


Artículo de revisión
Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental

Adalberto Campo-Arias^{a,*}, Heidi Celina Oviedo^b y Edwin Herazo^c

^a Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, Director, Investigaciones y Publicaciones, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia

^b Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá; Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia

^c Grupo de Investigación del Comportamiento Humano; candidato a doctor en salud pública, Universidad Nacional de Colombia; Director, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO
Historia del artículo:

Recibido el 24 de mayo de 2014

Aceptado el 1 de julio de 2014

On-line el 5 de agosto de 2014

Palabras clave:

Estigma social

Prejuicio

Discriminación social

Trastornos mentales

Acceso a servicios de salud

Revisión

R E S U M E N

Introducción: El estigma percibido supone una barrera sociocultural para el acceso a servicios de salud mental y priva a las personas que reúnen criterios de trastorno mental de la posibilidad de disfrutar de atención integral e integrada.

Objetivo: Actualizar los mecanismos institucionales por los cuales el estigma, percibido y perpetrado, relacionado con los trastornos mentales se configura como una barrera de acceso a la salud mental.

Resultados: El estigma como barrera para el acceso a servicios de salud mental se materializa con la reducción de solicitud de atención, la escasa asignación de recursos a salud mental, el proceso sistemático de pauperización de las personas que los padecen, el incremento del riesgo de implicaciones en delitos y el contacto con el sistema legal y en invisibilización de la vulnerabilidad de estas personas.

Conclusiones: Se necesita un proceso estructurado de sensibilización y educación de los distintos colectivos para promover el conocimiento sobre los trastornos mentales, favorecer la rehabilitación psicosocial en comunidad y la inclusión social y laboral. En Colombia, es necesario estudiar la frecuencia y las variables asociadas al estigma relacionado con trastornos mentales. Este conocimiento permitirá la implementación de acciones para favorecer la inclusión social de las personas que reúnen los criterios de trastorno mental.

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

Stigma: Barrier to Access to Mental Health Services
A B S T R A C T

Background: The perceived stigma represents a sociocultural barrier to access mental health services and prevents individuals who meet criteria for a mental disorder the possibility of receiving comprehensive and integrated care.

Keywords:

Social stigma

Prejudice

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: campoarias@comportamientohumano.org (A. Campo-Arias).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>

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

Social discrimination
Mental disorders
Health services accessibility
Review

Objective: To update institutional mechanisms by which stigma related to mental disorders, perceived and perpetrated, acts as a barrier to mental health access.

Results: Stigma as a barrier to access to mental health services is due to a reduction in service requests, the allocation of limited resources to mental health, the systematic process of impoverishment of the people who suffer a mental disorder, increased risk of crime, and implications in contact with the legal system, and the invisibility of the vulnerability of these people.

Conclusions: Structured awareness and education programs are needed to promote awareness about mental disorders, promote community-based psychosocial rehabilitation, and reintegration into productive life process. In Colombia, the frequency and variables associated with the stigma of mental disorders needs to be studied. This knowledge will enable the implementation of measures to promote the social and labor inclusion of people who meet the criteria for mental disorders.

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

Introducción

Estigma, estereotipo, prejuicio y discriminación son términos ampliamente relacionados y de gran importancia en psicología social y comunitaria y, por lo tanto, para la salud mental de los colectivos. La historia ha mostrado que las personas reúnen criterios para lo que denominamos trastornos mentales han sido etiquetadas repetidamente de alguna forma como personas o ciudadanos «indeseables». Esta marca negativa es el estigma¹, de tal manera que todas las personas que presentan síntomas ubicados en el espectro de los trastornos mentales se clasifican sesgadamente del igual modo. Se consolida un estereotipo, una forma unificada de calificar a un grupo de personas solo por una característica particular². Si esta calificación se hace de una manera desfavorable, que lleva a los portadores a juicios, posiciones o situaciones de desprestigio o descrédito que condicionan que siempre se los considere negativamente. Esto es lo que representa un prejuicio, juzgar inequívocamente a los ciudadanos que portan ese rasgo particular³. Todo lo anterior justifica la negación de los derechos de estas personas, que se materializa en comportamientos o prácticas sistemáticas de exclusión o marginación, lo que se entiende propiamente como discriminación^{3,4}.

La experiencia del estigma y sus componentes cognitivos, emocionales y conductuales debe entenderse tanto desde la perspectiva de la personas o colectivos que imponen el estigma (perpetrador) como desde las personas o grupos que son blanco de la estigmatización (víctima)¹⁻⁴. A esta experiencia en relación con la característica estigmatizada vivida por las víctimas en las interacciones con otras personas o instituciones, se la denomina estigma percibido, mientras que a la opinión negativa de la misma persona que reúne criterios de trastorno mental se la llama autoestigma o estigma internalizado o anticipado⁵.

Por su parte, por barreras de acceso se entiende toda situación o condición que limita o impide recibir o disfrutar la atención o los beneficios que ofrece el sistema de salud. Este conjunto de situaciones se traduce en subutilización de los servicios ofrecidos. Las barreras de acceso pueden ser geográficas, financieras, administrativas o institucionales y socioculturales^{6,7}.

Las barreras geográficas tienen relación con las distancias entre los usuarios y las entidades que prestan los servicios. Las barreras financieras son los costos o la inversión monetaria de la persona que necesita o solicita servicios. Las barreras administrativas son las relacionadas con los trámites burocráticos y el mismo sistema de salud que dificultan el disfrute de los planes de beneficios. Las barreras socioculturales son los comportamientos y las costumbres de los colectivos y las discrepancias existentes con la cultura de los administrativos y profesionales de la salud y con la forma en que se organizan los servicios de salud^{6,7}.

El estigma percibido es una barrera sociocultural para el acceso a servicios de salud mental y priva a las personas que reúnen criterios de trastorno mental de la posibilidad de disfrutar de atención integral e integrada. El estigma en salud mental se perpetra mediante el olvido y la negligencia; los actores ejecutivos y legislativos olvidan el componente mental en la mayoría de los programas, planes y sistemas de salud, no solo en países en vías de desarrollo, como Colombia, sino también en países desarrollados⁸.

El objetivo de esta revisión es actualizar los mecanismos o dispositivos institucionales por los cuales el estigma, percibido y perpetrado, relacionado con los trastornos mentales se configura como una barrera de acceso importante en salud mental.

Desarrollo del tema

En el mundo, algunos estudios han investigado la opinión negativa de la población general acerca de las personas con trastorno mental. Por ejemplo, en Ghana se observó que un 34-55% de los participantes respondieron de alguna forma prejuiciosa un cuestionario relacionado con las personas que tenían algún trastorno mental y con el tratamiento de los trastornos mentales⁹.

Asimismo, desde la perspectiva de las personas con trastorno mental, las experiencias de discriminación son frecuentes, por lo menos el 50% de las personas informan de un evento negativo relacionado con el trastorno mental alguna vez en la vida¹⁰. En Reino Unido, un grupo de 74 pacientes con criterios de esquizofrenia informaron que frecuentemente se

habían sentido estigmatizados (94%) y discriminados (59%)¹¹. De la misma forma, alrededor del 66% de un grupo de pacientes en Ghana se sintieron estigmatizados o discriminados debido al trastorno mental⁹. En un estudio multinacional en el que participaron personas con criterios de esquizofrenia, se observó que el 64% informó estigma anticipado ante la solicitud de trabajo o ingreso a la educación¹⁰.

En relación con las razones para la estigmatización, según algunos estudios, la actitud negativa frente a las personas que reúnen criterios de trastorno mental se relaciona con el desconocimiento o que los observadores no acepten los trastornos mentales como enfermedades (50%), la acusación de incompetencia (47%) y la percepción de peligrosidad^{11,12}. Por ejemplo, Barney et al¹³, en un grupo focal de 23 personas con historia de trastorno depresivo mayor, informaron de estigma percibido, en particular de personas que consideraban la condición como el resultado de la autoinducción, falta de control sobre los síntomas, que expresaban que era indeseable estar cerca de ellos e incluso que representaban una amenaza¹³.

Por otra parte, la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el quinto Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) agrupan los diferentes síntomas cognoscitivos, conductuales, emocionales y somáticos relacionados con los trastornos mentales en varias categorías, que definen más de 350 diagnósticos individuales. Sin embargo, el estigma y la discriminación son más evidentes y frecuentes en los trastornos que producen síntomas más perturbadores e incapacitantes, como los trastornos del espectro de la esquizofrenia, los relacionados con el consumo de sustancias que inducen adicciones y los trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar)^{5,11,14-17}.

Por otro lado, las fuentes del estigma y la discriminación pueden ser diversas¹⁰. Algunos pacientes informan de que personas de la comunidad general son la principal fuente de discriminación (61%), los medios de comunicación (43%), los supervisores o empleadores (36%)¹¹, familiares (43%), compañeros de trabajo (43%), profesionales de la salud (30%)¹⁸ e incluso la pareja (27%)¹⁰. En un estudio colombiano, el único disponible en revista científica indexada, con un grupo de 16 pacientes, estas personas mencionaron las fuentes anteriores; asimismo, declararon sentir la discriminación de otros miembros de la familia, y algunos familiares manifestaron sentirse estigmatizados por el trastorno de su pariente¹⁹.

La mayoría de la población general tiene una actitud negativa hacia las personas con trastornos mentales. En Nigeria, se observó que el 96% de la población general consideró que las personas con trastornos mentales son peligrosas; el 95%, que representan un problema de salud pública; el 91%, que presentan discapacidad cognitiva; el 83%, que temen entablar una conversación; el 75%, que no pueden trabajar, y el 55%, que deben ser recluidos en instituciones²⁰.

El desconocimiento de las causas de los trastornos mentales no solo se observa en la población general, sino también en las personas que los sufren y entre quienes los cuidan. Por ejemplo, Crabb et al. preguntaron la causa de los trastornos mentales a un grupo de 210 personas, pacientes o acompañantes, asistentes a un servicio de salud (neuropsiquiátrico y otras especialidades), y el 96% de los participantes declararon que el consumo de alcohol y otras sustancias

causan trastornos mentales; el 93%, enfermedades cerebrales; el 83%, posesión de espíritus malignos; el 76%, eventos psicológicos estresantes; el 48%, factores familiares o genéticos; el 43%, pobreza; el 22%, castigo de Dios, y el 33% identificó otros factores biológicos no genéticos ni relacionados con enfermedad cerebral como causas de trastornos mentales²¹.

Un punto central en el estigma relacionado con los trastornos mentales es que un alto porcentaje de la comunidad general y algunos otros especialistas no psiquiatras no los consideran condiciones biomédicas, sino respuestas desadaptadas ante eventos vitales^{22,23}. En ese sentido, Gujure et al. preguntaron a una muestra de 1.661 personas de la población de Nigeria la causa de los trastornos mentales, y el 81% declaró que el consumo de alcohol y otras sustancias puede producir dependencia; el 30%, espíritus diabólicos; el 30%, traumatismos; el 29%, estrés; el 26%, herencia; el 15%, abuso físico; el 11%, otros factores biológicos; el 9%, castigo divino, y el 6%, pobreza²⁰.

En este punto es importante considerar la frecuencia de autoestigma. Por ejemplo, Brohan et al., en una muestra de 1.229 personas que reunían criterios de esquizofrenia de 14 países europeos, cuantificaron estigma internalizado con un cuestionario multidimensional e informaron de que el 77% de los participantes puntuaron para autoestigma importante²⁴. Por su parte, Ghanean et al. aplicaron el mismo cuestionario a un grupo de 138 participantes iraníes que reunían criterios de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, y hallaron que el 60% alcanzó puntuación de estigma importante²⁵.

Estigma, estereotipo, prejuicio y discriminación son una carga adicional que deben llevar personas que reúnen criterios de trastorno mental, las familias cuidadoras y las personas e instituciones que les brindan cuidados en salud²⁶. La magnitud del impacto guarda relación con el contexto sociocultural²⁷. El estigma percibido (y el autoestigma) guarda una relación directa con la gravedad de los síntomas, independientemente del diagnóstico formal²⁸.

Sin duda, estos fenómenos hacen que las personas con frecuencia oculten los síntomas^{9,29}, no busquen ayuda profesional y rechacen el diagnóstico clínico, e inducen el incumplimiento del tratamiento^{19,28}. En este sentido, Kessler et al. observaron que, entre 1990 y 2002, la prevalencia de trastornos mentales en la población general se mantuvo igual (alrededor del 30%), y aunque hubo un incremento de la proporción de personas que reciben tratamiento (del 20 al 33%), la mayoría de las personas que lo necesitaban permanecieron sin tratamiento alguno³⁰.

Estas demoras en el diagnóstico y el tratamiento del trastorno mental no solo prolonga el sufrimiento las personas que lo padecen, sino también el de cuidadores, otros familiares y las comunidades^{29,31}. El impacto negativo del estigma de los trastornos mentales es más devastador que el trastorno mismo³².

En resumen, el estigma como barrera para el acceso a servicios de salud mental en la práctica se consolida por varios mecanismos o dispositivos. Primero, el estigma hace que se reduzcan las solicitudes de las personas que sufren trastornos mentales de servicios que se ofrecen en promoción,

prevención, atención, asesoría y rehabilitación en salud mental^{9,19,29}. Segundo, el estigma repercute negativamente en la asignación de recursos destinados a salud mental, dado que se considera que los trastornos mentales son entidades clínicas que producen deterioro funcional de las personas, con las consiguientes incapacidades laborales y otros gastos no recuperables conexos. La mayoría de los países destinan una mínima porción del presupuesto a la atención de la salud mental⁸. Tercero, el conjunto de adversidades en la atención y la calidad de los servicios en salud mental tienen otras implicaciones; las personas que reúnen criterios de trastorno mental están condenadas a un proceso sistemático de pauperización y a formar parte de las poblaciones más pobres, sin posibilidades de rehabilitación e inclusión social y laboral³³. Cuarto, este contexto de adversidades y desigualdades incrementa la probabilidad de consumir sustancias, implicarse en delitos y tener contacto con el sistema legal³⁴. Aunque la mayoría de las personas involucradas en actividades ilícitas no reúnen criterios de trastornos mentales como esquizofrenia³⁵, el manejo impreciso e inadecuado que los medios hacen de los delitos en que participan algunas personas durante periodos de síntomas agudos refuerza la imagen social, el estereotipo negativo y la discriminación de las personas que en algún momento reúnen criterios de trastorno mental^{36,37}. La representación social en los medios de comunicación es particularmente negativa para las personas que reúnen criterios de esquizofrenia^{38,39}. Y quinto, con frecuencia se minimiza la vulnerabilidad de las personas que reúnen criterios de trastornos mentales; este colectivo tiene alto riesgo de victimización, abuso y maltrato por distintos agentes⁴⁰⁻⁴²; estos ciudadanos tienen una probabilidad de ser víctimas de delitos de 2 a 10 veces mayor que la población general⁴³.

Discusión

Es incuestionable que el desconocimiento sobre las características, el tratamiento, el curso y el pronóstico de los trastornos mentales es la principal causa del estigma, el estereotipo, el prejuicio y la discriminación⁴⁴. Se necesita comenzar un proceso estructurado de sensibilización y educación de los distintos colectivos y comunidades (familiares, prestadores de servicios de salud, estudiantes, autoridades civiles y militares y población general) para promover el conocimiento sobre los trastornos y así reducir el estigma, favorecer la rehabilitación psicosocial en la comunidad y la reinserción en la vida social y laboral del país⁴⁵⁻⁴⁷. Las intervenciones deben ser duraderas, intersectoriales, diversificadas y culturalmente sensibles, dado que los estigmas suelen sumarse en los grupos minoritarios⁴⁸; además, es más fácil implantar un estigma que suprimirlo^{5,19}.

Asimismo, en el diseño de intervenciones orientadas a reducir el estigma en la comunidad, se debe considerar que algunos aspectos pueden favorecer la perpetuación del estigma, en lugar de reducirlo. Por ejemplo, el uso de términos fuera del contexto biomédico es fuente de estigma; es posible que el uso de estos términos técnicos por la población general tome una connotación negativa distinta que en la aplicación biomédica⁴⁹.

En relación con las estrategias para combatir este problema de salud pública, es escaso el conocimiento sobre el impacto de las intervenciones en los medios de comunicación de masas en la reducción del estigma y la discriminación hacia personas con trastornos mentales, en particular, en países de bajos y medianos ingresos⁵⁰. Sin duda, una mayor inversión en el componente mental o destinar mayor porcentaje del presupuesto o del producto interno bruto son una de las primeras medidas para reducir el estigma en salud mental^{51,52}. Esto facilitará la reducción del impacto negativo del estigma percibido en la autoestima de las personas que reúnen criterios de trastorno mental⁵³ y las consecuencias desfavorables de los trastornos mentales en la carga general de enfermedad de los países, expresada en años de vida saludable perdidos (*disability-adjusted life years [DALY]*), años de vida perdidos por muerte prematura (*years of life lost to premature mortality [YLL]*) y años vividos con discapacidad (*years lived with disability [YLD]*)⁵⁴⁻⁵⁷.

Conclusiones

En muchos imaginarios y representaciones sociales, las personas que reúnen criterios de trastornos mentales son peligrosas, incompetentes y responsables, por cualquier razón, de sus propios síntomas. En general, la mayoría de los colectivos, sociedades y Estados consideran que las personas que reúnen criterios de trastornos mentales son ciudadanos de menos categoría y se las discrimina y excluye. El estigma en salud mental no solo afecta a los pacientes, sino también, por cercanía, a familiares, profesionales e instituciones que trabajan en el área.

El estigma en salud mental, percibido y perpetrado, se configura de varias maneras como barrera de acceso a la salud integral e integrada. Por un lado, las personas que reúnen trastornos mentales interiorizan la culpa y la vergüenza por los síntomas y, por el otro, carecen de poder político y, en consecuencia, no abogan por sí, están fuera de la agenda y no merecen que se invierta en su bienestar. En consecuencia, la salud mental pública es un tópico de poca importancia y escaso interés para la inversión de recursos públicos y privados.

En Colombia, es necesario estudiar el estigma relacionado con trastornos mentales, la frecuencia y las variables asociadas, en los distintos contextos sociales y culturales. Este conocimiento de la situación permitirá diseñar, implementar y evaluar las acciones orientadas a favorecer la inclusión social y laboral y de generación de bienestar de las personas que reúnen criterios de trastornos mentales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

El Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia, financió este trabajo de revisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Ann Rev Sociol.* 2001;27:363-85.
2. Major B, O'Brien LT. The social psychology of stigma. *Ann Rev Psychol.* 2005;56:393-421.
3. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: one animal or two? *Soc Sci Med.* 2008;67:358-67.
4. Haghghat R. A unitary theory of stigmatisation. Pursuit of self-interest and routes to stigmatisation. *Br J Psychiatry.* 2001;178:207-15.
5. Cox WT, Abramson LY, Devine PG, Hollon SD. Stereotypes, prejudice, and depression: The integrated perspective. *Perspect Psychol Sci.* 2012;7:427-49.
6. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica.* 2004;20Supl2:S190-8.
7. Landini F, Cowes VG, D'Amore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad Saude Publica.* 2014;30:231-44.
8. Burns JK. Mental health and inequity: a human rights approach to inequality, discrimination, and mental disability. *Health Human Right.* 2009;20:19-31.
9. Barke A, Nyarko S, Klecha D. The stigma of mental illness in Southern Ghana: attitudes of the urban population and patients' views. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46:1191-202.
10. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet.* 2009;373:408-15.
11. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2002;28:143-55.
12. Jorm AF, Wright AM. Influences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: National survey of young Australians and their parents. *Br J Psychiatry.* 2008;192:144-9.
13. Barney LJ, Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. *BMC Public Health.* 2009;9:61.
14. 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.
15. Reavley NJ, Jorm AF. Stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Aust N Z J Psychiatry.* 2011;45:1086-93.
16. Ruiz MÁ, Montes JM, Lauffer JC, Álvarez C, Maurino J, De Dios C. Opinions and beliefs of the Spanish population on serious mental illnesses (schizophrenia and bipolar disorder). *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5:98-106.
17. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol.* 2011;46:105-12.
18. Adhikari S, Pradhan SN, Sharma SC. Experiencing stigma: Nepalese perspectives. *Kathmandu Univ Med J.* 2008;6:458-65.
19. Uribe M, Mora OL, Cortés AC. Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Univ Med.* 2007;48:207-20.
20. Gureje O, Lasebikan VO, Ephraim-Oluwanuga O, Olley BO, Kola L. Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *Br J Psychiatry.* 2005;186:436-41.
21. Crabb J, Stewart RC, Kokota D, Masson N, Chabunya S, Krishnadas R. Attitudes towards mental illness in Malawi: a cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 2012;12:541.
22. Bristow K, Edwards S, Funnel E, Fisher L, Gask L, Dowrick C, et al. Help seeking and access to primary care for people from "hard-to-reach" groups with common mental health problems. *Int J Fam Med.* 2011;49:624.
23. López M, Saavedra FJ, Laviana M, López A. Imágenes de la "locura", la "enfermedad mental" y la "depresión" en la ciudad de Sevilla. *Psychol Soci Educ.* 2012;4:151-68.
24. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res.* 2010;122:232-8.
25. Ghanean H, Nojomi M, Jacobsson L. Internalized stigma of illness in Tehran. *Iran Stigma Res Action.* 2011;1:11-7.
26. Meyer IH. Prejudice as stress: conceptual and measurement problems. *Am J Public Health.* 2003;93:262-5.
27. Giosan C, Glovsky V, Haslam N. The lay concept of 'mental disorder': a cross-cultural study. *Transcult Psychiatry.* 2001;38:317-32.
28. 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.
29. 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.
30. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med.* 2005;352:2515-23.
31. Perlick DA, Miklowitz DJ, Link BG, Struening E, Kaczynski R, Gonzalez J, et al. Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 2007;190:535-6.
32. Campo-Arias A, Herazo E. Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental. *Rev Cienc Biomed.* 2013;4:9-10.
33. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2010;71:517-28.
34. Draine J. Mental health, mental illnesses, poverty, justice, and social justice. *Am J Psychiatr Rehab.* 2013;16:87-90.
35. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet.* 2002;359:545-50.
36. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med.* 2003;56:299-312.
37. Klin A, Lemish D. Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. *J Health Communication.* 2008;13:434-49.
38. Goulden R, Corker E, Evans-Lacko S, Rose D, Thornicroft G, Henderson C. Newspaper coverage of mental illness in the UK, 1992-2008. *BMC Public Health.* 2011;11:796.
39. Nawková L, Nawka A, Adámková T, Rukavina TV, Holcnerová P, Kuzman MJ, et al. The picture of mental health/illness in the printed media in three central European countries. *J Health Communication.* 2012;17:22-40.
40. Hernández N, Escobar CC. Una aproximación al maltrato a pacientes con trastornos mentales. *Medunab.* 2004;7:130-3.
41. Lipson GS, Turner JT, Kasper R. A strategic approach to police interactions involving persons with mental illness. *J Police Crisis Negot.* 2010;10:30-8.
42. Marley JA, Buila S. Crimes against people with mental illness: types, perpetrators, and influencing factors. *Soc Work.* 2001;46:115-24.

43. Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119:180-91.
44. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry.* 2007;190:192-3.
45. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural level of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull.* 2004;30:481-91.
46. Evans-Lacko S, London J, Little K, Henderson C, Thornicroft G. Evaluation of a brief anti-stigma campaign in Cambridge: do short-term campaigns work? *BMC Public Health.* 2010;10:339.
47. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Flórez J, et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry.* 2010;9:131-44.
48. Gary FA. Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues Ment Health Nurs.* 2005;26:979-99.
49. Holland K. The unintended consequences of campaigns designed to challenge stigmatising representations of mental illness in the media. *Soc Semiot.* 2012;22:217-36.
50. Clement S, Lassman F, Barley E, Evans-Lacko S, Williams P, Yamaguchi S, et al. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(1):7.
51. Lister J. Health policy reform. Driving the wrong way? En: A critical guide to the global 'health reform' industry. Enfield: Middlesex University Press; 2005.
52. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet.* 2007;370:878-89.
53. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol.* 2004;59:614-25.
54. Eaton WW, Alexandre P, Bienvenu OP, Clarke D, Martins SS, Nestadt G, et al. The burden of mental disorders. En: Eaton WW, editor. *Public mental health.* Oxford: Oxford University Press; 2012.
55. McHugh PR. The perspectives of psychiatry: The public health approach. En: Eaton WW, editor. *Public mental health.* Oxford: Oxford University Press; 2012.
56. Murray CJ, Lopez AD. Measuring the global burden of disease. *N Engl J Med.* 2013;369:448-57.
57. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013;382:1575-86.