El CED es mayor si el rasgo, la situación o la condición señaladas como indeseables son muy evidentes o visibles, se piensa estar bajo el control voluntario del señalado o si se percibe como peligroso^{4,22,23}.

En un número importante de personas que reúnen criterios de trastorno mental, en especial los llamados trastornos mayores, la visibilidad de la condición es alta, por los síntomas en sí mismos o los efectos secundarios de la medicación utilizada para controlarlos^{4,25}.

De la misma forma, el conjunto de imaginarios y representaciones sociales de los trastornos mentales da cuenta de que las personas no pueden controlar los síntomas y, en consecuencia, se califican como perezosas, manipuladoras o afectadas de una deficiencia en la personalidad^{26,27}. Es frecuente que las personas legas e incluso los profesionales de la salud con poca experiencia en salud mental no consideren que los "trastornos" mentales sean condiciones objeto de atención para el sistema de salud, a diferencia de las "verdaderas enfermedades" (físicas), por lo que persisten las explicaciones mágicas o pintorescas y la fragmentación del concepto de salud^{4,11,22}.

Finalmente, el CEDATM guarda relación con la alta peligrosidad que se endilga a las personas que reúnen criterios de trastorno mental. Por lo general, se relacionan erróneamente los trastornos mentales con mayor frecuencia de comportamientos violentos, hacia otras personas y contra sí mismos, que cuando no hay diagnóstico formal de trastorno mental, lo que posiblemente se relacione con el origen histórico de la psiquiatría, vinculada al sistema judicial como un componente de las evaluaciones forenses para determinar la responsabilidad criminal o legal^{21,26,86-88}.

Estas peculiaridades de los trastornos mentales se articulan para negar la solidaridad a las personas que reúnen criterios y la poca respuesta de las instituciones o de la sociedad en general (capital social)^{89,90} para mostrar benevolencia y

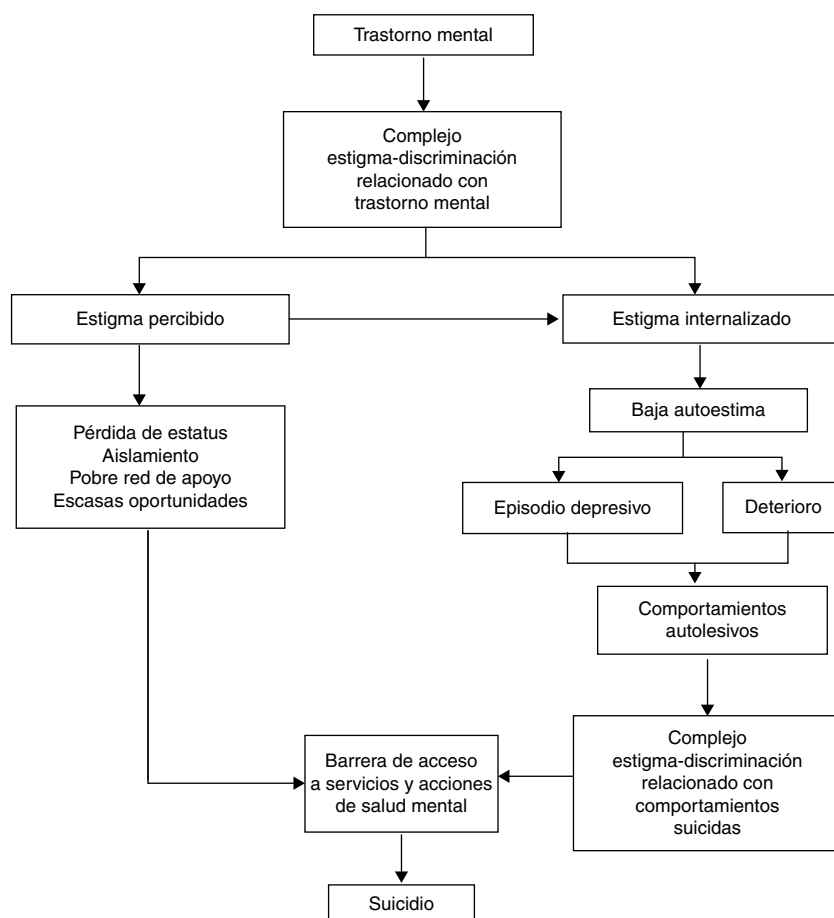


Figura 1 – Modelo de la asociación entre el complejo estigma-discriminación relacionado con trastorno mental y suicidio.

atender las necesidades de estos colectivos, con la persistencia del CEDATM⁹¹.

Actualmente, la prevención del suicidio es un proceso complejo y desalentador⁹²⁻⁹⁴. La estimación y la cuantificación del riesgo son inexactas e imprecisas^{95,96}, dado que pocas acciones en salud pública han mostrado efectos positivos en la prevención del suicidio, la educación del personal sanitario, especialmente médico, en el diagnóstico y el tratamiento adecuado de los episodios depresivos, el control del acceso a métodos suicidas, el seguimiento adecuado de personas con intento suicida reciente y la regulación de los medios de comunicación en el manejo informativo de los eventos suicidas en la comunidad son fundamentales⁹⁷⁻¹⁰⁰.

Por su lado, la respuesta institucional orientada a reducir el CEDATM se ha centrado en dos puntos fundamentales: el continuo proceso de cambios en la nominación, el uso lingüístico del concepto de trastorno mental, para minimizar el estigma (por ejemplo, el cambio entre el DSM-IV-TR y el DSM-5 de retraso mental por trastorno del desarrollo de la capacidad intelectual y demencia por deterioro cognitivo mayor^{31,85}), y la insistencia en llamar a estos sufrimientos humanos “trastorno” y no “enfermedades”, dados la poca claridad y el escaso conocimiento de las verdaderas naturaleza y causas de estos padecimientos^{101,102}. La segunda se ha centrado en el manejo de la información sobre los trastornos mentales, en poner al alcance de los colectivos y comunidades las perspectivas y los hallazgos en neurociencia, en un proceso de

consolidación de la medicalización de la vida cotidiana y de la salud mental¹⁰¹⁻¹⁰³. La medicalización ha tenido un efecto contraproducente, pues se ha convertido en otra fuente de CEDATM. El mero conocimiento de la implicación de factores biológicos en la presentación de estos padecimientos no modifica sustancialmente los mitos y otros imaginarios o representaciones sociales negativas^{101,102}.

Es indiscutible la necesidad de conocer la frecuencia y las variables asociadas al CEDATM, internalizado y percibido, ya que la presencia de un estigma potencia otros estigmas¹⁰⁴. En países en vía de desarrollo, como Colombia, se debe conocer el desempeño de los instrumentos disponibles para la cuantificación de este fenómeno en personas que reúnen criterios de trastornos mentales y en la población general como una forma eficaz de detectar la situación problemática¹⁰⁵. Se esperaría observar una alta prevalencia de este fenómeno en América Latina^{106,107}.

Asimismo, una de las principales medidas en la prevención del suicidio debe ser la comprensión y la reducción del CEDATM internalizado, dado que supone un estresor para las personas que reúnen criterios de trastorno mental^{9,12,13,108,109}.

Conclusiones

El estigma, el estereotipo, el prejuicio y la discriminación relacionados con los trastornos mentales deben

considerarse como un “complejo”. La visibilidad de los síntomas, el supuesto control que se puede tener de los síntomas y la percepción de peligrosidad son características distintivas del CEDATM.

El CEDATM tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas que reúnen los criterios de estos trastornos y puede explicar un número importante de suicidios. Una primera vía se relaciona con el CEDATM percibido, que se transforma en una barrera de acceso a servicios y acciones en salud mental, y la segunda ruta incluye comportamientos autolesivos repetidos que incrementan el CEDATM y el estrés percibido.

Se necesitan investigaciones que profundicen la asociación entre CEDATM y suicidio y los mecanismos implicados en la asociación. También es preciso diseñar, implementar y evaluar el impacto de nuevas acciones preventivas orientadas a la reducción del CEDATM en el contexto nacional e internacional.

Financiación

El Instituto de Investigación del Comportamiento Humano (*Human Behavioral Research Institute*), Bogotá, Colombia, financió esta revisión.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Allport GW. *Nature of prejudice*. Oxford: Addison-Wesley; 1954.
- Goffman E. *Estigma*. En: *La identidad deteriorada*. 2.ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2012.
- Arboleda-Flórez J. Considerations on the stigma of mental illness. *Can J Psychiatry*. 2003;48:645-50.
- Hilton JM, Von Hippel W. Stereotypes. *Ann Rev Psychol*. 1996;47:237-71.
- Bodenhausen GV, Richeson JA. Prejudice, stereotyping, and discrimination. En: *Advanced Social Psychology*. Oxford-New York: Oxford University Press; 2010.
- Arboleda-Florez J. Stigma and discrimination: an overview. *World Psychiatry*. 2005;4:8-10.
- Stuart H, Arboleda-Flórez J, Sartorius N. *Paradigms lost. Fight stigma and the lessons learned*. New York: Oxford University Press; 2012.
- Major B, Quinton WJ, McCoy SK. Antecedents and consequences of attributions to discrimination: Theoretical and empirical advances. *Adv Exp Soc Psychol*. 2002;34:251-330.
- Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav*. 2003;44:162-79.
- Hegarty P, Golden AM. Attributional beliefs about the controllability of stigmatized traits: Antecedents or justifications of prejudice. *J Appl Soc Psychol*. 2008;38:1023-44.
- Herazo E. La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia: entre el posicionamiento en la agenda pública y la recomposición del concepto de salud. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2014;32 Supl 1 en prensa.
- Parcesepe AM, Cabassa LJ. Public stigma of mental illness in the United States: a systematic literature review. *Adm Policy Ment Health*. 2013;40:384-99.
- Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007;370:878-89.
- Hinshaw SP, Stier A. Stigma as related to mental disorders. *Annu Rev Clin Psychol*. 2008;4:367-93.
- Pescosolido BA, Martin JK, Lang A, Olafsdottir S. Rethinking theoretical approaches to stigma: A framework integrating normative influences on stigma (FINIS). *Soc Sci Med*. 2008;7:431-40.
- Bos AE, Pryor JB, Reeder GD, Stutterheim SE. Stigma: advances in theory and research. *Basic Appl Soc Psychol*. 2013;35:1-9.
- Chaudoir SR, Earnshaw VA, Andel S. Discredited versus discreditable: understanding how shared and unique stigma mechanisms affect psychological and physical health disparities. *Basic Appl Soc Psychol*. 2013;35:75-87.
- Stroebe K, Barreto M, Ellemers N. Experiencing discrimination: How members of disadvantaged groups can be helped to cope with discrimination. *Soc Iss Policy Rev*. 2010;4:181-213.
- Martín MA, Brändle G. Buscando la inclusión de las minorías en un contexto multicultural. Una revisión teórica del prejuicio y de las estrategias para reducirlo. *Papers*. 2013;98:79-102.
- Rudd MD, Goulding JM, Carlisle CJ. Stigma and suicide warning signs. *Arch Suicide Res*. 2013;17:313-8.
- Reynders A, Kerkhof AJFM, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49:231-9.
- Perez-Rodriguez MM, Baca-García E, Oquendo MA, Wang S, Wall MM, Liu SM, et al. Relationship between acculturation, discrimination, and suicidal ideation and attempts among US Hispanics in the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2014;75:399-407.
- Shrivastava A, Bureau Y, Rewari N, Johnston M. Clinical risk of stigma and discrimination of mental illnesses: Need for objective assessment and quantification. *Indian J Psychiatry*. 2013;55:178-82.
- Mak WW, Poon CY, Pun LY, Cheung SF. Meta-analysis of stigma and mental health. *Soc Sci Med*. 2007;65:245-61.
- Overton SL, Medina SL. The stigma of mental illness. *J Counsel Dev*. 2008;86:143-51.
- Griffiths KM, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, Jorm AF, Nakane H. Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*. 2006;6:21.
- Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125:440-52.
- Skegg K. Self-harm. *Lancet*. 2005;366:1471-83.
- Stack S. Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Part I: Cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav*. 2000;30:145-62.
- Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373:1372-81.
- Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:205-28.
- Costa L, Alencar A, Neto PJ, Dos Santos MS, Da Silvia CG, Pinheiro SF, et al. Risk factors for suicide in bipolar disorder: a systematic review. *J Affect Disord*. 2015;170:237-54.

33. Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lehtinen V. Mental disorders and cause-specific mortality. *Br J Psychiatry*. 2001;179:498–502.
34. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *J Affect Disord*. 2002;68:167–81.
35. Mykletun A, Bjerkeset O, Dewey M, Prince M, Overland S, Stewart R. Anxiety, depression, and cause-specific mortality: the HUNT study. *Psychosom Med*. 2007;69:323–31.
36. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Mortensen PB. Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:899–907.
37. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:1123–31.
38. Melchior M, Ferrie JE, Alexanderson K, Goldberg M, Kivimaki M, Singh-Manoux A, et al. Does sickness absence due to psychiatric disorder predict cause-specific mortality? A 16-year follow-up of the GAZEL occupational cohort study. *Am J Epidemiol*. 2010;172:700–7.
39. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One*. 2013;8:e55176.
40. Guan NC, Termorshuizen F, Laan W, Smeets HM, Zainal NZ, Kahn RS, et al. Cancer mortality in patients with psychiatric diagnoses: a higher hazard of cancer death does not lead to a higher cumulative risk of dying from cancer. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:1289–95.
41. Hannah MK, Batty GD, Benzeval M. Common mental disorders and mortality in the West of Scotland Twenty-07 Study: comparing the General Health Questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67:558–63.
42. Khan A, Faucett J, Morrison S, Brown WA. Comparative mortality risk in adult patients with Schizophrenia, depression, bipolar disorder, anxiety disorders, and attention-deficit/hyperactivity disorder participating in Psychopharmacology clinical trials. *JAMA Psychiatry*. 2013;70:1091–9.
43. Eaton WW, Roth KB, Bruce M, Cottler L, Wu L, Nestadt G, et al. The relationship of mental and behavioral disorders to all-cause mortality in a 27-year follow-up of 4 epidemiologic catchment area samples. *Am J Epidemiol*. 2013;178:1366–77.
44. Charrel CL, Plancke L, Genin M, Defromont L, Ducrocq F, Vaiva G, et al. Mortality of people suffering from mental illness: a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the North of France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50:269–77.
45. Ow CY, Lee BO. Relationships between perceived stigma, coping orientations, self-esteem, and quality of life in patients with schizophrenia. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27:NP1932–41.
46. Park SG, Bennett ME, Couture SM, Blanchard JJ. Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Res*. 2013;205:43–7.
47. Üçök A, Karadayi G, Emiroglu B, Sartorius N. Anticipated discrimination is related to symptom severity, functionality and quality of life in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2013;209:333–9.
48. Mosanya TJ, Adelufosi AO, Adebowale OT, Ogunwale A, Adebayo OK. Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;60:377–86.
49. Clark R, Anderson NB, Clark VR, Williams DR. Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. *Am Psychol*. 1999;54:805–16.
50. Miller CT, Kaiser CR. A theoretical perspective on coping with stigma. *J Soc Issue*. 2001;57:73–92.
51. Stuber J, Meyer I, Link B. Stigma, prejudice, discrimination and health. *Soc Sci Med*. 2008;67:351–7.
52. Rüsçh N, Corrigan PW, Wassel A, Michaels P, Olschewski M, Wilkniss S, et al. A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophr Res*. 2009;110:59–64.
53. Rüsçh N, Corrigan PW, Powell K, Rajah A, Olschewski M, Wilkniss S, et al. A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophr Res*. 2009;110:65–71.
54. Pascoe EA, Smart L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2009;135:531–54.
55. Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R. Stigma as a cause of suicide. *Br J Psychiatry*. 2003;183:173–4.
56. Major B, O'Brien LT. The social psychology of stigma. *Ann Rev Psychol*. 2005;56:393–421.
57. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113:163–79.
58. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: one animal or two. *Soc Sci Med*. 2008;67:358–67.
59. Link BG, Phelan J. Stigma power. *Soc Sci Med*. 2014;103:24–32.
60. Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry*. 2012;12:239.
61. Schomerus G, Evans-Lacko S, Rüsçh N, Mojtabai R, Angermeyer MC, Thornicroft G. Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015;24:166–71.
62. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*. 2004;59:614–25.
63. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010;71:2150–61.
64. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso en salud mental. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2014;43:162–7.
65. Emsley R. Non-adherence and its consequences: understanding the nature of relapse. *World Psychiatry*. 2013;12:234–5.
66. Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sánchez-Moreno J, Scott J. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord*. 2004;7:24–31.
67. Hui CL, Wong GH, Tang JY, Chang WC, Chan SK, Lee EH, et al. Predicting 1-year risk for relapse in patients who have discontinued or continued quetiapine after remission from first-episode psychosis. *Schizophr Res*. 2013;150:297–302.
68. Foster TJ. Suicide prevention as a prerequisite for recovery from severe mental illness. *Int J Psychiatry Med*. 2013;46:15–25.
69. Srivastava A. Clinical consequences of stigma (suicide, non-compliance and rehospitalisation). *Indian J Appl Res*. 2013;3:410–4.
70. Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Yen JY, Ko CH. Self-stigma and its correlates among outpatients with depressive disorders. *Psychiatr Serv*. 2005;56:599–601.
71. Cox WT, Abramson LY, Devine PG, Hollon SD. Stereotypes, prejudice, and depression: The integrated perspective. *Pers Psychol Sci*. 2012;7:427–49.

72. Vázquez GH, Kapczynski F, Magalhaes PV, Córdoba R, Lopez C, Rosa AR, et al. Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2011;130:323-7.
73. Kleim B, Vauth R, Adam G, Stieglitz RD, Hayward P, Corrigan P. Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *J Ment Health.* 2008;17:482-91.
74. Yanos P, Roe D, Markus K, Lysaker P. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Serv.* 2008;59:1437-42.
75. Tsang HWH, Fung KMT, Chung RCK. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2010;180:10-5.
76. Corrigan PW, Rafacz J, Rüschi N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Res.* 2011;189:339-43.
77. Yanos PT, West ML, Gonzales L, Smith SM, Roe D, Lysaker PH. Change in internalized stigma and social functioning among persons diagnosed with severe mental illness. *Psychiatry Res.* 2012;200:1032-4.
78. Mashiach-Eizenberg M, Hasson-Ohayon I, Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: the mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Res.* 2013;208:15-20.
79. Sarisoy G, Kaçar ÖF, Pazvantoglu O, Korkmaz IZ, Öztürk A, Akkaya D, et al. Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: A comparative study. *Compr Psychiatry.* 2013;54:665-72.
80. Lanfredi M, Zoppei S, Ferrari C, Bonetto C, Van Bortel T, Thornicroft G, et al. Self-stigma as a mediator between social capital and empowerment among people with major depressive disorder in Europe: The ASPEN study. *Eur Psychiatry.* 2015;30:58-64.
81. Lester D, Walker RL. The stigma for attempting suicide and the loss to suicide prevention efforts. *Crisis.* 2006;27:147-8.
82. Sudak H, Maxim K, Carpenter M. Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. *Acad Psychiatry.* 2008;32:136-42.
83. Vatan S, Gençöz F, Walker R, Lester D. Lay theories of suicide in Turkish and American students. *Suicidology.* 2010;1:28-33.
84. Arboleda-Flórez J. The rights of a powerless legion. En: Arboleda-Flórez J, Sartorius N, editores. *Understanding the stigma of mental illness: Theory and interventions.* Chichester: John Wiley & Sons; 2008. p. 1-17.
85. Haghghat R. A unitary theory of stigmatisation Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *Br J Psychiatry.* 2001;178:207-15.
86. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet.* 2002;359:545-50.
87. Shrivastava A, Johnston ME, Thakar M, Shrivastava S, Sarkhel G, Sunita I, et al. Impact and origin of stigma and discrimination in schizophrenia: Patient perceptions. *Stigma Res Action.* 2011;1:67-72.
88. Draine J. Mental health, mental illnesses, poverty, justice, and social justice. *Am J Psychiatr Rehab.* 2013;16:87-90.
89. Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int J Epidemiol.* 2004;33:1-18.
90. Allman D. The sociology of social inclusion. *SAGE Open.* 2013;3:1-16.
91. Davidson M. What else can we do to combat stigma. *World Psychiatry.* 2002;1:22-3.
92. Pompili M, Lester D, Grispini A, Innamorati M, Calandro F, Iliceto P, et al. Completed suicide in schizophrenia: evidence from a case-control study. *Psychiatry Res.* 2004;167:251-7.
93. Rihmer Z. Prediction and prevention of suicide in bipolar disorders. *Clin Neuropsychiatry.* 2005;2:48-54.
94. Silverman MM, Pirkis JE, Pearson JL, Sherrill JT. Expert recommendations for US research priorities in suicide prevention. *Am J Prev Med.* 2014;47:S97-101.
95. Gangwisch JE. Suicide risk assessment. *Int J Clin Rev.* 2011;1:04.
96. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry.* 2012;27:129-41.
97. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005;294:2064-74.
98. Eagles JM, Carson DP, Begg A, Naji SA. Suicide prevention: a study of patients' views. *Br J Psychiatry.* 2003;182:261-5.
99. Aragonès E, López-Muntaner J, Ceruelo S, Basora J. Reinforcing stigmatization: Coverage of mental illness in Spanish newspapers. *J Health Communication.* 2014;19:1248-58.
100. Ley 1616 (enero 21) por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2013.
101. Mulvany J. Disability, impairment or illness? The relevance of the social model of disability to the study of mental disorder. *Soc Health Illness.* 2000;22:582-601.
102. Chodoff P. The medicalization of the human condition. *Psychiatr Serv.* 2002;53:627-8.
103. Frances A. Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life. *Psychother Aust.* 2013;19:14.
104. Dinos S. Stigma creating stigma: a vicious circle. *Psychiatr Bull.* 2014;38:145-7.
105. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:80.
106. Arthur CM, Hickling FW, Robertson-Hickling H, Haynes-Robinson T, Abel W, Whitley R. Mad, sick, head nuh good: mental illness stigma in Jamaican communities. *Transcult Psychiatry.* 2010;47:252-75.
107. Hickling FW, Robertson-Hickling H, Paisley V. Deinstitutionalization and attitudes toward mental illness in Jamaica: a qualitative study. *Rev Panam Salud Publica.* 2011;29:169-76.
108. Rüschi N, Abbruzzese E, Hagedorn E, Hartenhauer D, Kaufmann I, Curschellas J, et al. Efficacy of coming out proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2014;204:391-7.
109. Farrelly S, Jeffery D, Rüschi N, Williams P, Thornicroft G, Clement S. The link between mental health-related discrimination and suicidality: service user perspectives. *Psychol Med.* 2015:1-10. Epub ahead of print.