

Alfabetización en salud mental en el trastorno bipolar: Asociación con la percepción de agresividad y el género en estudiantes de medicina

Ana Fresán,¹ Carlos Berlanga,¹ Rebeca Robles-García,² Dení Álvarez-Icaza,³ Ingrid Vargas-Huicochea⁴

Artículo original

SUMMARY

Introduction

Developing mental health literacy in students and health professionals in general implies gaining abilities in recognizing and treating mental illnesses. In bipolar disorder, this is an important issue due that it helps reducing stigma and the treatment gap found in patients with this diagnosis.

Objective

To determine the associations between some variables of mental health literacy (illness, recognition, attributable causes and suggested treatment) about bipolar disorder with gender and perception of aggressiveness/dangerousness in a group of medical students.

Material and methods

One-hundred and three medical students from a public university in Mexico City completed the Aggressiveness Public Concept Questionnaire to assess mental health literacy and aggressiveness/dangerousness perception.

Results

59.6% of students did not recognize the presence of a mental illness. As described symptoms were not considered as a manifestation of a mental disorder, 83.7% considered non-psychiatric interventions as the most adequate alternative for the management of the behaviors exposed in the vignette. 87.7% considered that the person described in the vignette was aggressive and 33.7% perceived the subject as dangerous.

Discussion

Campaigns of mental health literacy for medical students must be directed to improve recognition of the essential features of bipolar disorder, therapeutic options as well as the real prevalence and methods of prevention of aggressiveness of these patients.

Key words: Mental health literacy, bipolar disorder, stigma, aggressiveness, dangerousness, gender.

RESUMEN

Introducción

La alfabetización en salud mental (ASM) por parte de estudiantes y profesionales de la salud implica su capacidad para reconocer la enfermedad mental y su adecuado manejo, y constituye un elemento esencial para reducir el estigma y la brecha de tratamiento de los pacientes con trastorno bipolar (TBP).

Objetivo

Determinar la asociación entre algunas variables de la ASM (reconocimiento, causas atribuibles y tratamiento sugerido) para el TBP con el género y la percepción de agresividad en un grupo de estudiantes de medicina.

Material y métodos

Ciento tres estudiantes de pregrado de la carrera de Medicina de una Universidad pública de la Ciudad de México completaron el Cuestionario de Concepto Público de Agresividad (CPA) para valorar la ASM y la percepción de agresividad/peligrosidad.

Resultados

El 59.6% de los estudiantes no reconocieron la presencia de una enfermedad mental. Al no considerar los síntomas como la manifestación de una enfermedad mental, el 83.7% sugirió intervenciones no psiquiátricas/no restrictivas para el manejo adecuado de las conductas expuestas en la viñeta clínica. El 87.7% de los estudiantes consideró que la persona descrita era agresiva y el 33.7% la percibió como peligrosa.

Discusión

Las campañas de ASM para estudiantes de medicina deben abocarse a incrementar el conocimiento de las características esenciales del TBP, las opciones de tratamiento así como la prevalencia real y métodos de prevención de la agresividad en estos pacientes.

Palabras clave: Alfabetización en salud mental, trastorno bipolar, estigma, agresividad, peligrosidad, género.

¹ Subdirección de Investigaciones Clínicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF).

² Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, INPRF.

³ Programa de Maestría en Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

⁴ Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia: Dra. Ingrid Vargas Huicochea. Oficina 7 de la Coordinación de Investigación del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Edificio F de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Circuito Exterior y Cerro del Agua s/n, Coyoacán, 04510, México, DF. E-mail: dra.vargashuicochea@yahoo.com.mx

INTRODUCCIÓN

Los efectos del estigma hacia la enfermedad y los enfermos mentales están ampliamente documentados. Entre éstos destaca la falta de un adecuado tratamiento que mejore la calidad de vida de las personas que padecen un trastorno psiquiátrico.^{1,2}

Se han generado diversas intervenciones que buscan evitar el estigma hacia la enfermedad mental. Una de ellas es la llamada Alfabetización en Salud Mental (ASM; traducción del término inglés *Mental Health Literacy*), la cual hace referencia al conocimiento y creencias acerca de los trastornos mentales. La ASM se enfoca en estos factores para la reducción del estigma pues postula que, por medio de ella, se permite el reconocimiento, tratamiento y prevención de los trastornos psicopatológicos.³

No obstante la relevancia de estos aspectos, a nivel mundial y nacional existen dificultades para que la población reconozca y/o contemple adecuadamente a las personas con problemas psiquiátricos, sobre todo si éstos son graves y persistentes como en el caso del trastorno bipolar (TBP).³⁻⁶

El escaso conocimiento de los trastornos mentales por parte del personal médico resulta preocupante debido al potencial que este grupo de profesionistas tiene para identificar y tratar en forma adecuada y oportuna a los pacientes que los padecen, mejorando su funcionamiento y calidad de vida.⁷ Es por ello que entre los grupos blanco de las intervenciones para aumentar la ASM y reducir el estigma hacia las personas con trastornos mentales se encuentran los profesionales de la salud (incluyendo a los estudiantes).⁸ A este respecto se ha descrito que los médicos en formación tienden a presentar más actitudes estigmatizantes hacia los pacientes psiquiátricos,^{9,10} que los profesionales ya titulados.

Una campaña efectiva contra el estigma debería dirigirse hacia aquellas variables que ya han demostrado tener alguna influencia sobre la ASM, como el género, las causas atribuibles a la enfermedad y la percepción de agresividad/peligrosidad del paciente.

En este estudio se buscó determinar la asociación entre algunas variables de la ASM (reconocimiento, causas atribuibles y tratamiento sugerido) para el TBP con el género y la percepción de agresividad en un grupo de estudiantes de medicina. Las hipótesis centrales fueron: 1. No habrá diferencias significativas entre hombres y mujeres en el reconocimiento del TBP como enfermedad mental y de su control mediante intervenciones psiquiátricas; 2. Los hombres reconocerán con mayor frecuencia las causas biológicas de la enfermedad que las mujeres y 3. Las mujeres tendrán una mayor percepción de la agresividad y la peligrosidad, en contraste con los hombres.

MÉTODO

Participantes

Se incluyeron 104 estudiantes del primer año de la licenciatura en Medicina de una Universidad pública en la Ciudad de México. El 68.3% (n=71) de la muestra quedó conformado por hombres y el 31.7% (n=33) restante por mujeres, con una edad promedio de 18.8 años (D.E.=1.9 años).

La presente investigación fue aprobada por los Comités de Ética y de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Todos los alumnos aceptaron participar de forma voluntaria y anónima tras explicarles los objetivos de la investigación.

Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario de Concepto Público de Agresividad (CPA)¹¹ para valorar la alfabetización en salud mental (ASM) y la percepción de agresividad y peligrosidad. La versión original del CPA incluye una viñeta clínica de un paciente con esquizofrenia paranoide. Para el presente estudio se incluyó una viñeta de un paciente con TBP de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV, la cual fue revisada y aprobada por todos los autores.

El uso de viñetas ha mostrado resultados adecuados en la evaluación de variables asociadas a la ASM.¹² Para evitar los sesgos provocados por la presentación de un paciente del género masculino o del femenino,¹³ la viñeta fue modificada para la realización del presente estudio, quedando de la siguiente manera:

«Se trata de una persona de 22 años que vive con sus padres. Ha sido atleta de alto rendimiento desde la adolescencia, con buenas calificaciones, sociable, siempre buscando nuevos retos. Ocasionalmente presenta períodos pasajeros con ánimo bajo y falta de energía, los cuales dice no afectan en su funcionamiento. Está en los últimos semestres de la carrera de arquitectura y a últimas fechas la presión ha aumentado. Desde hace tres semanas sus padres y amigos han notado que habla muy rápido, está irritable, falta a clases y falla con las tareas. Algunos compañeros han expresado "algo pasa con su comportamiento, hace disparates y dice cosas que no tienen mucho sentido". Sus padres se sorprendieron pues nunca les daba problemas, pero hace dos noches sacó el carro de su mamá sin permiso y lo regresó con un golpe que no supo explicar, además lleva cuatro días que no duerme y casi no come; comentan "cambió completamente, no es así, ¡no sabemos qué le pasó!". Esta persona dice que no le pasa nada, que se siente mejor que nunca, que si no entra a clases es porque no lo necesita, le aburren y que le podría dar clases a los profesores. Incluso menciona que le llamaron de Estados Unidos para que fuera a dar un curso.»

Tras la viñeta se presentaron algunas preguntas para evaluar la percepción de agresión y peligrosidad (PAP) y algunas variables relacionadas con la ASM: el reconocimiento de la enfermedad, las causas atribuibles y el tratamiento sugerido.

Para la evaluación de la PAP, el CPA incluye cuatro reactivos adaptados de la Escala de Agresión Explícita^{14,15} que valoran la percepción de agresión verbal, agresión autodirigida, agresión hacia objetos y agresión heterodirigida; así como el siguiente reactivo para evaluar la percepción de peligrosidad:

"Considero que es una persona peligrosa para la sociedad" con base en una escala de tipo Likert (totalmente en desacuerdo-totalmente de acuerdo). Los reactivos fueron dicotomizados en "presente" o "ausente" para fines de comparación.

Finalmente se incluyen preguntas dirigidas a evaluar si el alumno considera que el paciente descrito en la viñeta padece alguna enfermedad mental, las causas que originan los síntomas (pudiendo elegir todas aquellas opciones que se consideren adecuadas) y su percepción acerca de la intervención más adecuada para su control, de acuerdo al nivel de restricción de la medida: 1. sólo, sin intervención de nadie; 2. intervenciones no psiquiátricas, no-restrictivas (p.ej., sin ayuda, platicando); 3. intervenciones psiquiátricas (p.ej., uso de medicamentos orales, inyecciones u hospitalización) y 4. intervenciones restrictivas (p.ej., amarrar a la persona, atención médica secundaria a lesiones).

Análisis estadístico

La descripción de las variables se realizó con frecuencias y porcentajes en el caso de las categóricas, y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las continuas. Como pruebas de hipótesis se utilizó la Chi Cuadrada (χ^2) para la comparación entre hombres y mujeres. Para determinar la asociación lineal entre las variables de ASM y la percepción de agresión y peligrosidad se empleó el coeficiente de correlación de Spearman. Para este análisis se utilizaron las puntuaciones ordinales del CPA. El nivel de significancia estadística se fijó con una $p \leq 0.05$. El análisis de los datos se realizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 17.0.

RESULTADOS

a) Reconocimiento de la enfermedad, causas atribuibles y tratamiento sugerido

Menos del 50% de los participantes reconocieron la presencia de una enfermedad mental en la viñeta clínica (n=42, 40.4%). Aunado a este resultado, la mayoría de los estudiantes (n=87, 83.7%) sugirió las intervenciones no-psiquiátricas/no-restrictivas (p.ej., platicar con el sujeto, vigilarlo) como las más adecuadas para el control de los síntomas descritos, seguido por el 12.5% (n=13) que consideró las intervenciones psiquiátricas (p.ej., medicamentos, hospitalización) y el 3.8% (n=4) que no emplearían ningún tipo de intervención (p.ej., se tranquiliza solo). Ninguno de los estudiantes sugirió el uso de intervenciones restrictivas (p.ej., aislamiento, sujeción, tratamiento médico por lesiones) para el control de los síntomas.

En la valoración de las posibles causas de los síntomas, la etiología psicológica (n=82, 78.8%) y la atribución biopsicosocial (n=79, 76.7%) fueron las más frecuentemente referidas, seguidas por la etiología médica (n=37, 35.6%), problemas familiares (n=29, 27.9%) y debilidad de carácter (n=28, 26.9%).

No se observaron diferencias entre hombres y mujeres estudiantes de medicina en relación al reconocimiento de la enfermedad ni en el tratamiento sugerido. Sin embargo se observa una tendencia por parte de los hombres a considerar con mayor frecuencia una etiología psicológica y médica de los síntomas en comparación con las mujeres (cuadro 1).

Cuadro 1. Reconocimiento de enfermedad, causas atribuibles y tratamiento sugerido por género

	Hombres (n=71)		Mujeres (n=33)		Comparación estadística
	n	%	n	%	
Reconocimiento de enfermedad mental					
• Sin reconocimiento	42	59.2	20	60.6	
• Con reconocimiento	29	40.8	13	39.4	$\chi^2=0.02$, 1 gl, $p=0.88$
Causas atribuibles de los síntomas					
• Debilidad de carácter					
No	50	70.4	26	78.8	
Sí	21	29.6	7	21.2	$\chi^2=0.80$, 1 gl, $p=0.37$
• Problemas familiares					
No	51	71.8	24	72.7	
Sí	20	28.2	9	27.3	$\chi^2=0.009$, 1 gl, $p=0.92$
• Problema médico					
No	42	59.2	25	75.8	
Sí	29	40.8	8	24.2	$\chi^2=2.70$, 1 gl, $p=0.10$
• Problema psicológico					
No	12	16.9	10	30.3	
Sí	59	83.1	23	69.7	$\chi^2=2.42$, 1 gl, $p=0.11$
• Problema biopsicosocial					
No	19	26.8	5	15.6	
Sí	52	73.2	27	84.4	$\chi^2=1.53$, 1 gl, $p=0.21$
Intervención sugerida para el control de los síntomas					
• Sin intervención	3	4.2	1	3.0	
• No-psiquiátrica	59	83.1	28	84.8	$\chi^2=0.09$, 2 gl, $p=0.95$
• Psiquiátrica	9	12.7	4	12.1	

b) Percepción de agresión y peligrosidad (PAP)

Aun cuando en la viñeta clínica empleada no se hace referencia a comportamientos agresivos específicos, el 83.7% (n=87) de los estudiantes consideraron que la persona descrita era agresiva. La agresión hacia objetos (n=74, 71.2%) y la agresión verbal (n=62, 59.6%) fueron los comportamientos considerados con mayor frecuencia, seguidos de la agresión hacia personas (n=50, 48.1%) y la agresión autodirigida (n=31, 29.8%). Contrariamente a la percepción de la agresión, sólo el 33.7% (n=35) calificó a la persona descrita en la viñeta como peligrosa para la sociedad. Se observaron porcentajes similares entre hombres y mujeres en la percepción de agresión y peligrosidad. Tan sólo se observó una tendencia a un mayor porcentaje de mujeres que consideraron la presencia de agresión hacia objetos (cuadro 2).

El 92.3% (n=96) de los estudiantes contestó que la persona descrita pertenece al género masculino y el 7.7% (n=8) restante, al género femenino. No hubo diferencias entre los estudiantes hombres y mujeres ($p=0.71$) en cuanto al género atribuido a la persona descrita en la viñeta.

c) Asociación de la alfabetización en salud mental y la percepción de agresión y/o peligro

En el caso de las estudiantes del género femenino, el reconocimiento de la enfermedad mental se asoció en forma directa con la percepción de que la persona descrita era agresiva ($r=0.37$, $p=0.03$) y peligrosa para la sociedad ($r=0.54$,

Cuadro 2. Percepción de agresión y peligrosidad por género

	Hombres (n=71)		Mujeres (n=33)		Comparación estadística
	n	%	n	%	
Agresión verbal					
• Ausente	31	43.7	11	33.3	$\chi^2=0.99$, 1gl, $p=0.31$
• Presente	40	56.3	22	66.7	
Agresión autodirigida					
• Ausente	48	67.6	25	75.8	$\chi^2=0.71$, 1gl, $p=0.39$
• Presente	23	32.4	8	24.2	
Agresión hacia objetos					
• Ausente	24	34.3	6	18.2	$\chi^2=2.81$, 1gl, $p=0.09$
• Presente	46	65.7	27	81.8	
Agresión hacia personas					
• Ausente	37	52.1	17	51.5	$\chi^2=0.003$, 1gl, $p=0.95$
• Presente	34	47.9	16	48.5	
Percepción global de agresión					
• Ausente	13	18.3	4	12.1	$\chi^2=0.63$, 1gl, $p=0.42$
• Presente	58	81.7	29	87.9	
Percepción de peligrosidad					
• Ausente	47	66.2	22	66.7	$\chi^2=0.002$, 1gl, $p=0.96$
• Presente	24	33.8	11	33.3	

$p=0.001$). Una asociación similar se observó en el caso de los estudiantes del género masculino, en los cuales el reconocimiento de la enfermedad mental se relacionó con la convicción de que la persona descrita en la viñeta era peligrosa ($r=0.25$, $p=0.03$).

El nivel de restricción del tratamiento sugerido (p.ej, sin intervención vs. diálogo vs. medicamentos u hospitalización psiquiátrica) no se asoció con la percepción de agresión ni de peligrosidad en ninguno de los grupos. No obstante, las mujeres que sugerían un mayor nivel de restricción (intervenciones psiquiátricas) mostraron un mayor reconocimiento de la enfermedad mental ($r=0.35$, $p=0.04$), sin que esto se observara en los hombres ($p=0.40$).

Las causas atribuibles a los síntomas no se asociaron con la percepción de agresión o peligro en los hombres ($p>0.05$). Para el caso de las mujeres, la atribución médica de los síntomas mostró una asociación lineal directa con la percepción de peligro ($r=0.46$, $p=0.007$).

DISCUSIÓN

Con la finalidad de contribuir a la identificación de los aspectos clave a incluir en las campañas de ASM y anti-estigma en estudiantes de medicina, en el presente trabajo se examinó la relación entre el reconocimiento, las causas atribuibles y el tratamiento del trastorno bipolar, con el género y la percepción de agresión/peligrosidad.

Así, los datos de esta investigación demuestran la necesidad de incrementar los esfuerzos de ASM en los médicos en formación, sobre todo en lo relativo a los síntomas característicos del TBP y las modalidades de tratamiento psiquiátrico existentes para el manejo de este padecimiento. Reconocemos la dificultad de establecer un diagnóstico certero de TBP¹⁶⁻¹⁸ (y esta no era la finalidad del estudio), sin embargo encontramos que menos de la mitad de los participantes siquiera sospecharon que se trataba de una alteración psicopatológica. A pesar de que un alto porcentaje atribuyó lo descrito en la viñeta a una causa psicológica o a una combinación de factores biopsicosociales, esto tampoco fue suficiente para considerar que la persona sufriera alguna enfermedad mental o, incluso, que requiriera tratamiento especializado. Respecto de las causas a las que se atribuyen los síntomas del TPB, estos hallazgos concuerdan con diferentes estudios que reportan que debido a que la etiqueta diagnóstica se acompaña de un cierto grado de estigma, los síntomas que sugieren un trastorno afectivo (depresión o TBP) no son considerados como una patología en sí, y se reconocen únicamente como alteraciones de la forma de ser o del comportamiento (por ende denominadas "psicológicas"). Lo anterior provoca que en muchas ocasiones no se advierta la necesidad de una intervención terapéutica y, aún menos, de un tratamiento especializado.¹⁹⁻²¹

Esta investigación sobre la percepción del TBP en estudiantes de medicina (futuros profesionales de la salud) es un claro reflejo del desconocimiento alrededor de las características de la psicopatología y la forma de atenderla. De acuerdo a lo descrito previamente en este artículo, si este trastorno afectivo no se ve como una enfermedad entonces tampoco se busca (o por lo menos no a tiempo) un tratamiento. Este factor puede explicar en parte el retraso en la atención especializada del TBP que se ha observado en nuestro país. La brecha para la atención de este trastorno es de aproximadamente 10 años,^{22,23} lo cual se traduce en consecuencias con altos costos individuales y sociales. Para reducir esta brecha será necesario dar a conocer, como parte de la formación médica, los servicios y tratamientos disponibles así como las manifestaciones conductuales del padecimiento en entornos de la vida cotidiana, y no sólo los aspectos teóricos relativos a su definición y etiología.

Por otra parte, un alto porcentaje de estudiantes reportó percibir al paciente con trastorno bipolar como agresivo y, en menor medida, peligroso para la sociedad. Algunos autores han señalado que describir al paciente en las viñetas como un sujeto del género masculino puede ser una limitante, debido a que para las mujeres puede resultar más atemorizante, no por la enfermedad mental *per se*, sino por su condición de género. Esto ha llevado a cuestionar la evidencia en torno a la mayor percepción de agresión/peligro de los pacientes con trastornos mentales por parte de las mujeres.¹³ En el presente estudio se resolvió esta limitación al haberse empleado una viñeta clínica que no señala género alguno para el paciente, y no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al género atribuido a la persona descrita ni a la percepción de agresión o peligrosidad que le conferían dado su género.

La percepción de agresión/peligro se ha vinculado estrechamente con actitudes discriminatorias que ponen barreras adicionales a la búsqueda de tratamiento, limitando las posibilidades de rehabilitación de los pacientes, lo cual origina, a su vez, mayor estigma social, cerrándose así un círculo vicioso.⁸ Así, las campañas también deben incluir información objetiva acerca de la prevalencia real y métodos de prevención y control de la agresión de los pacientes con TBP.^{17,24}

Sin embargo, y éste es un punto muy importante a destacar, es la asociación existente entre la enfermedad mental y la percepción de peligrosidad lo que reporta la comunidad. Esta relación no sólo se observa en los estudiantes de medicina ni es exclusiva del TBP. Esta asociación se ha descrito en la población general y con otros trastornos mentales graves. Es así como los esfuerzos no sólo deben encaminarse a reducir la brecha de tratamiento observada en los pacientes; es importante que gran parte de la información esté encaminada a disminuir el temor y rechazo al que general y lamentablemente están expuestos los pacientes con trastorno bipolar y todos aquellos sujetos que padecen una enfermedad mental.²⁵

REFERENCIAS

1. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ* 2002;324:1470.
2. Depla M, De Graaf R, Van Weeghel J, Heeren T. The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:146-153.
3. Jorm A, Korten A, Jacomb P, Christensen H et al. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust* 1997;166:182-186.
4. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin World Health Organization* 2004;82:858-866.
5. Wright A, Harris M, Wiggers J, Jorm A et al. Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment. *Med J Aust* 2005;183:18-23.
6. Mingote Adán JC, Del Pino Cuadrado P, Huidobro A, Gutiérrez García D et al. El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Mer Segur Trab* 2007;53:1-23.
7. Lauber C, Nord C, Falcato L, Rossler W. Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003;253:248-251.
8. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness. New York: A report from a Global Programme of the World Psychiatric Association; 2006.
9. Smith LB, Sapers B, Reus V, Freimer NB. Attitudes toward bipolar disorder and predictive genetic testing among patients and providers. *J Med Genet* 1996;33:544-549.
10. Fernando S, Deane F, McLeod H. Sri Lankan doctors' and medical undergraduates' attitudes towards mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:733-739.
11. Fresán A, Robles-García R, De Benito L, Saracco R et al. Development and psychometric properties of a brief instrument to measure the stigma of aggressiveness in schizophrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2010;38:340-344.
12. Lauber C, Nordt C, Rössler W. Recommendations of mental health professionals and the general population on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:835-843.
13. Cotton S, Wright A, Harris M, Jorm A et al. Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:790-796.
14. Páez F, Licon E, Fresán A, Apiquian R et al. Estudio de validez y confiabilidad de la escala de agresividad explícita en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental* 2002;25:21-26.
15. Yudofsky S, Silver J, Jackson W, Endicott J et al. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American J Psychiatry* 1986;143:35-39.
16. López Castromán J et al. Errores de diagnóstico y estabilidad temporal en el trastorno bipolar. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36:205-209.
17. Hirschfeld RMA, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-depressive Association 2000 Survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003;64:161-174.
18. Hirschfeld RMA, Cass AR, Holt DCL, Carlson CA. Screening for bipolar disorder in patients treated for depression in a family medicine clinic. *J Am Board Fam Med* 2005;18: 233-239.
19. Mann CE, Himelein MJ. Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatric Serv* 2004;55:185-187.
20. Penn DL, Nowlin-Drummond A. Politically correct labels and schizophrenia: a rose by any other name? *Schizophrenia Bull* 2001;27:197-203.
21. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes toward people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006;113:163-179.
22. Medina-Mora M, Borges G, Lara C, Benjet C et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric

- disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 2005;35:1773-1783.
23. Vargas Huicochea I, Huicochea Gómez L. Percepción de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar: aproximación a la relación médico/paciente. *Estudios de Antropología Biológica* 2007;XIII:711-729.
24. Ghaemi SN, Bauer M, Cassidy F, Malhi GS et al. For the ISBD Diagnostic Guidelines Task Force. Diagnostic guidelines for bipolar disorder: a summary of the International Society for Bipolar Disorders Diagnostic Guidelines Task Force Report. *Bipolar Disorders* 2008;10:117-128.
25. Phelan J, Link B, Stueve A, Pescosolido B. Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? *JHSB* 2000;41:188-207.

Artículo sin conflicto de intereses