



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Campo-Arias, Adalberto; Herazo, Edwin

Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de
desplazamiento forzado

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 43, núm. 4, octubre-diciembre, 2014, pp. 212-217

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

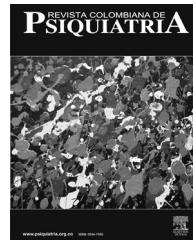
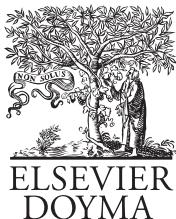
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635719006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Artículo de revisión

Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado



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

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

^b Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, Director del Instituto de Investigación del Comportamiento Humano (Human Behavioral Research Institute), Bogotá, Colombia; Candidato a Doctor en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de agosto de 2014

Aceptado el 13 de septiembre de 2014

On-line el 28 de octubre de 2014

Palabras clave:

Estigma social

Discriminación social

Salud mental

Conflictos armados

Colombia

R E S U M E N

Introducción: El prolongado fenómeno de violencia sociopolítica colombiana generó un alto número de víctimas, muchas de quienes sufrieron un continuo proceso de desplazamiento interno y del complejo estigma-discriminación.

Objetivo: Postular por qué en Colombia las víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento (VCAISD) fueron estigmatizadas-discriminadas.

Resultados: El estigma afecta a la salud mental no solo porque representa un estresor importante para las personas y los colectivos discriminados, sino también porque da cuenta de las desigualdades e inequidades que se observan en salud. Inicialmente, debido a que las VCAISD no se consideraron como tales, sino responsables de la situación, las desigualdades sociales y económicas que debieron afrontar dieron cuenta parcialmente de la baja categorización o estatus que recibieron, posiblemente por la deficiente construcción de capital social en el país. Asimismo, las VCAISD sufren de estigma y discriminación intersectorial por otras características como sexo, orientación sexual y origen étnico-racial o por reunir criterios de trastorno mental.

Conclusiones: Se necesita un proceso de desarrollo social inclusivo para las VCAISD que reduzca los múltiples complejos estigma-discriminación y garantice el derecho a la salud mental.

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: campoarias@comportamientohumano.org (A. Campo-Arias).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.004>

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

Stigma and Mental Health in Victims of Colombia's Internal Armed Conflict in Situation of Forced Displacement

A B S T R A C T

Keywords:

Social stigma
Social discrimination
Mental health
Armed conflicts
Colombia

Background: The prolonged sociopolitical phenomenon of Colombian violence generated a high number of victims, many of whom suffered a continual process of internal displacement and stigma-discrimination complex.

Objective: To postulate possible mechanisms by which victims of Colombia's internal armed conflict in a situation of forced displacement were stigmatized and discriminated.

Results: Stigma affects mental health, not only because it represents a major stressor for discriminated individuals and groups, but also because it accounts for inequalities and inequities in health. Initially, as the victims of the internal armed conflict in situation of forced displacement were not considered as such, but as responsible for the situation. Thus, they had to cope with the social and economic inequalities, explained partially by low categorization or status that they received, possibly due to poor construction of social capital in the country. Also, victims of the internal armed conflict suffer from intersectional stigma and discrimination due to other characteristics such as gender, sexual orientation, ethnic-racial origin, or meeting criteria for a mental disorder.

Conclusions: An active process of inclusive social development is required for the displaced victims of the armed conflict, in order to reduce multiple stigma and ensure their mental health.

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

Introducción

Desde una perspectiva lineal, el complejo o dimensión estigma-discriminación sigue una secuencia que se inicia con el estigma, pasa por el estereotipo, que toma la connotación de prejuicio y se cierra con la discriminación, es decir, la materialización del estigma en comportamientos individuales o sociales que lleva a la segregación de las personas estigmatizadas, que implica la vulneración de los derechos constitucionales legalmente reconocidos¹⁻⁴. El complejo estigma-discriminación en sí mismo afecta a la salud mental no solo porque representa un estresor importante para las personas y los colectivos discriminados⁵, sino también porque da cuenta de algunas desigualdades e inequidades que se observan todos los días en el ámbito de la salud^{6,7}.

El prolongado fenómeno de violencia sociopolítica colombiana generó un alto número de víctimas, muchas de las cuales sufrieron un continuo proceso de desplazamiento interno, y de estigma-discriminación, que se hizo marcadamente evidente durante las dos décadas más recientes; esta situación de desplazamiento afectó y afecta en forma importante el bienestar general y la calidad de vida de estas personas, como se ha documentado en otros grupos de humanos que tuvieron que cambiar de lugar de residencia por la presión de grupos armados, a otros lugares del país o del exterior^{8,9}.

En Colombia, la frecuencia de síntomas emocionales o trastornos mentales es alta entre las víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento (VCAISD), ya sea porque interactúan con alguna vulnerabilidad preexistente o porque se entienda como un factor de riesgo o causal directo; se observa que hasta el 63% de las VCAISD informan síntomas

emocionales con importancia clínica y hasta el 33% reúne criterios formales de trastorno mental según la Organización Mundial de la Salud o la Asociación Psiquiátrica Americana¹⁰.

El objetivo de esta revisión es postular posibles dispositivos o mecanismos por los que las VCAISD han sido estigmatizadas y discriminadas. Para ello se llevó a cabo una revisión narrativa de algunas publicaciones desde enero de 2000 hasta mayo de 2014.

Desarrollo del tema

El complejo estigma-discriminación, por cualquier condición o situación, representa un estresor para las personas que lo sufren⁵. Una situación se considera estresora si perturba la integridad física o emocional de los individuos¹¹. La dimensión estigma-discriminación como estresor induce cambios fisiológicos en el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal y el cortisol, el sistema autónomo y el sistema neuroendocrino general que incrementan la vulnerabilidad de las personas a sufrir síntomas cognoscitivos, emocionales y conductuales que con frecuencia pueden ser lo bastante graves como para cumplir criterios de trastorno mental, en la mayoría de los casos trastorno de ansiedad o trastornos depresivos¹². Frecuentemente, el complejo estigma-discriminación asociado a una condición puede llegar a ser peor que la situación que lo propició¹⁴.

En situaciones estresoras se observa una rápida activación del sistema autónomo simpático, de la médula suprarrenal. La liberación de noradrenalina del sistema simpático y glucocorticoides por el eje hipotálamo-hipófiso-adrenérgico, si esta activación persiste en el tiempo, como ocurre en VCAISD, producen cambios en la respuesta de las neuronas a los estímulos y la liberación de otras hormonas¹³. Estos cambios fisiológicos

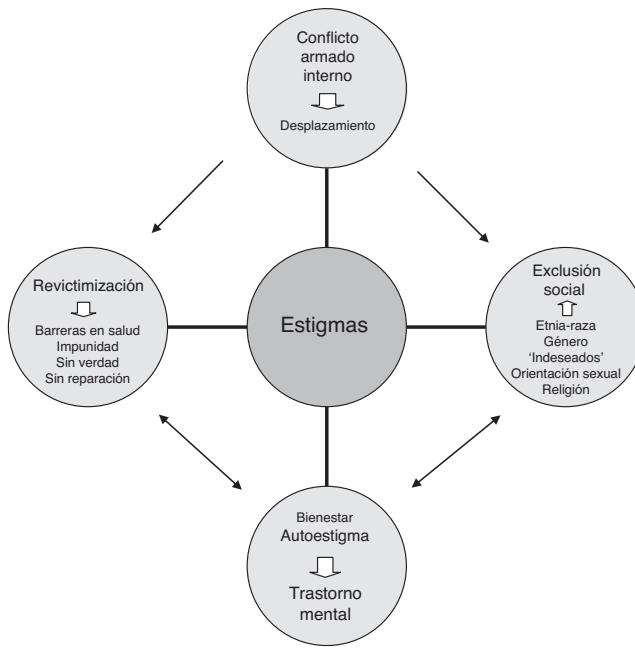


Figura 1 – Relación entre estigmas, salud mental y situación de desplazamiento en las víctimas de conflicto armado interno. Fuente: diseño de los autores.

que inducen los estresores se reflejan en la respuesta cognitiva de las personas y se traducen en una manera peculiar o exagerada de hacer frente a los estímulos y eventos cotidianos¹⁴. Se acepta que los eventos estresores de larga duración inducen adaptaciones en la plasticidad neuronal que hacen a las personas más sensibles a las adversidades del día a día¹⁵.

Los diferentes complejos estigma-discriminación tienden a sumarse o potenciarse; este fenómeno se denomina estigmatización intersectorial o discriminación múltiple¹¹. Las VCAISD soportan varios estigmas-discriminaciones. Este grupo es un colectivo en el cual la prevención primaria debe ser prioritaria, lo mismo que las medidas más eficaces de prevención secundaria con la detección temprana de posibles trastornos mentales^{6,16}. La figura 1 muestra la interrelación entre estigmas, salud mental y VCAISD.

Condiciones o situaciones que llevan a la estigmatización de VCAISD

En Colombia, en términos generales, ser una VCAISD tomó connotación negativa por diversas razones. Un grupo de estos argumentos o bases puede llamarse primario, directamente asociado o consecuencia de la situación de desplazamiento, y habría un segundo grupo, que corresponde a los argumentos secundarios, relacionados con otra característica, condición o rasgo particular de la persona¹⁷. Estas condiciones o situaciones primarias y secundarias en este grupo de personas convergieron y, en consecuencia, dieron lugar a un proceso enmarcado de estigmatización-discriminación múltiple o intersectorial¹¹. A continuación se precisan las condiciones o situaciones principales, primarias y secundarias, que con frecuencia se invisibilizan al estudiar la magnitud y el impacto

del complejo estigma-discriminación en este grupo de ciudadanos.

Primarias

La conjugación de las desigualdades sociales y económicas da cuenta parcialmente y actúa de manera circular en la baja categorización o clase social que ocupan los grupos desprotegidos. Posiblemente este fenómeno puede explicarse desde dos perspectivas ampliamente interrelacionadas, como la construcción de capital social y el sistema económico vigente^{18,19}.

En relación con la construcción de capital social, el concepto es amplio y polisémico y abarca las redes personales, comunitarias, sociales y estatales, el compromiso cívico, la participación y el uso de las redes ciudadanas disponibles, la identidad cívica, el sentido de pertenencia, la solidaridad, el sentido de igualdad con los demás miembros de la comunidad, la reciprocidad y normas de cooperación, el sentido de la obligación de ayudar a los demás y la confianza en las instituciones en los casos en que se necesita asistencia o ayuda y la confianza general en la comunidad²⁰.

Estos elementos se agrupan en dos grandes dimensiones, el capital social estructural y cognitivo, para referirse a los vínculos y las percepciones en relación con las personas que son similares entre sí, como a otras en la propia comunidad o personas del mismo nivel socioeconómico (llamado capital social de unión), o para personas que son diferentes, como serían las de fuera de la comunidad propia o con una identidad social diferente (llamado capital social de puente). El capital social está relacionado con las conexiones entre instituciones formales, como entre una comunidad y las estructuras de los gobiernos locales, lo que se denomina capital social de vinculación^{18,20}.

Puede suponerse que los ciudadanos del común, organizaciones e instituciones colombianas depositaron la responsabilidad de la situación de desplazamiento en las personas mismas, sin considerarlas inicialmente como víctimas, sino que les dieron la connotación de culpables, responsables o corresponsables, como personas que abandonaron sus cultivos, hogares y pertenencias debido a la presión que ejercieron los grupos armados contra ellos, fueron señalados incluso de ser miembros o auxiliadores de alguno de los grupos armados enfrentados o de no haber afrontado el problema y, en consecuencia, las personas, colectivos e instituciones públicas y privadas no fueron solidarios y negaron la ayuda a este grupo de ciudadanos. Las movilizaciones de apoyo o ayuda son moralmente aceptables solo para quienes se considera víctimas y, en consecuencia, las VCAISD fueron estigmatizadas y excluidas¹⁸.

En lo concerniente al modelo económico, desde la perspectiva del Estado capitalista y neoliberal vigente en Colombia y la mayoría de los países latinoamericanos, puede suponerse que las instituciones gubernamentales con base en el discurso del respeto de la individualidad, la autonomía, la autogestión y la corresponsabilidad de los ciudadanos, inicialmente abandonaron a su suerte a las VCAISD y negaron la asistencia, la solidaridad y la cooperación suficientes y necesarias, y con ello se incrementó la situación de vulnerabilidad a este conjunto de personas y el ulterior complejo estigma-discriminación,

dado que fueron «incapaces» de cambiar la situación con auto-gestión o recursos propios^{19,21}.

Asimismo, durante el fenómeno de desplazamiento forzado se da un proceso en espiral de empobrecimiento de las víctimas, dada la pérdida de propiedades, medios para la generación de bienestar y riquezas y de la productividad en general²². En los nuevos emplazamientos, las VCAISD tienen pocas oportunidades de inclusión social y laboral, por lo que son frecuentes la informalidad laboral, el subempleo, el desempleo, la mendicidad y el aislamiento social y político^{22,23}.

Esto lleva a que este grupo de personas engrose los asentamientos subnormales de las cabeceras municipales, que viven bajo la línea de pobreza o en la extrema pobreza, habitualmente estigmatizados-discriminados, por la alta frecuencia de delincuencia, violencia y consumo de sustancias legales e ilegales que pueden ser objeto de abuso e inducir adicción^{22,24,25}. Sin duda, esta confluencia de adversidades perpetúa un proceso de exclusión social que materializa el complejo estigma-discriminación por la condición de VCAISD^{2,26}.

De igual manera, las VCAISD afrontan un proceso imbricado de pérdida de estatus social y menoscabo de la dignidad personal²². Se entiende que el estatus dentro de un colectivo o sociedad se relaciona directamente con alguna o varias características, por ejemplo sexo, educación, etnia, educación, ocupación, etc., que incrementan la autoestima o inspiran respeto en otros conciudadanos²⁷.

En Colombia, para justificar la expulsión de los asentamientos donde operaban los actores armados, se señaló injustamente a algunas personas como «indeseables», delincuentes comunes, abusadores sexuales o consumidores de sustancias adictivas ilegales, y con esto llevar a cabo una «limpieza social»²⁷. Las VCAISD perdieron el estatus previo y con ello se deterioró la eventual capacidad de influir en la toma de decisiones de las instituciones oficiales para abogar, gestionar o recibir ayuda²⁸.

Del mismo modo, un fenómeno menos estudiado en VCAISD es el proceso de autoestigmatización y autodiscriminación que puede observarse en algunos grupos minoritarios o excluidos socialmente. Algunas VCAISD niegan ante ciudadanos e instituciones la situación de desplazamiento a pesar de que ello les permitiría recibir auxilios o compensaciones del Estado. En un estudio en el que participaron 1.553 VCAISD de 48 municipios de 21 departamentos, se observó que el 22,3% de las personas no registraron oficialmente la situación de víctima²⁹. Por una parte, esto es una pérdida formal de estatus²⁷ y, por otra, es una afrenta a la dignidad personal y familiar, porque el reconocimiento implica un menoscabo de la autoeficacia, la autonomía y la autoestima personal, dado que no cumple con el rol de proveedor familiar, punto relevante para la obtención o mantenimiento del estatus en una sociedad esencialmente basada en la competitividad³⁰.

Secundarias

Al complejo estigma-discriminación directamente asociado a ser VCAISD, en algunos grupos de personas se sumaron otras dimensiones estigma-discriminación relacionadas con el origen étnico-racial-cultural tanto en la región de origen, que motivaron genocidios, como en el nuevo contexto social

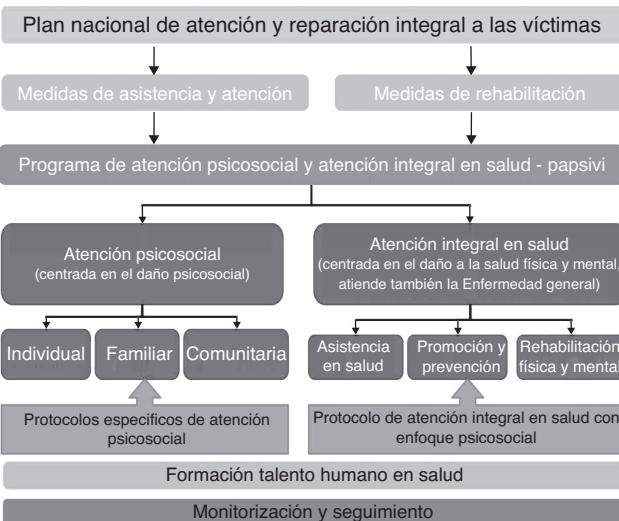


Figura 2 – Componentes del Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas (PAPSIVI). Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social⁴⁰.

y cultural del sitio de reasentamiento³¹. Igualmente, algunas VCAISD agregaron complejos estigma-discriminación asociados al género, la orientación sexual o cumplir criterios de trastorno mental, esto es, la configuración de la dimensión estigma-discriminación intersectorial³²⁻³⁴.

Desde la perspectiva de salud pública, el estigma relacionado con trastornos mentales en las VCAISD toma una relevancia adicional³². Independientemente de la situación de desplazamiento, algo más del 50% de las personas que reúnen criterios de trastorno mental informan estigma percibido³⁵. Muchas personas no demandan servicios en salud mental para evitar el complejo estigma-discriminación que se impone cuando se reúnen criterios de trastorno mental o se asiste a algún servicio de atención en salud mental³⁶. El estigma representa la barrera de acceso más importante y menos estudiada en salud mental, no solo en países en vías de desarrollo como Colombia, sino también en otros países, incluso desarrollados³⁷⁻³⁹.

Discusión

En Colombia, la propuesta gubernamental para abordar los problemas de salud mental de las VCAISD se plasma en el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI). Dado el complejo estigma-discriminación manifiesto en las VCAISD, la atención psicosocial propuesta plantea aspectos relacionados con la reducción de la dimensión estigma-discriminación⁴⁰. Los componentes de PAPSIVI se presentan en la figura 2.

Sin embargo, no se considera que las VCAISD afronten múltiples complejos estigma-discriminación que se potencian o se le añade uno más, el relacionado con la presentación de síntomas emocionales clínicamente importantes o cumplir criterios formales de trastornos mentales^{17,32}.

Aunque en otros contextos se observa alta prevalencia de trastornos mentales en personas en situación de

desplazamiento tras un conflicto armado^{41-44,9,45-47}, en Colombia es alta la frecuencia de síntomas en este grupo de personas; no obstante, los pocos estudios indican que con el uso de evaluaciones estructuradas la frecuencia de trastornos mentales se reduce de manera importante¹⁰, de tal suerte que los profesionales de la psiquiatría deben tener presente que se abre la posibilidad de revictimización a través de la medicalización de las emociones de la vida cotidiana y el sufrimiento de las VCAISD sin que cumplan formalmente criterios de trastorno mental^{7,17,48}. Esto implica que en las VCAISD la evaluación de síntomas debe ser extremadamente rigurosa y el cumplimiento de cada criterio debe ser total para evitar el sobrediagnóstico⁴⁹⁻⁵¹, en particular de los relacionados con el complejo estigma-discriminación en salud mental^{43,44,9,45-54}.

En personas en situaciones de alto riesgo, como las VCAISD, se debe preferir diagnósticos de grupos como «otras condiciones que pueden ser centro de atención en salud», que persisten en la más reciente clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana y que tienen equivalentes en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud^{55,56}.

Entre el grupo de diagnósticos probables con menos posibilidad de contribuir al complejo estigma-discriminación en las VCAISD, se encuentran, por ejemplo, problemas ocupacionales como desempleo (Z56.9), problemas de vivienda como falta de hogar (Z59.0) o vivienda inadecuada (Z59.1), problemas económicos como bajos ingresos (Z59.6) o pobreza extrema (Z59.5), otros problemas relacionados con el ambiente social como exclusión o rechazo social (Z60.4) o blanco de discriminación o persecución (Z60.5), u otros problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, personales o medioambientales entre los que se codifican la exposición a catástrofe, guerras u otras hostilidades (Z65.5)⁵⁵.

Una consideración final para la salud mental en Colombia para el futuro inmediato es el panorama que se presentará una vez se inicie el período de posconflicto o posacuerdo de paz. Las consecuencias negativas en la salud de los colectivos persisten mucho tiempo, más allá de la cesación o terminación de los enfrentamientos armados⁵⁷. Este punto se tiene presente en el documento preliminar, en revisión, de la nueva política y el plan de salud mental para Colombia⁵⁸. Sin duda, se puede avanzar en la construcción de un mejor país y Estado en ausencia de conflicto armado si la visualización de la salud mental para las VCAISD sigue los principios de los derechos humanos, de equidad y la desaparición de cualquier complejo de estigma-discriminación⁵⁹.

Conclusiones

En Colombia las VCAISD son sujetos de un complejo estigma-discriminación intersectorial posiblemente debido a la escasa construcción de capital social en el país. Este complejo menoscaba aún más la salud mental de este colectivo. Los profesionales de la psiquiatría pueden contribuir en este proceso mediante evaluaciones clínicas rigurosas que minimicen la posibilidad de diagnóstico sin el cumplimiento cabal de todos los criterios. Se necesita un proceso verdadero y activo de desarrollo social inclusivo para las VCAISD con el fin de reducir

la dimensión estigma-discriminación múltiple y garantizar el disfrute del derecho a la salud mental.

Financiación

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

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haghishat R. A unitary theory of stigmatisation Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *Br J Psychiatry*. 2001;178:207-15.
2. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: one animal or two. *Soc Sci Med*. 2008;67:358-67.
3. Cox WT, Abramson LY, Devine PG, Hollon SD. Stereotypes, prejudice, and depression: The integrated perspective. *Persp Psychol Sci*. 2012;7:427-49.
4. Link BG, Phelan J. Stigma power. *Soc Sci Med*. 2014;103:24-32.
5. Meyer IH. Prejudice as stress: conceptual and measurement problems. *Am J Public Health*. 2003;93:262-5.
6. Parker R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cad Saude Publica*. 2012;28:164-8.
7. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. 2013;103:813-21.
8. Hollifield M, Warner TD, Lian N, Krakow B, Jenkins JH, Kesler J, et al. Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *JAMA*. 2002;288:611-21.
9. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*. 2005;294:602-12.
10. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento en Colombia: Una revisión sistemática. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2014. DOI: 10.1016/j.rcp.2014.07.003.
11. Knight C. The injustice of discrimination. *South Afr J Philos*. 2013;32:47-59.
12. Radley JJ, Kabbaj M, Jacobson L, Heydendael W, Yehuda R, Herman JP. Stress risk factors and stress-related pathology: neuroplasticity, epigenetics and endophenotypes. *Stress*. 2011;14:481-97.
13. McEwen BS. Plasticity of the hippocampus: adaptation to chronic stress and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;933:265-77.
14. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci*. 2009;10:434-45.
15. Cook SC, Wellman CL. Chronic stress alters dendritic morphology in rat medial prefrontal cortex. *J Neurobiol*. 2004;60:236-48.
16. Krusk ME, Freedman LP, Anglin GA, Waldman RJ. Rebuilding health systems to improve health and promote state building in post-conflict countries: A theoretical framework and research agenda. *Soc Sci Med*. 2010;70:89-97.
17. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363-85.

18. Mechanic D, Tanner J. Vulnerable people, groups, and populations: societal view. *Health Affairs*. 2007;26:1220–30.
19. Allman D. The sociology of social inclusion. *SAGE Open*. 2013. DOI: 2158244012471957.
20. Sreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int J Epidemiol*. 2004;33:1–18.
21. Kruyt D. Exclusión social y violencia urbana en América Latina. *Foro Int*. 2004;44:746–64.
22. Kessler G, Di Virgilio M, Urrutia ER, Sotelsek D, Pavón I, Ibarra C, et al. La nueva pobreza urbana: dinámica global, regional y argentina en las últimas dos décadas. *Rev CEPAL*. 2008;95:31–50.
23. Carrillo AC. Internal displacement in Colombia: humanitarian, economic and social consequences in urban settings and current challenges. *Int Rev Red Cross*. 2009;91:527–46.
24. González MA, Lopez RA. Political violence and farm household efficiency in Colombia. *Econ Dev Cult Change*. 2007;55:367–92.
25. Ibáñez AM, Moya A. Do conflicts create poverty traps? Asset losses and recovery for displaced households in Colombia. En: *The economics of crime: Lessons for and from Latin America*. Chicago: University of Chicago Press; 2010.
26. Segura N. Colombia: a new century, an old war, and more internal displacement. *Int J Polit Culture Soc*. 2000;14:107–27.
27. Lucas JW, F Phelan J.C. Stigma and status. The interrelation of two theoretical perspectives. *Soc Psychol Q*. 2012;75:310–33.
28. Duque LF, Toro JA, Montoya N. Tolerancia al quebrantamiento de la norma en el área metropolitana de Medellín, Colombia. *Opinão Pública*. 2010;16:65–89.
29. Ibáñez AM, Velásquez A. Identifying victims of civil conflicts: An evaluation of forced displaced households in Colombia. *J Peace Res*. 2009;46:431–51.
30. Fothergill A. The stigma of charity: gender, class and disaster assistance. *Sociol Q*. 2003;44:659–80.
31. Pedersen D. Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Soc Sci Med*. 2002;55:175–90.
32. Overton SL, Medina SL. The stigma of mental illness. *J Counsel Dev*. 2008;86:143–51.
33. Osorio FE. Forced displacement among rural women in Colombia. *Latin Am Perspect*. 2008;35:29–40.
34. Zea MC, Reisen CA, Bianchi FT, Gonzales FA, Betancourt F, Aguilera M, et al. Armed conflict, homonegativity and forced internal displacement: implications for HIV among Colombian gay, bisexual and transgender individuals. *Culture Health Sex*. 2013;15:788–803.
35. 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.
36. 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.
37. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*. 2004;59:614–25.
38. Gary FA. Stigma: Barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues Ment Health Nurs*. 2005;26:979–99.
39. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso en salud mental. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2014;43:162–7.
40. Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI). Bogotá: Ministerio de Salud y de la Protección Social [citado 30 Sep 2013]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Victimas_PAPSIVI.aspx
41. Porter M, Haslam N. Forced displacement in Yugoslavia: a meta-analysis of psychological consequences and their moderators. *J Trauma Stress*. 2001;14:817–34.
42. Hermansson AC, Timpka T, Thyberg M. The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190:374–80.
43. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365:1309–14.
44. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302:537–49.
45. Siriwardhana C, Stewart R. Forced migration and mental health: prolonged internal displacement, return migration and resilience. *Int Health*. 2012;5:19–23.
46. Morina N, Rushiti F, Salihu M, Ford JD. Psychopathology and well-being in civilian survivors of war seeking treatment: a follow-up study. *Clin Psychol Psychother*. 2010;17:79–86.
47. Siriwardhana C, Adikari A, Pannala G, Siribaddana S, Abas M, Sumathipala A, et al. Prolonged internal displacement and common mental disorders in Sri Lanka: the COMRAID study. *PLoS one*. 2013;8:e64742.
48. Campo-Arias A, Herazo E. Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental. *Rev Cienc Biomed*. 2013;3:11–2.
49. Frances A. The new crisis of confidence in psychiatric diagnosis. *Ann Intern Med*. 2013;159:221–2.
50. Freudenberg N, Kontos N, Querques J. Horror diagnosticus psychiatricus—the fear of expanding nosologies and overdiagnosis in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;128:322.
51. Phillips J. Detecting diagnostic error in psychiatry. *Diagnosis*. 2014;1:75–8.
52. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;13:163–79.
53. 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.
54. 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.
55. Organización Mundial de la Salud., Clasificación Internacional de los Trastornos, Mentales., Madrid: Meditor; 1992.
56. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del. En: *DSM-5*. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2014.
57. Ghobarah HA, Huth P, Russett B. The post-war public health effects of civil conflict. *Soc Sci Med*. 2004;59:869–84.
58. Parales CJ, Urrego ZC, Herazo E, González FD. Documento propuesta de ajuste de la política nacional de salud mental para Colombia 2014 [citado 15 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.onsm.gov.co/index.php/drogas/item/373-politica-y-plan-nacional-de-salud-mental>
59. Rubenstein LS. Post-conflict health reconstruction: search for a policy. *Disasters*. 2011;35:680–700.