

Sara Zamorano¹
Clara González-Sanguino²
Manuel Muñoz³

Implicaciones del estigma hacia los problemas de salud mental en el riesgo de suicidio en personas con problemas de salud mental: una revisión sistemática

¹ Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad Complutense de Madrid; Cátedra Contra el Estigma Universidad Complutense de Madrid - Grupo 5

² Facultad de Educación y Trabajo Social, Departamento de Psicología, Universidad de Valladolid; Cátedra Contra el Estigma Universidad Complutense de Madrid - Grupo 5

³ Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad Complutense de Madrid; Cátedra Contra el Estigma Universidad Complutense de Madrid - Grupo 5

RESUMEN

Introducción. El estigma asociado a los problemas psicológicos es una cuestión preocupante que afecta negativamente a las personas que conviven con diferentes sintomatologías, en ocasiones con graves consecuencias para su salud. El objetivo principal de este trabajo fue realizar una revisión sistemática actualizada para explorar la relación entre el estigma asociado a los problemas de salud mental y el riesgo de suicidio en la población clínica, así como estudiar las variables implicadas en esta relación.

Método. Se realizó una búsqueda en las bases de datos PsycInfo, Pubmed y Scopus, utilizando palabras clave relacionadas con el estigma, el suicidio, y limitando los estudios a muestras clínicas. La búsqueda incluyó artículos en inglés y español desde enero de 2012 hasta diciembre de 2020.

Resultados. Un total de 12 artículos cumplieron los criterios de inclusión y fueron seleccionados para el análisis. Los resultados sugieren que el aumento del auto estigma hacia los problemas de salud mental se asocia con un mayor riesgo de suicidio en población clínica. Asimismo, se sugieren variables implicadas en esta relación, como la depresión, la desesperanza, la pérdida de sentido vital, el desempleo o la disminución de las redes de apoyo.

Conclusiones. El estigma asociado a los problemas de salud mental podría ser una potencial diana terapéutica para reducir el riesgo de suicidio en la población clínica. Son ne-

cesarios estudios exhaustivos, con aleatorización, grupos de control, y muestras más heterogéneas para conocer el fenómeno en mayor profundidad.

Palabras clave. Estigma, suicidios, riesgo de suicidio, trastornos mentales, salud mental

Actas Esp Psiquiatr 2022;50(4): 216-25 | ISSN: 1578-2735

IMPLICATIONS OF STIGMA TOWARDS MENTAL HEALTH PROBLEMS ON SUICIDE RISK IN PEOPLE WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS: A SYSTEMATIC REVIEW

ABSTRACT

Background. Stigma associated with psychological problems is a major concern that negatively affects people living with different symptomatology, sometimes with serious consequences for their health. The principal purpose of this paper was to carry out an updated systematic review to explore the relationship between the stigma associated with mental health problems and the risk of suicide in the clinical population, as well as to study the variables involved in this relationship.

Method. A search was carried out in the PsycInfo, Pubmed and Scopus databases, using keywords related to stigma, suicide, and limiting the studies to clinical samples. The search included articles in English and Spanish from January 2012 to December 2020.

Results. A total of 12 articles met the inclusion criteria and were selected for analysis. The results suggest that in-

* Autor de correspondencia:
Clara González-Sanguino
clagon06@ucm.es

creased self-stigma toward mental health problems is associated with increased risk of suicide in clinical population. Also, variables involved in this relationship are suggested, such as depression, hopelessness, loss of vital sense, unemployment or decrease of support networks.

Conclusion. The stigma associated with mental health problems could be a potential therapeutic target for reducing the risk of suicide in the clinical population. Exhaustive studies, with control groups random assignment, and more heterogeneous samples are necessary to know the phenomenon in greater depth.

Key-words. Stigma, suicides, suicidal risk, mental disorders, mental health.

Introducción

Las personas con problemas de salud mental, a lo largo del tiempo, han sido objeto de discriminación e incompreensión por parte de la población general, pudiendo diferenciar distintos tipos de estigma asociado a esta clase de problemática. Una definición clásica del fenómeno es la de Erving Goffman en su libro *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*¹. Goffman argumenta que el estigma es un atributo que se infiere sobre una persona, que es extremadamente devaluador y que la definiría como desviada, limitada e indeseable.

El estigma podría ser operativizado como una etiqueta que se le pone a un grupo, resaltando una serie de diferencias negativas. En consecuencia, estas diferencias crean dos grupos separados ("ellos" y "nosotros"). Esto conduce a una pérdida de estatus y a la discriminación^{2,3}. En otras palabras, el estigma es un proceso compuesto por el reconocimiento de la persona como "enfermo mental", la activación de estereotipos y, finalmente, la aparición de prejuicios o discriminación hacia la persona⁴.

Recientemente, Fox et al.⁵, sugieren el "Mental Illness Stigma Framework" (MISF), un marco teórico explicativo donde diferencian entre la perspectiva estigmatizante y estigmatizada para hacer referencia a los distintos tipos de estigma. Desde el punto de vista estigmatizante se encontraría el estigma estructural, que hace referencia a cómo las entidades públicas y privadas ejercen discriminación sobre las personas con problemas de salud mental^{6,7}, así como el estigma social o público, referido a cómo la sociedad incorpora estereotipos y actúa de forma negativa hacia estas personas^{7,8}. Por otro lado, desde la perspectiva del estigmatizado es posible diferenciar el estigma internalizado (EI), entendido como el proceso de internalización del estigma en un contexto sociocultural concreto⁷. Desde esta perspectiva

también se encuentra el estigma experimentado (EE), entendido como el sufrimiento directo de experiencias de discriminación o rechazo^{1,9}, y el estigma anticipado (EA), definido como los estereotipos, prejuicios y discriminación que una persona con problemas de salud mental espera en el futuro¹⁰. Además, estos autores señalan otro concepto más como un nexo de unión entre las dos perspectivas, el estigma percibido (EP), que se manifiesta como percepciones de creencias sociales, sentimientos y comportamientos hacia las personas con problemas de salud mental⁵.

La otra variable cuya definición es relevante para la presente investigación es la del suicidio. De Leo et al.¹¹ lo describen como un acto con consecuencias fatales, que la persona que lo realiza inicia con el propósito de morir. Pero tal como ocurre con el estigma, el suicidio es un término complicado de definir y tiene múltiples nomenclaturas para diferentes fenómenos. En este sentido, Van Orden et al.¹² dividen las tendencias suicidas en ideación suicida (pensamientos), comunicaciones suicidas y conductas suicidas. Además, estos comportamientos serían autoiniciados, y pueden variar en presencia o ausencia de intención de morir. Estos autores señalan que los intentos de suicidio tendrían una serie de características definitorias, siendo acciones potencialmente dañinas, iniciadas por uno mismo, con intención de morir, pero sin consecuencias fatales. Cuando estas consecuencias son fatales, entonces lo denominan "suicidio". Los autores señalan en su estudio que tanto la ideación suicida como los intentos no fatales son mucho más frecuentes que las muertes por suicidio. Señalan que las teorías hasta la fecha no tienen en cuenta este detalle, pues tienden a considerar el fenómeno del suicidio como un constructo unitario. Sostienen que, si no hay una diferencia clara entre los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio y las muertes por suicidio, las teorías hasta la fecha son inconsistentes.

Para operativizar el constructo de riesgo de suicidio, proponen la Teoría Interpersonal de la Conducta Suicida¹². Esta teoría se basa en tres constructos principales, dos de ellos están relacionados con el deseo de morir (pertenencia frustrada y carga percibida) y el otro está relacionado con la capacidad adquirida para cometer el acto suicida. En su teoría, los autores sostienen que la necesidad de pertenencia es un foco central para el desarrollo de los deseos suicidas. Es más, comentan que esta pertenencia frustrada es un constructo multidimensional. En el modelo, sería una variable con dos factores subordinados: la soledad y la falta de cuidado recíproco. En cuanto a la carga percibida, los autores sostienen que es un factor común generado por otros factores de riesgo de suicidio como el conflicto familiar, el desempleo y la enfermedad física. En esta teoría, la carga percibida comprende dos dimensiones interpersonales, la creencia de que el yo es tan defectuoso que es una carga para los demás, y las cogni-

ciones de odio hacia uno mismo. Por último, para que el gesto suicida se complete, tiene que producirse la combinación de la pertenencia frustrada y la carga percibida con la capacidad adquirida para llevar a cabo el acto¹². Esto significa tener una cierta pérdida de miedo a las acciones que desembocan en el suicidio, y una alta tolerancia al dolor físico.

El estigma en todas sus formas puede tener efectos negativos que afecten a la recuperación¹³, autoestima¹⁴, calidad de vida y bienestar¹⁵ de las personas con problemas psicológicos e incluso puede aumentar el riesgo de suicidio¹⁶. Distintos estudios sugieren que al menos entre el 87% y el 90% de personas que fallecen por suicidio podrían haber tenido algún tipo de problema psicológico previo¹⁷. Asimismo, la literatura ha identificado tres formas en las que el estigma contribuye al suicidio. La primera está relacionada con la teoría de afrontamiento del estrés. Según esta teoría, si el estigma superara las capacidades de afrontamiento del individuo, sería un factor de estrés que podría conducir al aislamiento social, la desesperanza y a emociones negativas. La segunda es que el estigma contribuye al aislamiento social de las personas con problemas de salud mental, que es un factor de riesgo de suicidio reconocido¹⁸. Por último, se ha demostrado que el estigma internalizado es una potente barrera para la búsqueda de ayuda profesional^{19,20}. Estos resultados apoyan la teoría de que el estigma está asociado a un mayor riesgo de suicidio y, aunque no demuestran que la relación sea real, proporcionan una base para futuras investigaciones en este ámbito.

En resumen, el estigma es un fenómeno complejo y frecuente al que las personas con problemas de salud mental tienen que enfrentarse a diario. Las consecuencias negativas que los prejuicios y la discriminación pueden tener en sus vidas, como la pérdida de relaciones sociales, la disminución de la autoestima o el sentimiento de carga, pueden conducir a estados emocionales compatibles con el riesgo de suicidio. Es decir, el estigma puede ser una carga tan pesada que lleve a la persona a acabar con su vida. Esto dota a esta relación de una importante relevancia y necesidad de atención.

Sin embargo, a pesar de la existencia de una relación entre el estigma y la conducta suicida, las revisiones bibliográficas disponibles se centran en el estigma experimentado por los supervivientes de suicidio²¹, el estigma asociado al duelo por suicidio²², o bien el estigma asociado al suicidio en general²³. Se desconoce la existencia de una revisión sobre estudios desarrollados en muestras clínicas, las cuales serían interesantes para analizar el fenómeno en profundidad.

El objetivo de este estudio es, por tanto, realizar una revisión sistemática actualizada de la investigación existente sobre la relación entre el estigma asociado a los problemas

de salud mental en todas sus formas y el riesgo de suicidio, en personas con este tipo de problemas. Además, como segundo objetivo, se estudian las posibles variables implicadas en la relación entre estos dos constructos.

Teniendo en cuenta la literatura revisada y los datos presentados, la hipótesis principal de este estudio es que el estigma asociado a los problemas de salud mental tiene una relación positiva con el riesgo de suicidio en la población con este tipo de problemas.

Otra hipótesis es la posible existencia de variables mediadoras en esta relación, como mayores niveles de depresión o desesperanza.

Métodos

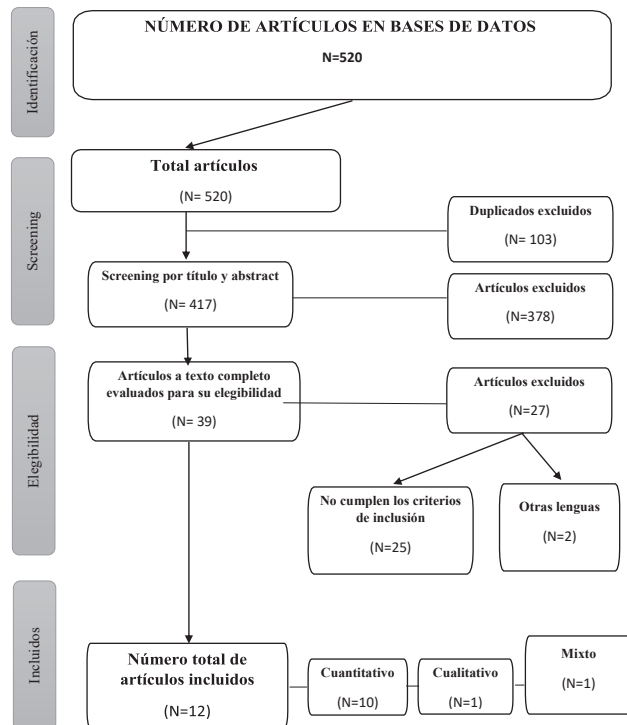
El presente estudio fue elaborado siguiendo las guías del Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis (PRISMA)²⁴.

Fuentes de datos y estrategias de búsqueda

Para identificar estudios para esta revisión, se llevó a cabo una búsqueda en las bases de PsycINFO, Pubmed y Scopus, desde enero de 2012 a diciembre de 2020. Se realizaron múltiples combinaciones, utilizando tesauros para delimitar las materias y palabras clave, así como operadores booleanos y palabras truncadas. La estrategia de búsqueda en las bases fue la siguiente, tanto en inglés como en español: (Stigma OR Stig*) AND ("Suicides & suicide attempts" OR suici* OR "suicidal ideation" OR "suicidal risk" OR "suicidal behavior" OR suicide OR "self harm" OR "self injury" OR "self destructive" OR autoI*) AND ("mental disorders" OR "mental illness" OR "mental health"). Las búsquedas específicas de cada base de datos pueden verse en el Apéndice 1.

Criterios de selección de los estudios

La estrategia de búsqueda se resume en la Figura 1. Como criterios de inclusión se propusieron: 1) debían ser estudios empíricos (cuantitativos, cualitativos o mixtos), 2) posteriores a 2012, 3) evaluados por expertos, 4) publicados en revistas científicas, 5) en español o en inglés, 6) que informaran de datos de medidas directas o indirectas de estigma, 7) con población clínica con algún diagnóstico de trastorno mental ya sea a través de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) o CIE-10 (OMS, 1992), 8) con medida de conducta o ideación suicida, y 9) que hablen de la relación entre el estigma y el riesgo de suicidio en población con problemas de salud mental. Se excluyeron de la revisión 1) cualquier otro tipo de publicación diferente al artículo



Sara Zamorano Castellanos.

Figura 1 Diagrama PRISMA para ilustrar el proceso de inclusión de artículos*.

científico, 2) en otros idiomas, 3) que trate sobre la estigmatización de la propia conducta suicida, ya que es un tipo de estigma distinto o 4) que no contengan diagnósticos DSM o CIE, ya que se precisa para cumplir el objetivo de la revisión tener certeza de que la muestra padece un trastorno mental diagnosticado.

Estos procesos de selección de estudios fueron: 1) eliminación de duplicados, 2) revisión de títulos, 3) revisión de abstract y 4) revisión de texto completo. Una vez realizada esta última selección, el número final de artículos incluidos en la presente revisión son 12.

Extracción de datos y medidas de calidad metodológica

Se extrajeron datos sobre la localización de los estudios, objetivos, diseño metodológico, participantes, medidas de estigma y conductas suicidas, variables relacionadas con la muestra, resultados y limitaciones de los estudios. Se tuvo en cuenta la metodología de cada estudio y sus datos estadísticos para evaluar la calidad metodológica de los artículos.

Síntesis de datos y análisis

Los datos obtenidos en la presente revisión se sintetizaron categorizándolos, resumiéndolos e interpretando los distintos resultados a través de los 12 artículos. Los temas identificados reflejan el enfoque del presente trabajo. La revisión de los estudios se encuentra desarrollada en la Tabla 1.

Tabla 1 Tabla resumen de los estudios incluidos

Artículo	Tamaño y tipo de muestra	Medidas	Resultados
Sharaf et al. (2012) Inglaterra	N= 200 Pacientes estables de clínica psiquiátrica ambulatoria (esquizofrenia).	Diagnóstico: DSM-IV-TR. Escalas/índices: SPS, IS, ISMI, PANSS. Entrevista dicotómica de conductas suicidas (sí/no).	Riesgo de suicidio correlaciona con insight (r=.55, p <.001), estigma internalizado (r=.79, p <.001) y depresión (r=.78, p <.001). Correlación entre estigma internalizado y depresión (r=.74, p <.001). El efecto del estigma internalizado (B=.47, β =.45, t=7,76, p <.001) y la depresión (B=4,49, β =.38, t=6,34, p <.001) aumentan el riesgo de suicidio.
Latalova et al. (2014) Suiza	N=198; pacientes hospitalizados con ansiedad y trastornos afectivos.	Diagnóstico: ICD-10. Escalas/índices: CGI, BAI, BDI-II, ISMI, SDS, DAI-10, DES, MADRS-10.	Las ratios subjetivas y objetivas de suicidio correlacionan con la puntuación ISMI (r=.43, r=.33, p <.0001 Regresión lineal entre la tasa subjetiva de suicidio (ítem 9 BDI) y la ISMI (F = 40,86 DFn 1,000 DFd 144,0; p <.0001). Regresión lineal entre MADRS ítem 10 (suicidio) e ISMI (F = 15,94 DFn 1,000 DFd 177,0; p <.0001).
Farrelly et al. (2015) Inglaterra	N total= 198; N submuestra = 58; depresión mayor, trastorno bipolar o trastorno del espectro de la esquizofrenia.	Diagnóstico: ICD -10. Escalas/índices: SBQ, DISC, SSS, BHS, ISMI. Entrevista cualitativa.	Efectos significativos del estigma internalizado sobre la desesperanza (coeficiente: ,681; 95% CI 0,507-0,855, p<.01; coeficiente estandarizado: ,474). La desesperanza mostró un efecto significativo sobre el riesgo de suicidio (coeficiente: ,146, 95% CI 0,015-0,146, p<.01; coeficiente estandarizado: ,544).

Artículo	Tamaño y tipo de muestra	Medidas	Resultados
Wang et al. (2016) EEUU	N= 184; esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar y depresión mayor.	Diagnóstico: DSM-IV (SCID-IV). Escalas/índices: PDDS, TAS-20, ISFS. Entrevista dicotómica de conductas suicidas (sí/no).	Correlación significativa entre déficits en claridad emocional y riesgo de suicidio ($r=.20$, $p=.02$). El estigma percibido se asocia de forma positiva y significativa con el riesgo de suicidio cuando la claridad emocional es baja ($b = 0,19$, $SE = ,07$, $t = 2,55$, $p = ,01$, IC 95%: 0,04, 0,33). Si se introducen datos demográficos y clínicos, la interacción entre estigma y claridad emocional se acerca a la significación ($b = ,08$, $SE = ,05$, $t = 1,77$, $p = ,08$, IC 95%: $-0,01$, 0,18).
Oexle et al. (2017) Alemania	N base= 222, N 1 año = 174; N 2 años = 15; trastornos afectivos, trastornos de personalidad, esquizofrenia y trastornos esquizoafectivos.	Diagnóstico: ICD -10. Escalas/índices: SCL-90-R (ideación suicida, GSI), ISMI.	En las tres medidas, la ideación suicida correlaciona de forma significativa con mayor auto-estigma en línea base ($r = ,41$, $r = ,42$ y $r = ,39$ respectivamente, $p < ,001$) y con mayor Índice de Severidad Global en línea base ($r = ,43$, $r = ,40$ y $r = ,37$, respectivamente, $p < ,001$). Mayor auto-estigma en línea base se asocia significativamente con ideación suicida en línea base ($p = 0,004$, R^2 Nagelkerke = 0,29) y al año ($p = 0,035$, R^2 Nagelkerke = 0,52).
Stip et al. (2017) EEUU	N= 30; pacientes del espectro de la esquizofrenia recién dados de alta de hospitalización.	Diagnóstico: DSM-IV-TR. Escalas/índices: SSI (variable dependiente), PBIO-R, SES, RLI, SSICS, PANSS, CDS, SS, SPS.	La contribución de la disfunción cognitiva percibida y la estigmatización a la varianza de la ideación suicida es significativa en las tres medidas (T1: 41,7,5%, $p=.000$; T2: 35,2%, $p=.001$; T3: 21,5%, $p=.012$). En T1, solo la estigmatización contribuye significativamente a la varianza ($\beta = 0,518$; $p=.002$). En T2, ambas variables contribuyen significativamente: estigmatización ($\beta = 0,394$; $p=.025$) y disfunción cognitiva percibida ($\beta=0,349$; $p=.046$). En T3, solo la disfunción cognitiva percibida contribuye significativamente a la ideación ($\beta = 0,438$; $p=.016$).
Xu et al. (2018) Alemania	N base= 186; N 1 año = 152; N 2 años = 141; trastornos afectivos, de consumo de sustancias y trastornos psicóticos.	Diagnóstico: ICD -10. Escalas/índices: SSS, ISMI, RSES, BPRS (suicidio y síntomas).	Correlación entre ideación suicida a los 2 años y auto-estigma ($r=.21$, $p < .05$). Ajuste: ($\chi^2 = 10,57$, $df = 10$, $\chi^2/df = 1,06$, $p = ,39$; $RMSEA = 0,02$, $CFI = 0,992$, $TLI = 0,970$, $WRMR = 0,489$). Efectos de la mediación del auto-estigma y autoestima en la ideación suicida ($\beta=0,04$, 95% CI 0,003 to 0,123). El vínculo entre auto-estigma a 1 año de seguimiento e ideación suicida a los 2 años está mediado por una disminución de la autoestima a 1 año de seguimiento ($\beta = 0,20$, 95% CI 0,030 to 0,377). El modelo explica el 25% de la varianza de la ideación suicida.
Touriño et al. (2018) España	N=71; pacientes ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia y que acuden a Centros de Rehabilitación Psicosocial.	Diagnóstico: ICD -10. Escalas/índices: ISMI, RSES, SCS, SUMD, CDS (riesgo suicida actual), BHS, GCI-SCH. Evaluación conducta suicida previa.	Los pacientes con estigma internalizado muestran mayor prevalencia de ideación suicida en el último año ($p=.007$) y mayor número de intentos de suicidio ($p=.03$). También muestran menores puntuaciones en autocompasión ($p < ,001$). Mayor riesgo de suicidio de acuerdo al ítem 8 de la CDS ($p=.004$).
Oexle et al. (2018) Inglaterra	N=13; Pacientes con diagnóstico de trastornos afectivos, del espectro de la esquizofrenia y disociativos.	Entrevistas individuales en profundidad hasta la saturación de información. Diagnóstico: no especificado.	Se identifican 5 temas principales: a) conciencia de estereotipos; b) falta de comprensión de los demás; c) comportamiento evitativo; d) internalización de estereotipos (auto-estigma); e) tensión emocional. Los participantes refieren estereotipos asociados a sus trastornos mentales que generan trato injusto y restricción de oportunidades.
Vrbova et al (2018) Nueva Zelanda	N= 48; pacientes estables con diagnóstico de esquizofrenia.	Diagnóstico: ICD -10. Escalas/índices: MINI (suicidio), PANSS, CGI, BDI-II, ISMI, ADHS. LSAS, TCI-R.	El auto-estigma correlaciona de forma positiva y significativa con el índice de suicidio ($r=.51$, p corregida $< ,01$, tamaño del efecto grande). La esperanza correlaciona de forma negativa y significativa con el índice de suicidio ($r=-,43$, p corregida $< ,05$, tamaño del efecto medio).

Artículo	Tamaño y tipo de muestra	Medidas	Resultados
Wastler et al. (2019) EEUU	N= 248; veteranos de guerra con diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar o depresión mayor con síntomas psicóticos.	Diagnóstico: not specified. Escalas/índices: ISMI, SOBI, BSI.	El estigma internalizado correlaciona con el sentimiento de pertenencia ($r=-,651$, $p<,01$) y con la ideación suicida ($r=,239$, $p<,01$). El sentimiento de pertenencia y el estigma internalizado interactúan de forma significativa para predecir la ideación suicida, controlando la variable depresión ($b= -0,0150$, $t= -2,3721$, $p=,0185$, 95% CI [-0,0275, -0,0025]). Resultados sugieren que la relación entre estigma internalizado e ideación suicida es más fuerte cuando el sentimiento de pertenencia es más bajo ($b= 0,256$, $t= 1,94$, $p= ,054$, 95% CI [-0,0046, 0,516]).
Alemayehu et al. (2020) África	N=415; pacientes ingresados en hospital con diagnóstico de trastorno depresivo mayor.	Diagnóstico: according to DSM criteria. Escalas/índices: ISMI, MARS, OSSS, CGI, EUROHIS-QOL 8, entrevistas.	Las probabilidades de tener alto autoestigma entre aquellos con un historial de intentos suicidas es 2,33 veces mayor que aquellos sin ese historial (AOR=2,33, 95% CI: 0,35, 3,99), $p=,002$. Más estigma internalizado a más duración del trastorno de 3,21 veces más (AOR=3,21, 95% CI: 1,66, 6,19), $p=,001$ Más estigma internalizado a menos adherencia de 2,93 (AOR=2,93, 95% CI:1,62, 5,29), $p<,00,1$ Más estigma internalizado a peor apoyo social de 4,72 veces (AOR=4,72, IC 95%:2,09, 10,64). Más estigma internalizado a peor calidad de vida de 3,16 veces (AOR=3,16, IC 95%: 1,82, 5,49). $p<,001$.

ADHS: Adult Dispositional Hope Scale; BAI: Beck Anxiety Scale; BDI-II: Beck Depression Inventory; BHS: Beck Hopelessness Scale; BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; BSI: Brief Symptom Inventory; CDS: Calgary Depression Scale; CGI: Clinical Global Impression; DAI-10: Drug Attitude Questionnaire; DES: Dissociative Experience Scale; DISC: Discrimination and Stigma Scale EUROHIS QOL 8: European Health Interview Survey Quality of Life; IS: Insight Scale; ISFS: Illness-related Social Functioning Scale; ISMI: Internalized Stigma of Mental Illness Scale; LSAS: Liebowitz Social Anxiety Scale; MADRS: Montgomery Et Asberg Depression Rating Scale; MARS: Medication Adherence Rating Scale; MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview; OSS: Oslo Social Support Scale; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; PBIO-R: Personal Beliefs about Illness Questionnaire-Revised; PDDS: Perceived Devaluation-Discrimination Scale; RSES: Rosenberg Self-Steem Scale; SCL-90-R: Symptom Check-list 90 Revised; SCS: Self-Compassion Scale; SDS: Sheehan Disability Scale; SOBI: Sense of Belonging Inventory; SPS: Suicide Probability Scale; SPS: Social Provisions Scale; SS: Stigmatization Scale; SSI: Scale of Suicidal Ideation; SSICS: Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia; SS: Stigma Stress Scale; SUMD: Scale to assess Unawareness of Mental Disorder; TAS-20: Toronto Alesithymia Scale; TCI-R: Temperament and Character Inventory-Revised.

Resultados

Características de los estudios

De los estudios encontrados, 7 estudios fueron transversales²⁵⁻³¹, 3 longitudinales³²⁻³⁴, 1 cualitativo³⁵ y 1 de método mixto³⁶. Todos los artículos utilizaron muestreos por conveniencia, excepto uno²⁵, que realizó un muestreo sistemático. Alrededor del 83% de los estudios exploraron la relación entre diferentes conductas suicidas y EI. Por otro lado, los únicos artículos que no se centran exclusivamente en el EI son el de Wang et al.³⁰, que centraron su estudio en el estigma percibido, y el de Farrelly et al.³⁶, centrado en la discriminación experimentada, además del EI. Sobre las medidas de los constructos estudiados, el instrumento más utilizado fue la *Internalized Stigma of Mental Illness Scale*³⁷, y llama la atención la gran heterogeneidad de medidas para el riesgo suicida.

El tamaño de las muestras de los estudios osciló entre 13 y 415 participantes, con edades entre los 17 y los 65 años, incluyendo todos los estudios participantes de ambos sexos. En referencia a la localización de los artículos, la mayoría se publicó en países europeos ($n=7$). Por último, en relación al perfil de la muestra, los artículos analizados recogieron datos de pacientes con diagnósticos realizados a partir de CIE-10, DSM-IV-TR y DSM-IV, aunque todos los estudios menos

dos^{25,26} trabajaron únicamente con población con enfermedad mental grave.

Resultados principales

Variables sociodemográficas, estigma y suicidio.

Los estudios incluidos en la presente revisión sistemática informan de unos niveles de EI y riesgo de suicidio de moderados a altos. En cuanto a la variable *edad* de los participantes, Xu et al.³⁴, informaron de relaciones significativas entre edad y EI y Sharaf et al.²⁷, también encontraron que la edad correlacionaba de forma positiva y significativa con el riesgo suicida. En relación al estado *laboral*, el estudio de Sharaf et al.²⁷ describió que los pacientes desempleados de su muestra presentaron más riesgo de suicidio. Alemayehu et al.²⁵, expusieron que aquellas personas sin empleo mostraban mayores niveles de EI ($p<,0,02$). Sin embargo, Vrbova et al.²⁹, no encontraron relación entre el estatus laboral y mayores niveles de EI o riesgo suicida, pero sí descubrieron una relación entre percibir una pensión por discapacidad y mayor riesgo auto-lítico, con tamaño del efecto grande.

De acuerdo al *inicio y duración* de los *trastornos mentales*, dos estudios encontraron relación negativa y significativa entre el riesgo de suicidio y el inicio de los síntomas^{26,29}. En este sentido, Alemayehu et al.²⁵, reflejaron mayor proba-

bilidad de sufrir estigma internalizado a mayor duración de los síntomas (AOR=3.21, IC 95%: 1,66, 6,19, $p=0.001$). Sin embargo, Sharaf *et al.*²⁷, no encontraron ninguna correlación significativa entre estas variables. En cuanto a otras variables sociodemográficas tales como *nivel educativo*, *etnia* o *nivel socioeconómico*, los artículos que las contemplaron no encontraron relaciones significativas.

Resultados de los estudios cualitativos y mixtos.

En el estudio puramente cualitativo incluido en esta revisión, Oexle *et al.*³⁵ exploraron las experiencias y consecuencias del estigma en 13 supervivientes de intentos suicidas, y concluyeron que el estigma hacia los problemas de salud mental, a nivel tanto social como internalizado, puede incrementar el riesgo de suicidio. Por otra parte, Farrelly *et al.*³⁶, en un trabajo de metodología mixta, (N = 198) sugirieron que la discriminación se asociaba con el riesgo de suicidio en la muestra mediante la pérdida de confianza en recibir ayuda, el aislamiento social y los pensamientos negativos que sobrepasaban sus capacidades de afrontamiento.

Resultados de los estudios transversales.

En cuanto a los estudios transversales, en general se encontró relación entre EI y riesgo de suicidio. En los artículos de Sharaf *et al.*²⁷, Latalova *et al.*²⁶ y Wastler *et al.*³¹ se encontraron relaciones positivas y significativas entre las medidas de tendencia o ideación suicida y las puntuaciones totales de EI. En la misma línea, Touriño *et al.*²⁸, expusieron que las personas con un mayor nivel de EI mostraban una mayor prevalencia de ideación suicida, así como un número total de intentos de suicidio más alto y mayor riesgo actual de suicidio. Por su parte, Alemayehu *et al.*²⁵ encontraron asociaciones significativas entre alto EI e historial de intentos suicidas (AOR = 2:33, 95% CI: 1,35, 3,99).

Sin embargo, en otros estudios la relación entre el estigma y el riesgo suicida no parece tan clara. Vrbova *et al.*²⁹, a pesar de encontrar relación entre el EI y el riesgo suicida, llevaron a cabo un análisis de regresión utilizando el ISMI como variable independiente, sin que resultase un predictor significativo para el riesgo de suicidio. En esta misma línea, Wang *et al.*³⁰ no encontraron significación en la relación entre el estigma percibido y el riesgo de suicidio.

Resultados de los estudios longitudinales.

Oexle *et al.*³² encontraron una asociación positiva y significativa entre ideación suicida y mayores niveles de EI, tanto en línea base como en las medidas a uno y dos años. En esta línea, el artículo de Xu *et al.*³⁴ también reflejó una correlación positiva y significativa entre ideación suicida en

la medida de seguimiento a dos años y EI. Stip *et al.*³³, por su parte, sugirieron que tanto la estigmatización como la disfunción cognitiva percibida contribuyeron de forma directa y duradera a la varianza en la ideación suicida.

Variables moderadoras.

Algunos de los estudios mostraron variables que moderaban la relación entre el EI y el riesgo suicida. La sintomatología depresiva fue la variable que más estudios encontraron moderando esta asociación^{26-29,31,35}. Wastler *et al.*³¹, encontraron una asociación negativa y significativa entre EI y la variable sentimiento de pertenencia, siendo este un posible moderador a la hora de predecir la ideación suicida. En relación a la autoestima, Xu *et al.*³⁴ desarrollaron un modelo de mediación que incluyó la disminución de la autoestima como variable mediadora entre el EI e ideación suicida.

Otras variables moderadoras entre el EI y el riesgo suicida encontradas en los estudios fueron un mayor insight²⁷, mayor desesperanza^{28,29,35,36}, menor autocompasión²⁸, mayor disfunción cognitiva³³, y mayor disociación²⁶.

Riesgo de sesgo en los estudios incluidos

Generación de secuencias aleatorias: la mayoría de los estudios informan de que han seguido una técnica de muestreo de conveniencia, excepto uno²⁵, que utilizó un muestreo sistemático. Alto riesgo de sesgo de selección.

Ocultamiento de la asignación: los estudios no informan del ocultamiento de la asignación porque no tienen grupos de control. Riesgo poco claro de sesgo de selección, porque buscan confirmar una hipótesis concreta (relación entre estigma y riesgo de suicidio).

Ciego de los participantes y del personal: tampoco informan del cegado, ya que no hay grupos de control. Los grupos están compuestos por personas con problemas de salud mental. Riesgo poco claro de sesgo de realización.

Cegado de la evaluación de resultados: como los participantes no reciben ninguna intervención, es difícil evaluar este indicador en los estudios presentados. Riesgo poco claro de sesgo de detección.

Datos de resultados incompletos: en los estudios longitudinales³²⁻³⁴, se encontraron pérdidas en el seguimiento, lo que es de esperar en este tipo de estudios. Bajo riesgo de sesgo de deserción.

Información selectiva de los resultados: en los estudios consultados no se encontró una información selectiva de los

resultados, ya que informan tanto de los resultados significativos como de los no significativos. Bajo riesgo de sesgo de información.

Otras fuentes de sesgo: estudios no aleatorios, estudios centrados en la relación entre dos variables (correlacionales).

Discusión

La presente revisión ha tratado de responder a si el estigma hacia la enfermedad mental, en cualquiera de sus niveles, puede suponer un factor de riesgo para el suicidio en población clínica. En este sentido cabe destacar que, aunque en la búsqueda inicial de estudios se incluyó cualquier tipo de estigma, la mayor parte de las investigaciones se centraron únicamente en el EI.

En general, los niveles de EI y riesgo de suicidio encontrados en las muestras estudiadas se presentan como moderados o altos. Además, en la mayoría de los estudios se observa una relación positiva y significativa entre EI y riesgo autolítico. Esta relación aparece también en los estudios longitudinales, lo que podría significar que el EI tiene un efecto acumulativo potenciando el riesgo autolítico. No obstante, no se puede afirmar categóricamente que el EI prediga el riesgo de suicidio ya que, en otros estudios cuando se ha estudiado este tipo de estigma como predictor, no ha resultado significativo²⁹. Además, cabe destacar que estudios que incorporaron otras variables de estigma encontraron que el estigma percibido no guardaba relación con el riesgo suicida³⁰, pero sí la discriminación sufrida³⁶. Estos datos sugieren que quizás para que el estigma conlleve un riesgo de suicidio debe haberse sufrido personalmente y haberse internalizado.

Una explicación para esta relación puede basarse en los estudios de Reynders *et al.*³⁸ y Carpiniello y Pinna³⁹, que sugiere que de la estigmatización derivada del trastorno mental surgen ciertos factores de riesgo que afectan al suicidio. Este es un planteamiento similar a las hipótesis que definían el estigma como un estresor asociado a la desesperanza⁴⁰ y el aislamiento social^{18,40}. Los resultados de la presente revisión parecen apoyar estos planteamientos, al señalar las distintas variables moderadoras de la relación entre el EI y el suicidio.

En relación a las características de las muestras estudiadas y variables sociodemográficas, cabe destacar que todos los estudios menos dos^{25,26}, incluyeron únicamente a personas con diagnóstico de trastorno mental grave. No obstante, en ambas excepciones las muestras estuvieron formadas por personas hospitalizadas, por lo que, en cualquier caso, los diagnósticos deberían considerarse como graves. La inclusión de muestras únicamente con personas con trastornos mentales graves es coherente con una revisión y metaanálisis reciente sobre los estudios de EI en la última década, que señala cómo muestras

con otros diagnósticos son una clara minoría en el campo⁴¹. Existe, por lo tanto, una necesidad de llevar a cabo más estudios en otros diagnósticos. En referencia a la variable de edad, una explicación a la relación entre el EI, suicidio y la variable sociodemográfica de mayor edad, podría ser que cuanto más tiempo conviva una persona con el estigma o la enfermedad mental, y a más cronicidad, mayor es la probabilidad de que ese estigma se interiorice y cause efectos adversos. En cuanto al papel del desempleo en la relación entre EI y riesgo de suicidio, una hipótesis sería que las personas sin trabajo pueden desarrollar cierto sentimiento de falta de sentido en su vida, y sensación de inutilidad.

La presente investigación cuenta con varias limitaciones. En primer lugar, hay que señalar limitaciones metodológicas de los artículos estudiados, como la mayoría de estudios de corte transversal, tipo de muestreo y características de las muestras en cuanto a tamaño y falta de diversidad cultural. Por otro lado, el proceso de revisión también cuenta con algunas limitaciones como el sesgo del idioma al incluir artículos únicamente en inglés y español, la posibilidad de sesgo de publicación, así como la falta de consenso en la definición y nomenclatura de los distintos tipos de estigma y la complejidad de la predicción del suicidio, y por tanto la dificultad en la definición de ambos constructos. En cuanto al estigma, al medir la mayoría de los EI, se dificulta tener una idea amplia de cómo afectan todos los tipos del estigma al riesgo de suicidio en la enfermedad mental.

En general, los resultados sugieren que existe una relación positiva y significativa entre el EI y el riesgo de suicidio en población clínica, con múltiples variables que median en esta relación, como la depresión, la desesperanza, la pérdida del sentido vital, el desempleo o la disminución de las redes de apoyo. Así, el estigma asociado a los problemas de salud mental podría ser una diana terapéutica clave para reducir el riesgo de suicidio en población clínica, siendo necesarias labores de prevención e intervención a nivel comunitario e individual, aunque se consideran necesarios más estudios en el área para poder conocer la relación entre ambas variables con mayor profundidad.

Agradecimientos

No aplica

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Financiación

No hay fuentes de financiación

Comisión deontológica

Esta investigación no requirió el análisis de un comité de ética, ya que no implicaba el trabajo directo con personas, sino el análisis de una serie de estudios con sus correspondientes garantías éticas.

Referencias

- Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*. 2013;12(2):155–64.
- Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol Sci Public Interes Suppl*. 2014;15(2):37–70.
- Pedersen D. Estigma y exclusión en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 2009;55(1):39–50.
- Overton SL, Medina SL. The stigma of mental illness. *J Couns Dev*. 2008;86(2):143–51.
- Fox AB, Earnshaw VA, Taverna EC, Vogt D. Conceptualizing and measuring mental illness stigma: The mental illness stigma framework and critical review of measures. *Stigma Heal*. 2018;3(4):348–76.
- Corrigan PW, Kleinlein P. *The Impact of Mental Illness Stigma*. 2005.
- 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 [Internet]*. 2010;71(12):2150–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002 Feb;1(1):16–20.
- Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a Barrier to Recovery: The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. *Psychiatr Serv*. 2001 Dec;52(12):1621–6.
- Bos AER, Pryor JB, Reeder GD, Stutterheim SE. Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic Appl Soc Psych*. 2013 Jan;35(1):1–9.
- De Leo D, Milner A, Fleischmann A, Bertolote Y, Collings S, Amadeo S, et al. The who start study suicidal behaviors across different areas of the world. *Crisis*. 2013;34(3):156–63.
- Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev*. 2010 Apr;117(2):575–600.
- Kim WJ, Song YJ, Ryu HS, Ryu V, Kim JM, Ha RY, et al. Internalized stigma and its psychosocial correlates in Korean patients with serious mental illness. *Psychiatry Res [Internet]*. 2015;225(3):433–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.071>
- Jahn DR, Leith J, Muralidharan A, Brown CH, Drapalski AL, Hack S, et al. The influence of experiences of stigma on recovery: Mediating roles of internalized stigma, self-esteem, and self-efficacy. *Psychiatr Rehabil J*. 2020;43(2):97–105.
- Schauman O, MacLeod AK, Thornicroft G, Clement S. Mental illness related discrimination: The role of self-devaluation and anticipated discrimination for decreased well-being. *Stigma Heal*. 2019 Feb;4(1):11–8.
- Rüsch N, Zlati A, Black G, Thornicroft G. Does the stigma of mental illness contribute to suicidality? Vol. 205, *British Journal of Psychiatry*. Royal College of Psychiatrists; 2014. p. 257–9.
- Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4:1–11.
- Schomerus G, Evans-Lacko S, Rüsch N, Mojtabai R, Angermeyer MC, Thornicroft G. Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015 Apr 15;24(2):166–71.
- Keller S, McNeill V, Honea J, Miller LP. A look at culture and stigma of suicide: Textual analysis of community theatre performances. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Feb 1;16(3).
- Schomerus G, Stolzenburg S, Freitag S, Speerforck S, Janowitz D, Evans-Lacko S, et al. Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: a prospective study among untreated persons with mental illness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019 Jun 1;269(4):469–79.
- Hanschmidt F, Lehnig F, Riedel-Heller SG, Kersting A. The Stigma of Suicide Survivorship and Related Consequences—A Systematic Review. *PLoS One*. 2016 Sep;11(9):e0162688.
- Cvinar JG. Do Suicide Survivors Suffer Social Stigma: A Review of the Literature. *Perspect Psychiatr Care*. 2005 Jan;41(1):14–21.
- Sudak H, Maxim K, Carpenter M. Suicide and Stigma: A Review of the Literature and Personal Reflections. *Acad Psychiatry*. 2008;32(2):136–42.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group P. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097.
- Alemayehu Y, Demilew D, Asfaw G, Asfaw H, Alemnew N, Tadesse A. Internalized Stigma and Associated Factors among Patients with Major Depressive Disorder at the Outpatient Department of Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2019: A Cross-Sectional Study. Pilc A, editor. *Psychiatry J*. 2020;2020:7369542.
- Latalova K, Prasko J, Kamaradova D, Ociskova M, Cinculova A, Grambal A, et al. Self-stigma and suicidality in patients with neurotic spectrum disorder - A cross sectional study. *Neuroendocrinol Lett*. 2014;35(6):474–80.

27. Sharaf AY, Ossman LH, Lachine OA. A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2012;49(12):1512–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.006>
28. Tourino R, Acosta FJ, Giraldez A, Alvarez J, González JM, Abelleira C, et al. Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018.
29. Vrbova K, Prasko J, Ociskova M, Holubova M, Kantor K, Kolek A, et al. Suicidality, self-stigma, social anxiety and personality traits in stabilized schizophrenia patients – A cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:1415–24.
30. Wang K, Weiss NH, Pachankis JE, Link BG. Emotional Clarity as a Buffer in the Association Between Perceived Mental Illness Stigma and Suicide Risk. *Stigma Heal*. 2016 Nov;1(4):252–62.
31. Wastler H, Lucksted A, Phalen P, Drapalski A. Internalized Stigma, Sense of Belonging, and Suicidal Ideation Among Veterans With Serious Mental Illness. *Psychiatr Rehabil J*. 2019.
32. Oexle N, Rüsche N, Vierung S, Wyss C, Seifritz E, Xu Z, et al. Self-stigma and suicidality: a longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2017 Jun 1;267(4):359–61.
33. Stip E, Caron J, Tousignant M, Lecomte Y. Suicidal Ideation and Schizophrenia: Contribution of Appraisal, Stigmatization, and Cognition. *Can J Psychiatry*. 2017;62(10):726–34.
34. Xu Z, Müller M, Lay B, Oexle N, Drack T, Bleiker M, et al. Involuntary hospitalization, stigma stress and suicidality: a longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2018;53(3):309–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-018-1489-y>
35. Oexle N, Herrmann K, Staiger T, Sheehan L, Rüsche N, Krumm S. Stigma and suicidality among suicide attempt survivors: A qualitative study. *Death Stud* [Internet]. 2019;43(6):381–8. Available from: <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1474286>
36. Farrelly S, Jeffery D, Rüsche N, Williams P, Thornicroft G, Clement S. The link between mental health-related discrimination and suicidality: Service user perspectives. *Psychol Med*. 2015;45(10):2013–22.
37. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*. 2003 Nov;121(1):31–49.
38. Reynders A, Kerkhof AJFM, Molenberghs G, Van Audenhove C. Stigma, Attitudes, and Help-Seeking Intentions for Psychological Problems in Relation to Regional Suicide Rates. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2016 Feb 1;46(1):67–78.
39. Carpiello B, Pinna F. The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Front Psychiatry*. 2017;8(MAR):1–9.
40. van Heeringen K. Stress-diathesis model of suicidal behavior. *Neurobiol basis suicide*. 2012;51:113.
41. Del Rosal E, González-Sanguino C, Bestea S, Boyd J, Muñoz M. Correlates and consequences of internalized stigma assessed through the Internalized Stigma of Mental Illness Scale for people living with mental illness: A scoping review and meta-analysis from 2010. *Stigma Heal*. 2020;

APÉNDICES

Apéndice I. Búsquedas en bases de datos.

- Psycinfo:

su(Stigma OR Stig*) AND su("Suicides & suicide attempts" OR suici* OR "suicidal ideation" OR "suicidal risk" OR "suicidal behavior" OR suicide OR "self harm" OR "self injury" OR "self destructive" OR autol*) AND su("mental disorders" OR "mental illness" OR "mental health")

(su(Stigma OR Stig*) AND su("Suicides & suicide attempts" OR suici* OR "suicidal ideation" OR "suicidal risk" OR "suicidal behavior" OR suicide OR "self harm" OR "self injury" OR "self destructive" OR autol*) AND su("mental disorders" OR "mental illness" OR "mental health")) AND (rtype.exact("Peer Reviewed Journal") AND me.exact("Empirical Study" OR "Quantitative Study" OR "Qualitative Study" OR "Longitudinal Study" OR "Clinical Trial") AND PEER(yes))

- Pubmed:

((Stigma[Title] OR Stig*[Title])) AND ("Suicides & suicide attempts"[Title/Abstract] OR suici*[Title/Abstract] OR "suicidal ideation"[Title/Abstract] OR "suicidal risk"[Title/Abstract] OR "suicidal behavior"[Title/Abstract] OR suicide[Title/Abstract] OR "self harm"[Title/Abstract] OR "self injury"[Title/Abstract] OR "self destructive"[Title/Abstract] OR autol*[Title/Abstract])) AND ("mental disorders" OR "mental illness" OR "mental health")

- Scopus:

TITLE-ABS (stigma OR stig*) AND TITLE-ABS ("Suicides & suicide attempts" OR suici* OR "suicidal ideation" OR "suicidal risk" OR "suicidal behavior" OR suicide OR "self harm" OR "self injury" OR "self destructive" OR autol*) AND TITLE-ABS ("mental disorders" OR "mental illness" OR "mental health") AND (LIMIT-TO (SRCTYPE , "j")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "PSYC")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2012)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish")) AND (LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Human") OR LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Humans"))