

PRESENTACIÓN

POR Y PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA

J. Ezcurra, A. González-Pinto y M. Gutiérrez

ARTÍCULO ORIGINAL

ENGAÑO, ENFERMEDADES AUTOINFLINGIDAS Y SIMULACIÓN

J. Luis Figuerido Poulain

- Trastornos facticios.
- Pseudología fantástica.
- Neurosis de compensación.
- Simulación.

AGENDA. EN BREVE...

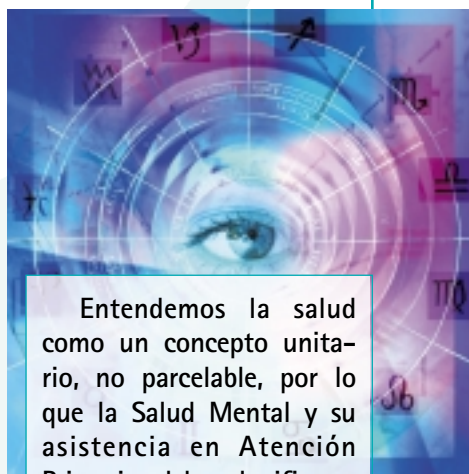
ARTÍCULO ORIGINAL

Engaño, enfermedades auto inflingidas, y simulación

Las conductas antisociales en la edad adulta son características de gran variedad de personas, desde las que no denotan ningún tipo de psicopatología, a las que padecen una psicopatología grave, como trastornos psicóticos, y alteraciones cognitivas, entre otras. Este tipo

de conductas es frecuente en la vida cotidiana y se pueden observar en sujetos normales. Por ejemplo, ¿podríamos asegurar que jamás hayamos mentado o hayamos dicho una verdad a medias?

(Continúa pág. 2) ▶▶▶



Entendemos la salud como un concepto unitario, no parcelable, por lo que la Salud Mental y su asistencia en Atención Primaria, debe planificarse como una parte de la atención a la salud general.

PRESENTACIÓN

Por y para la Atención Primaria

Existen diferentes fórmulas de colaboración entre los servicios de Atención Primaria (AP) y los equipos de Salud Mental. Esta revista tiene como objetivo contribuir modestamente en la formación continuada de los Médicos de AP, presentando casos clínicos, protocolos de actuación, discusión sobre temas de actualidad, etc.

Entendemos la salud como un concepto unitario, no parcelable, por lo que la Salud Mental, su asistencia en AP, debe planificarse como una parte de la atención a la salud general.

Además, la mayor parte de los pacientes con trastornos psiquiátricos no incide directamente sobre los Servicios Psiquiátricos sino que, en un principio, son atendidos por AP, que es un importante filtro según la capacidad de los médicos para detectar los trastornos psiquiátricos de sus pacientes. Gran parte de la patología psiquiátrica se oculta bajo síntomas somáticos y por ello todos sabemos la importancia que tiene en AP la capacitación de sus profesionales para diagnosticar procesos psiquiátricos evidentes o enmascarados en la queja somática que le conduce a la consulta.

Es en AP donde se instaura un primer cribaje, y se decide que procesos pueden ser abordados terapéuticamente por dicho dispositivo y cuáles precisan una actuación más especializada por psiquiatría.

Estaremos en contacto con vosotros esperando cumplir nuestros objetivos que aunque modestos trataremos sean útiles para la práctica clínica.

Estaremos en contacto con vosotros esperando cumplir nuestros objetivos que aunque modestos trataremos sean útiles para la práctica clínica.

Jesús Ezcurra*, Ana González-Pinto** y Miguel Gutiérrez***

*Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico de Álava. Vitoria-Gasteiz

**Psiquiatra. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria-Gasteiz

***Psiquiatra. Hospital de Cruces. Baracaldo

Salud Global®-Salud Mental es un producto de

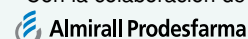
Salud Global®



C. I. Venecia-2. Edificio Alfa III - Planta 5ª Oficina 160
Isabel Colbrand, 10. 28050 Madrid - Tel.: 91 358 86 57 - Fax: 91 358 90 67

www.grupoaulamedica.com

Con la colaboración de



Coordinadores científicos: Dr. Jesús Ezcurra
Dra. Ana González-Pinto y Dr. Miguel Gutiérrez
S.V.P.: 269-R-CM

La mentira más frecuente es la mentira que uno se dice a sí mismo.

NIETZSCHE

Juan Luis Figuerido Poulain
Servicio de Psiquiatría.
Hospital Santiago Apóstol.
Osakidetza-Servicio Vasco de Salud
Vitoria-Gasteiz

Engaño, enfermedades autoinflingidas, y simulación

Lo mismo podríamos decir de otras conductas como pequeños hurtos, beber antes de conducir, defraudar a hacienda o saltarse un semáforo en rojo. Por tanto hay características antisociales que aparecen en sujetos normales, y lo anormal es que no existan.



El engaño es hacer creer una cosa que no es verdad a otra persona. Por lo general se aprende a engañar a edades muy tempranas, y es una conducta que aparece en todos los estatus socioeconómicos, y grupos educacionales (Gunn, 1995) La mentira patológica se refiere a aquella mentira que es compulsiva o impulsiva, y aparece con cierta regularidad (Hall, 1996). Este tipo de conductas ocupa un lugar privilegiado en la psiquiatría legal, y a ellas nos vamos a referir brevemente en este capítulo. Para su exposición vamos a establecer los siguientes apartados: trastornos facticios, pseudología fantástica, neurosis de compensación y simulación.

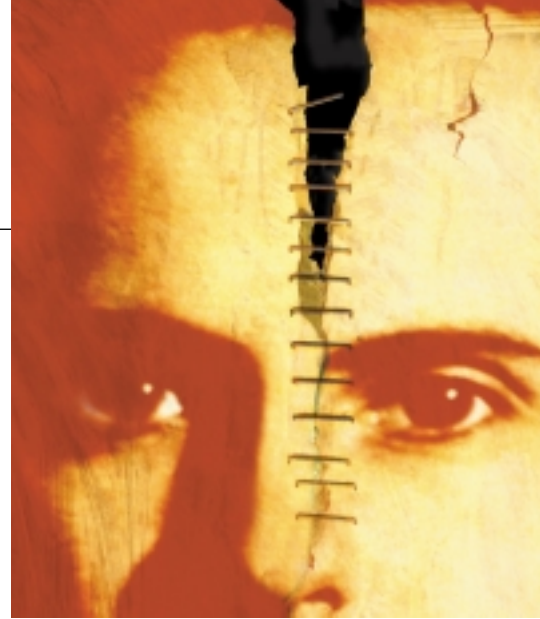
La simulación aparece cuando el paciente finge estar enfermo por objetivos conscientes (y a menudo delictivos) como obtener dinero o medicamentos. Los sujetos que padecen trastornos facticios, producen de manera consciente los síntomas físicos o psiquiátricos, aunque son conscientes del motivo por el cual lo hacen, y aparentemente su

única meta es llegar a ser un paciente en un medio clínico. Ambos son relativamente frecuentes en las redes asistenciales y se incluyen en el diagnóstico diferencial de muchos trastornos. Se cree que los trastornos facticios conllevan una tasa más alta de morbilidad y mortalidad, ya sea debido al trastorno en sí o a otros trastornos concomitantes (Elkin, 2000) La pseudología fantástica constituye la forma más extrema del engaño patológico, y la neurosis de compensación se trata de un trastorno en el que los síntomas físicos son exagerados o prolongados a consecuencia del estado psicológico del enfermo.

“La mentira patológica se refiere a aquella mentira que es compulsiva o impulsiva, y aparece con cierta regularidad”

Trastornos facticios

Los trastornos facticios se caracterizan por la producción intencionada de signos o síntomas de una patología médica o mental de forma intencionada, tergiversando los sujetos sus historias y sus síntomas. La única finalidad aparente de esta conducta es la adquisición del rol de enfermo.



Los criterios diagnósticos, del DSM-IV para los trastornos facticios aparecen en la tabla 1, así como la especificación de los subtipos.

La evaluación psiquiátrica de estos pacientes es necesaria en un 50% de los casos, normalmente cuando se sospecha la presencia de una enfermedad falsa. El psiquiatra es solicitado para que confirme el diagnóstico de un trastorno facticio. En estas circunstancias es necesario evitar las preguntas acusatorias que pueden provocar la huida del paciente del centro asistencial (Kaplan, 1998).

Estos sujetos suelen mostrar labilidad emocional, soledad, búsqueda de atención, y suelen establecer un buen rapport. Muchos casos suelen cumplir los criterios de pseudología fantástica. El examen psiquiátrico debe poner especial énfasis en la obtención de información fiable a través de un amigo, pariente,

TABLA 1 Criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno facticio	
A)	Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.
B)	El sujeto busca asumir el papel de enfermo.
C)	Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p. ej., una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).
Especificar el tipo:	
Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas psicológicos: si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los psicológicos.	
Trastornos facticios con predominio de signos y síntomas físicos: si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los físicos.	
Trastornos facticios con signos y síntomas psicológicos y físicos: si existe una combinación de signos y síntomas psicológicos y físicos sin que en el cuadro clínico predominen unos sobre otros.	

u otro informante, ya que las entrevistas con estas fuentes suelen revelar la falsa naturaleza de la enfermedad del paciente.

Las personas afectadas por el trastorno facticio con predominio

de signos y síntomas físicos, típicamente son admitidas en el hospital con una historia aguda, pero no del todo convincente. Por lo general su actitud es evasiva y truculenta y puede revelarse que han sido atendidos en otros hospitales, a menudo causando el alta voluntaria.

El *síndrome de Münchhausen*, definido por Richard Asher en 1951, es una forma grave y poco frecuente de trastorno facticio. Asher usó este término por la similitud existente entre las increíbles historias que se narran en las aventuras del Barón alemán en la obra de Rudolf Erich Raspe (1784) y la pseudología fantástica que caracteriza a muchos de estos pacientes. Se ha clasificado como un trastorno facticio con signos y síntomas predominantemente somáticos. Denominado por Kraepelin como «timadores de hospitales», este trastorno también se ha llamado con otras expresiones, entre otras: «adic-

TABLA 2 Formas de presentación del síndrome de Münchhausen	
1)	Tipo dolor abdominal agudo, apreciándose en la exploración a menudo múltiples cicatrices de laparotomía.
2)	Tipo hemorrágico: frecuentemente reportan hemoptisis, hematemesis o hematuria.
3)	Tipo neurológico neurológicos: generalmente dolor de cabeza, ataques raros, pérdida de conciencia, anestias o síntomas cerebelosos.
4)	Tipo cutáneo: lesiones autoinflingidas con agujas, calor etc.
5)	Tipo cardíaco: síntomas similares a la angina o trombosis coronaria.
6)	Tipo respiratorio: semejante a enfermedades respiratorias.
7)	Tipo mixto: combinaciones de distintas formas de presentación, en diferente orden cronológico.

TABLA 3
Criterios de investigación DSM-IV para el trastorno facticio por poderes

- A) Producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se halla bajo el cuidado del perpetrador.
- B) La motivación que define al perpetrador es el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona.
- C) No existen incentivos externos que justifiquen este comportamiento (p. ej., una compensación económica).
- D) El comportamiento no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

ción a los hospitales», «vagabundos de hospital», «adicción poliquirúrgica», y «síndrome del paciente profesional» (Leamon y cols. 2000).

La mayoría de los casos muestran urgencias orgánicas, con siete formas de presentación habitual (Gunn 1996, Enoch 1990). Las tres primeras son las más frecuentes y fueron descritas Asher. Las restantes fueron añadidas por Enoch y Trethowan (tabla 2).

En 1977, un nefropediatra, Roy Meadow, describe el *síndrome de Münchausen por Poderes*. Se parece mucho al síndrome de Münchausen, pero es una forma de abuso en la que la simulación, fabricación o exageración de la enfermedad se hace a través de víctimas inocentes, generalmente los hijos, que pagan en términos de enfermedad la patológica hipocondría de sus padres (o a veces otro adulto). El único propósito aparente de esta conducta del cuidador es asumir de forma indirecta el rol de enfermo. Este cuadro se denomina *trastorno facticio por poderes* en los criterios de investigación del DSM-IV (tabla 3).

El engaño puede incluir una historia médica falsa, la contaminación de muestras de laboratorio, la alteración de los resultados, o la inducción de heridas o enfermedades en el niño.

En la descripción de Meadow (1977, 1982), todos los pacientes presentaban una sorprendente colección de síntomas y signos que hacían pensar en una enfermedad multisistémica atípica; habían sido estudiados y tratados repetidas veces en diversos

hospitales durante un tiempo que oscilaba entre 4 meses y 7 años; y cada caso reunía un complejo historial médico con gran número de pruebas diagnósticas y de tratamiento innecesarios y potencialmente dañinos.

En la bibliografía psiquiátrica española, en una revisión que realizamos de los trabajos publicados entre 1980 y 1995, hemos encontrado 25 casos de síndrome de Münchausen, que afectaban a 20 familias. Cinco casos eran Münchausen mientras que los 20 restantes eran Münchausen por Poderes (Jiménez y Figuerido, 1996).

En el DSM-IV se describe el trastorno facticio por poderes en un individuo específicamente motivado para obtener el papel de enfermo a través de otra persona que está bajo su cuidado.

Por tanto la víctima puede que no sea el niño, y el cuidador puede que no sea la madre, aunque la mayoría de los casos involucran a madre e hijo.

Los signos que deben hacer pensar en el síndrome de Münchausen por Poderes, y las señales de riesgo, están esquematizados en las tablas 4 y 5. El diagnóstico es de exclusión, tras descartar por medio de un trabajo en equipo multidisciplinario cualquier duda razonable acerca de la organicidad de los síntomas motivo de consulta (Catalina y Mardomingo, 1995). Es en consecuencia un trastorno de elevada relevancia psiquiátrico-legal puesto que se trata de una forma de malos tratos.

Hay dos subtipos de Münchausen por Poderes. Uno en el que se fabrican síntomas y signos facticios en la víctima. Y un segundo subtipo, en el que simplemente se finge la posibilidad de que los tenga (Woolcoot, 1982). El síndrome tiene un pronóstico grave. Más del 12% de los casos descritos en todo el mundo, fallecen a causa de la enfermedad (López Linares, 1986).

El objetivo básico a conseguir con el tratamiento es cambiar sus fuentes de satisfacción desde los Hospitales a su vida personal y familiar (Waller, 1983).

TABLA 4
Diez señales para pensar en el síndrome de Münchausen por Poderes

1. Síntomas fabricados.
2. Enfermedad crónica inexplicable.
3. Discrepancia anamnesis/hallazgos.
4. Síntomas y signos «raros».
5. Sólo se dan en presencia de la madre.
6. Madre «colega».
7. Intolerancia a todos los tratamientos.
8. Madre indiferente al pronóstico.
9. Madre «Münchausen», a su vez.
10. Antecedentes de muertes no explicadas en la familia.

TABLA 5
Signos de riesgo en el síndrome de Münchausen por Poderes

1. Métodos potencialmente letales.
2. En menores de 5 años.
3. Historia previa de muertes repentinas e inexplicables en la familia nuclear.
4. Poca disponibilidad de ayudas psicosociales.
5. Madres afectas, a su vez, de síndrome de Münchausen.
6. Alcoholismo, toxicomanías o psicosis en la autora del engaño.
7. Persistencia de la fabricación de síntomas, aún después de la confrontación.

Pseudología fantástica

La mentira, como ya hemos comentado, es una actividad humana, frecuente y posiblemente universal. La forma más extrema del engaño patológico lo constituye la pseudología fantástica, en la que algunos hechos reales se entremezclan con fantasías muy elaboradas (Ford, 1996).

La pseudología fantástica fue descrita por Delbrück en 1891, y posteriormente en la literatura inglesa Healey & Healey (1915), denominan a los sujetos que la padecen *mentirosos patológicos*. Este cuadro clínico también es conocido como *mitomanía*.

El interés de la persona que escucha satisface al paciente y por tanto, refuerza el síntoma. No obstante, la distorsión de la verdad no se limita a la historia o a los síntomas de la enfermedad; los pacientes suelen ofrecer informaciones falsas sobre otras circunstancias de su vida (Kaplan 1998).

Es un cuadro que aparece frecuentemente relacionado con el síndrome de Münchhausen, y del mismo modo que sucede en este trastorno, el motivo es inconsciente. Schneider (1943) incluye a estos pacientes en el grupo de psicópatas necesitados de estimación. Las características clínicas de la mitomanía figuran en la tabla 6 (Gunn, 1995).

Las mentiras en este cuadro pueden generar tal engaño, que dificultan la distinción de estos pacientes con los que padecen un cuadro delirante. De hecho Kraepelin

“El interés de la persona que escucha satisface al paciente y por tanto, refuerza el síntoma. No obstante, la distorsión de la verdad no se limita a la historia o a los síntomas de la enfermedad; los pacientes suelen ofrecer informaciones falsas sobre otras circunstancias de su vida (Kaplan 1998)”

(1896) incluyó a varios pacientes con delirios sistematizados bajo el

TABLA 6
Características clínicas de la pseudología fantástica

1. Grandes y extensas invenciones.
2. El contenido y extensión de las mentiras son desproporcionados para cualquier finalidad discernible o ventaja personal.
3. Las mentiras intentan crear una nueva y falsa identidad en el autor de las mismas.
4. El sujeto aparenta alcanzar sus propias invenciones, las cuales toman vida en el sujeto, que llega incluso a creérselas.
5. La mentira es una característica central y persistente en la vida del paciente. La mitología de su vida pasada pasa a suplantar recuerdos verdaderos.

epígrafe de pseudología fantástica, y Krafft Ebing (1886) empleó el término «paranoia inventada» para definir a los mentirosos patológicos y sujetos delirantes.

“Estos sujetos suelen mostrar labilidad emocional, soledad, búsqueda de atención, y suelen establecer un buen rapport”



Neurosis de compensación

La neurosis de compensación es un término peyorativo, y controvertido que ha sido designado con otros epítetos poco halagüeños: neurosis situacional, neurosis de renta, neurosis accidental, neurosis de billete, rentosis, enfermedad fingida inconsciente, enfermedad americana, enfermedad mediterránea o enfermedad griega (Enoch, 1990, Gunn 1995).

Surge cuando los síntomas se adquieren o prolongan inconscientemente, en asociación con una posible compensación.

Se han descrito tres tipos principales de síndromes postraumáticos que deben distinguirse: la neurosis postraumática (trastorno posconmocional), la neurosis de compensación y la enfermedad simulada.

Para Vallejo (1998) los términos simulación, neurosis de renta e histeria se emplean a menudo de forma indiscriminada porque se introducen todos en el mismo contexto diagnóstico. En la neuro-

“Se han descrito tres tipos principales de síndromes postraumáticos que deben distinguirse: la neurosis postraumática (trastorno posconmocional), la neurosis de compensación y la enfermedad simulada”

sis de renta el paciente utiliza de forma no consciente su problema orgánico (accidentes, traumatis-

mos, operaciones etc.) para reorganizar su vida obteniendo una ganancia secundaria a partir de su enfermedad, gracias a la cual puede abandonar sus obligaciones. Se diferencia de la histeria en que en ésta la finalidad última está en el manejo afectivo del ambiente más que en su utilización material.

Tras una lesión orgánica aparece un menor daño psicológico si la lesión es aceptada como parte de un orden natural. Los sentimientos de enfado y resentimiento exacerbaban los síntomas físicos y psíquicos.

Simulación

La simulación se caracteriza por la producción y presentación voluntaria de síntomas físicos o psicológicos falsos o muy exagerados. En el DSM-IV se indica que debe establecerse diagnóstico diferencial con los trastornos facticios basándose en que en la simulación la producción de síntomas busca un incentivo externo, en cuanto que en el trastorno facticio no hay incentivos externos, sino la necesidad de adquirir el rol de enfermo.

Los simuladores presentan síntomas subjetivos y vagos. Pueden quejarse agriamente, describiendo que los síntomas alteran su vida normal, y cómo son de perturba-

dores. Suelen acudir a los mejores doctores, que son los más confiables (y quizá los más fáciles de engañar), y pagan de forma inmediata todas las visitas y explo-



“Es más frecuente en presos, militares, y en personas que buscan una compensación tras accidentes. Antes de diagnosticar una simulación debe de realizarse siempre una completa valoración médica”

raciones, incluso aunque sean excesivas, para impresionar a los médicos con su integridad (Kaplan, 1998) La simulación puede ser una conducta adaptativa, por ejemplo, fingir una enfermedad estando preso.

El paciente siempre tiene una

motivación externa que pertenece a alguna de las categorías que figuran en la tabla 7.

El DSM-IV señala que debe sospecharse siempre de una simulación cuando se detecta alguna de las siguientes combinaciones: contexto médico-legal de presentación (p. ej., la persona llega a un especialista médico por mediación de un abogado); marcada discrepancia entre las quejas o incapacidades aducidas por la persona, y los hallazgos objetivos; falta de cooperación durante la evaluación diagnóstica con el cumplimiento del régimen terapéutico y la presencia de un trastorno antisocial de la personalidad.

Es más frecuente en presos, militares, y en personas que buscan una compensación tras accidentes. Antes de diagnosticar una si-

TABLA 7
Motivaciones externas en la simulación

1. Evitar dificultades o situaciones difíciles, responsabilidades o castigos.
2. Recibir compensación, habitaciones en hospitales o centros de acogida, una fuente de abastecimiento de sustancias, o huir de la policía.
3. Desquitarse cuando el paciente se siente culpable o sufre pérdidas económicas, pérdidas de empleo, o tiene problemas con la ley.

mulación debe de realizarse siempre una completa valoración médica.

Referencias

- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV. Barcelona. Masson. 1995.
- Asher R.: "Münchhausen's Syndrome". *Lancet*, 951; 1:339-341.
- Catalina M.L. Mardomingo M: Síndrome de Münchhausen por poderes: Revisión de 35 casos de la literatura. *An Esp Pediatr* 1995; 42: 269-274.
- Elkin G.D. *Psiquiatría Clínica*. LANGE. México. Pág 140-141. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. 2000.
- Enoch D. Hysteria, malingering, pseudología fantástica, Ganser syndrome, prison psychosis and Münchhausen's syndrome. En: Bluglass R, Bowden P. *Principles and practice of forensic psychiatry*. Edimburgh. Pág 807-815, Churchill Livingstone. 1990.
- Ford. C. V. Lies, Lies, Lies. *The Psychology of Deceit*. Washington. American Psychiatric Press. 1996.
- Gunn J, Mawson D, Mullen P, Noble P. Deception, Self. deception and dissociation. En: Gunn J, Taylor P. *Forensic Psychiatry. Clinical Legal and Ethical Issues*. Oxford. Butterworth Heinemann, 1995.
- Hall H.V. Pritchard D.A. *Detecting Malingering and Deception. Forensic Distortion Analysis (FDA)*. Delray Beach, Florida. St. Lucie Press. 1996.
- Jiménez J.L., Figuerido Poulain J.L. El Síndrome de Münchhausen en la Pediatría Española. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines* 1996; 24 (1) 29-32.
- Kaplan HI, Sadock B.J. *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid Panamericana-Williams Wilkins. 1998.
- Leamon M.H., Plewes J. Trastornos facticios y simulación. En Hales R.E., Yudofsky S.C., Talbott J.A. *Tratado de Psiquiatría*. Tomo I. Barcelona 3ª Edición. Masson. 2000.
- López Linares M: Síndrome de Münchhausen Infantil. *An Esp Pediatr* 1986; 25: 225-226.
- Meadow R.: "Münchhausen Syndrome by proxy. The hinterland of child abuse". *Lancet*; 1977; 2:343-345.
- Meadow R.: "Münchhausen syndrome by proxy". *Arch Dis Child.*; 1982; 57:92-98.
- Schneider K. *Las Personalidades Psicopáticas*. Morata. Madrid. 1943.
- Vallejo J. Histeria. En J. Vallejo. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona. Masson. 1998. Pág 432.
- Waller D. Obstacles to the treatment of Münchhausen by proxy syndrome. *J Acad Child Adolesc Psychiatry*; 1983; 22: 80-85.
- Woolcoot P, Aceto T, Rutt C, Bloom M, Glick R. «Doctor shopping with the child as proxy patient»: A variant of child abuse. *J Pediatr*, 1982; 101: 297-301.

Agenda

■ Nuevas Perspectivas en la Enfermedad de Alzheimer

Fecha: del 29 de mayo al 1 de junio.

Director: Prof. J. J. López-Ibor.

Organiza: Dpto. Psiquiatría y Psicología Médica U.C.M.

Lugar: Centro Mesoneros Romanos. Casa de la Panadería, Plaza Mayor 27, Madrid (España).

■ European Congress: New Commitments for Psychiatry

Fecha: 30 de septiembre al 3 de octubre

Lugar: Madrid, España.

Inscripción: Tilesa@wpa.es

■ VII Congreso Nacional de la Medicina General Española

Fecha: del 3 de mayo al 2 de junio

Lugar: Santander, España.

Información: www.semgy.es

■ XXI Congreso de la semFYC

Fecha: del 14 al 17 de noviembre.

Lugar: San Sebastián, España.

Información: www.semfyc.es

■ XXIII Congreso Nacional Semergen

Fecha: del 26 al 29 de septiembre.

Lugar: Alicante, España.

Información: www.semergen.es

■ Aunque la **terapia con electroshock** es uno de los tratamientos más positivos en la depresión, un reciente estudio asegura que los pacientes con depresión sometidos a esta terapia presentan una tasa muy alta de recaída. Se aconseja que dicho tratamiento vaya siempre acompañado de medicación.

The Journal of the American Medical Association. March 2001.

■ En Estados Unidos se ha realizado recientemente una adaptación online de un programa para **screening de la depresión**. Como consecuencia de la puntuación alcanzada en dicha prueba (totalmente anónima) se aconseja, a aquellas personas con alto riesgo de padecer una depresión, a buscar un tratamiento adecuado.

Psychiatric Services. 2001.

■ La Asociación Mundial de Psiquiatría presentó el **Programa Institucional «La esquizofrenia abre las puertas»**. Lo que se pretende con dicho programa es, por una

parte luchar contra los prejuicios que acarrea la esquizofrenia y por otra, realizar mejoras en su diagnóstico y tratamiento. En nuestro país resulta alarmante el porcentaje de pacientes aún sin diagnosticar a causa del miedo y desconocimiento hacia dicha enfermedad.

■ **Entre los pacientes depresivos se incrementa el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca.** Dicha afirmación es la conclusión de un estudio realizado en el Instituto de Investigación de la Universidad de Vrije (Amsterdam). Dicho estudio resulta muy novedoso en cuanto a que se trata del primero que relaciona directamente la depresión con la mortalidad por enfermedad cardiovascular en pacientes con o sin dicha patología.

Archives of General Psychiatry. March 2001.

■ Los trastornos mentales suponen hoy en día la primera causa de sufrimiento para la población. Se calcula que más del 20% de la humanidad padecerá algún trastorno mental

En breve...

en algún momento de su vida. La vital importancia de la investigación, la información y el tratamiento de este tipo de enfermedades ha sido recogida por la Organización Mundial de la Salud que dedica este año el Día Mundial a la Salud Mental, que se celebrará el próximo día 7 de abril en todo el planeta con el lema «*Sí a la atención, no a la exclusión*».

