

■ ARTÍCULO ORIGINAL

PSICOFARMACOLOGÍA GERIÁTRICA

Luis F. Agüera Ortiz
María Aragüés Figuera
Servicio de Psiquiatría.
Hospital Universitario
12 de Octubre. Madrid.

■ AGENDA

■ EN BREVE...

■ EN BREVE...

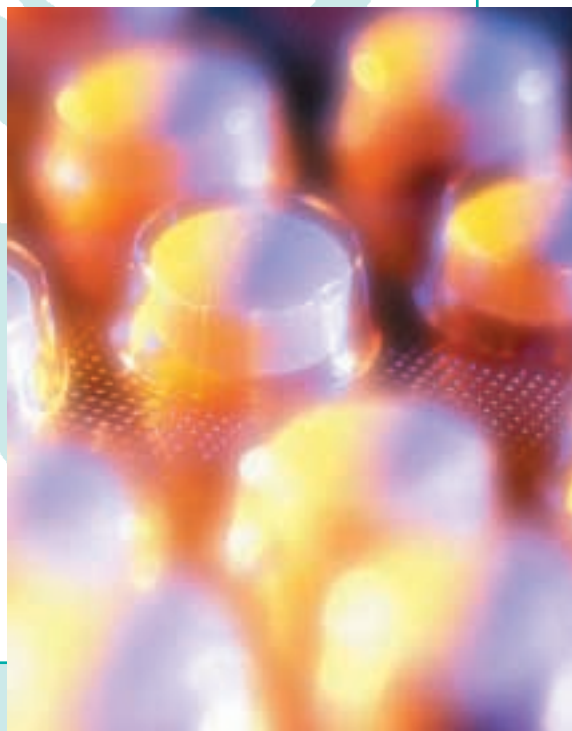
RIESGO DE SUICIDIO

La revista «British Medical Journal» (BMJ 2002), ha publicado un interesante estudio realizado en la Universidad de Aarhus, Dinamarca, sobre el riesgo de suicidio en jóvenes y los motivos que pueden inducirlos a hechos tales como los factores familiares, individuales o socioeconómicos.

Después de analizar a unos 500 jóvenes entre 10 y 21 años de edad, se ha llegado a la conclusión de que los factores paternos asociados al aumento de riesgo de suicidio entre los jóvenes eran la muerte precoz de uno de los progenitores, admisión hospitalaria por enfermedad mental, desempleo, bajos ingresos, divorcio, así como enfermedad mental en los hermanos o corta escolarización del propio individuo.

Definitivamente, el factor de riesgo principal, proviene del paciente, y por ello el estudio concluye destacando que la identificación de la enfermedad mental, el suministro, y la ayuda adecuada son factores cruciales para prevenir tan desafortunados hechos, y por tanto es preferible detectar los casos a tiempo para evitarlos.

(Más breves en pág. 7) ►►►



■ ARTÍCULO ORIGINAL

Psicofarmacología geriátrica

La población mayor de 65 años consume el 25-30% de los fármacos prescritos en nuestro país, a pesar de representar el 15% de la población total. Al prescribir tratamientos a los ancianos

se deben tener en cuenta factores importantes y diferenciales como son la automedicación, el incumplimiento, la pluripatología y asociada a ella la polifarmacia y la cronicidad.

(Continúa pág. 2) ►►►

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
Almirall Prodesfarma

S.V.P.: 269-R-CM

Psicofarmacología geriátrica

PRINCIPIOS GENERALES DE TRATAMIENTO

En el momento de prescribir medicaciones a los ancianos, se debe de tener en cuenta que la edad impone modificaciones biológicas que pueden tener repercusión en la farmacodinámica y la farmacocinética de las sustancias que usemos. La tabla 1 resume las principales.

Los efectos del tratamiento y la adherencia del paciente al mismo, han de ser monitorizados estrechamente. Existe una cierta propensión, a mantener indefinidamente los tratamientos psicofarmacológicos que se prescriben a los ancianos, en la errónea creencia que los procesos que padecen van a tender casi siempre a la cronicidad. El tratamiento ha de ser mantenido sólo durante el espacio de tiempo que dura el episodio actual y en los casos en que sea pertinente un tratamiento preventivo de las recaídas. En ocasiones la falta de adherencia no es intencional y se relaciona con dificultades cognitivas que llevan al paciente a olvidar dosis o tomas, o incluso a descartar inadvertidamente un medicamento una vez finalizado el contenido de un envase. A todo esto ha de añadirse que con frecuencia no es el propio paciente sino un familiar quien se encarga de la administración de la medicación, lo que introduce un factor adicional de sesgo y variabilidad. Por todo ello, es obligatorio

L. F. AGÜERA ORTIZ y M. ARAGÜÉS FIGUERO
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

TABLA 1
Cambios biológicos relacionados con la edad, con influencia en el tratamiento farmacológico

Farmacocinética

- Absorción: Escasas modificaciones.
- Distribución: Afectada por la distinta distribución de la masa corporal, con:
 - ↓ Agua total.
 - ↓ Agua extracelular.
 - ↓ Volumen plasmático.
 - ↓ Albúmina.
 - ↑ Tejido adiposo.
- Metabolización hepática reducida. Los procesos de conjugación sufren menor afectación.
- Eliminación renal más larga.

Farmacodinámica

- ↓ del número de determinados receptores y de neurotransmisores.
- ↓ de Monoaminoxidasa.
- Cambios estructurales y funcionales en los órganos diana: Ej. mayor sensibilidad del SNC al efecto depresor de las benzodiazepinas.

comprobar regularmente que el paciente recibe de forma adecuada la medicación prescrita por nosotros.

MANEJO DE LA ANSIEDAD EN EL ANCIANO

El manejo terapéutico no difiere en sus fundamentos del que ha de hacerse en el adulto, aunque se precisan determinadas modificaciones para adaptarlo a las peculiaridades de esta edad. Antes de tomar una decisión habrá que valorar las causas que lo han desencadenado, para ver si el tratamiento farmacológico está indicado o no, ya que no siempre el cociente riesgo-beneficio es aceptable.

Desde el punto de vista farmacológico, habrán de utilizarse básicamente los mismos grupos que se emplean en el adulto para similares patologías, siempre que esto sea posible. La tabla 2 muestra las estrategias fundamentales de tipo farmacológico en el abordaje de los distintos trastornos de ansiedad. Dado que las Benzodiazepinas son los fármacos más usados en esta indicación, sus pautas de utilización aparecen en la tabla 3.

De otro lado, el manejo psicoterapéutico de la ansiedad, sea en forma de apoyo, sea como una terapia estructurada, no es menos importante en la edad avanzada que en el adulto joven. Técnicas como la terapia psicomotriz y las distintas formas de relajación se han

TABLA 2
Estrategias de tratamiento farmacológico de los T. de ansiedad en el anciano

Trastorno	Tratamiento de elección	Tratamientos alternativos
T. de Pánico con o sin agorafobia.	Alprazolam normal o retard/ Antidepresivos ISRS.	Clomipramina o Imipramina
T. Ansiedad Generalizada.	Benzodiazepinas: Lorazepam, Alprazolam retard. Oxazepam/ Venlafaxina retard.	Buspirona Antidepresivos sedantes
T. Obsesivo-Compulsivo. Fobia social: Generalizada. Específica. Fobia específica. Ansiedad severa, demencia.	Antidepresivos ISRS. Antidepresivos ISRS. Betabloqueantes. Benzodiazepinas. Neurolépticos atípicos.	Clomipramina Benzodiazepinas Buspirona Betabloqueantes

Fuente: Modificado de Sheikh, 1996.

TABLA 3
Pautas de utilización de algunas benzodiazepinas en el anciano

Benzodiazepina	Dosis diaria	Observaciones
Lorazepam	0,5 a 3 mg	Repartir en 3 veces al día. Tratamiento estándar.
Oxazepam	10 a 45 mg	Repartir en 3 veces al día. Mayor rapidez de acción.
Alprazolam	0,25 a 1,5 mg	Repartir en 2 ó 3 (máximo) tomas. Las dosis más altas en el T. por crisis de ansiedad.
Alprazolam retard	0,5 a 1,5 mg	1 sola dosis al día. Las dosis más altas en el T. por crisis de ansiedad.
Diazepam	2,5 a 10 mg	Uso ocasional, no continuado, en situaciones agudas.
Clorazepato	5 a 30	Uso ocasional, no continuado, en situaciones agudas.

revelado muy útiles en este grupo de edad.

La elección de la molécula adecuada es un factor que reviste una importancia mucho mayor en el anciano que en el adulto. En el caso, infrecuente por otra parte, de una administración única aislada, puede usarse prácticamente cual-

quier molécula, incluidas las de vida media más larga como el diazepam, que tiene una velocidad de absorción algo mayor y por lo tanto consigue un efecto más rápido. Este es el caso, por ejemplo, de ansiedad secundaria a un procedimiento médico estresante, a un acontecimiento social o a una situa-

ción de urgencia. La elección en el tratamiento continuado de la ansiedad ha de recaer en moléculas que modifiquen poco su metabolismo en la edad avanzada como el lorazepam o el oxazepam o bien aumentando el periodo entre cada administración de determinadas moléculas de vida media de eliminación intermedia como el alprazolam que aunque alarga ésta con la edad, no lo hace de forma tan marcada como otras. En general es preferible el uso de moléculas de las denominadas de alta potencia, que precisan una dosificación menor, como el lorazepam y el alprazolam.

Los antidepresivos también juegan un papel en el tratamiento de los trastornos de ansiedad geriátrica. No es infrecuente la utilización de estos fármacos junto a las benzodiazepinas por su utilidad en estos trastornos y por la gran comorbilidad de la ansiedad con los trastornos depresivos. En el caso de su utilización para el control de las crisis de ansiedad, la recomendación fundamental es que deben de usarse comenzando por dosis muy bajas y aumentar la dosificación también muy lentamente, para evitar un incremento inicial de la ansiedad.

Los neurolépticos son una opción válida para el tratamiento de la ansiedad geriátrica bajo determinadas circunstancias. Su uso debería restringirse a la ansiedad que surge en el marco de los trastornos orgánicos cerebrales, como por ejemplo la demencia, y a la ansiedad severa que no cede adecuadamente con benzodiazepinas. La elección ha de recaer sobre los neurolépticos atípicos a dosis bajas, como 0,5 mg de risperidona o 2,5 mg de olanzapina.

MANEJO DEL INSOMNIO EN EL ANCIANO

Casi un tercio de los hipnóticos se prescriben para el anciano, y de éstos alrededor de un 70-75% son realizadas por los médicos de atención primaria. Se debe explicar al paciente y a la familia que la media de horas de sueño disminuye con la edad, por lo que un promedio de 6 horas diarias no precisa de medicación, además de enseñarse medidas higiénicas estándar que ayuden a dormir.

Aunque no puede hablarse de un hipnótico ideal, existen distintos fármacos que pueden contribuir a mejorar el problema.

El tratamiento habitual son las benzodiazepinas. De ellas, son preferibles las de vida intermedia y corta como el lorazepam o el lorazepam. Suelen administrarse en dosis aproximadas a la mitad de las del adulto. Otra familia es la del zolpidem y zopiclona, con características similares a las benzodiazepinas, pero con propiedades prácticamente solo hipnóticas. En cualquier caso, todas estas moléculas han de ser utilizadas con precaución, ya que se han descrito, con mayor frecuencia en los ancianos, cuadros de amnesia anterógrada y de confusión. Los antidepresivos sedantes tipo trazodona o mirtazapina pueden ser también útiles en el tratamiento del insomnio. Los neurolépticos pueden usarse en situaciones con afectación cognoscitiva importante o situación somática grave, teniendo en cuenta siempre el perfil de efectos secundarios de cada uno de ellos. El clometiazol es también una buena alternativa a dosis de un comprimido o dos al acostarse,

no debiéndose administrar en pacientes broncópatas ni hipotensos.

MANEJO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN EL ANCIANO

La mayoría de los antidepresivos han mostrado eficacia en la población geriátrica, encontrándose que un 75-80% muestran una buena respuesta al tratamiento. La elección deberá tener en cuenta el perfil de tolerabilidad del fármaco para ese enfermo particular y las posibles interacciones con otros medicamentos que el paciente pueda estar recibiendo. En términos generales, los antidepresivos tricíclicos presentan más complicaciones para su uso en los ancianos, principalmente por sus efectos anticolinérgicos, la posibilidad de producir hipotensión ortostática y de afectar la conducción cardiaca en caso de bloqueo. Sin embargo, pueden seguir siendo considerados opciones útiles en determinados casos, aunque resultan más difíciles de usar que las nuevas sustancias. La lofepramina y la nortriptilina serían las moléculas más adecuadas en el caso de tratamiento con tricíclicos en los ancianos.

La alternativa actual la constituyen los ISRS (citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina), IRSN (venlafaxina) y NASSA (mirtazapina). El perfil de efectos secundarios de estos medicamentos suele ser más benigno y transitorio, lo que añadido a su seguridad cardiaca les suele hacer preferibles a los tricíclicos. Sin embargo, en ocasiones los efectos secundarios como la inquietud, la anorexia o la producción de sinto-

matología extrapiramidal, pueden llegar también a impedir su uso. Es el caso por ejemplo de pacientes muy delgados o frágiles o los enfermos con enfermedad de Parkinson u otros síndromes extrapiramidales. En estos últimos suele preferirse, si es posible, los medicamentos no ISRS ya que estos pueden incrementar la sintomatología de temblor y rigidez.

En el tratamiento de la depresión asociada a demencia es fundamental tener en cuenta el espectro de efectos secundarios. Es especialmente importante que la medicación antidepresiva no interfiera en los procesos cognitivos ya deteriorados de los pacientes. Deberían evitarse por ello los antidepresivos tricíclicos, ya que sus efectos anticolinérgicos incrementan el deterioro cognitivo. De necesitarse, la lofepramina es el tricíclico con menos efectos sobre la cognición. Serán de elección los ISRS, la venlafaxina o la mirtazapina.

Los distintos fármacos tienen una diferente capacidad de inhibición de las enzimas del citocromo P450, por lo que presentan un perfil de interacciones con medicamentos de uso común en ancianos. Las moléculas con menor capacidad de producir interacciones clínicamente significativas son citalopram, sertralina, venlafaxina y mirtazapina. La escasa unión a proteínas plasmáticas de la venlafaxina, la hace también preferible en el caso de coadministración con fármacos como la digital o el dicumarol que pueden ser desplazados en mayor medida con las otras moléculas.

Es necesario recordar también que en las personas mayores es preciso esperar un mayor plazo de

tiempo para obtener la respuesta terapéutica —generalmente entre 3 y 6 semanas— y, una vez obtenida la respuesta, el tratamiento de mantenimiento ha de ser también más prolongado, habitualmente no inferior a un año. Con frecuencia se precisan tratamientos aún más largos —incluso de por vida— dado el carácter de enfermedad crónica o recurrente que tiene la depresión geriátrica en muchas ocasiones.

La tabla 4 presenta los fármacos antidepressivos más importantes de uso en la depresión geriátrica

En cuanto al trastorno bipolar, el tratamiento tanto de la fase maníaca aguda como de mantenimiento es el litio junto a los neurolepticos (más estudiados en fase aguda). Las dosis del litio suelen ser menores a las de los adultos. Es preciso recordar la posibilidad de interacciones clínicamente significativas y potencialmente letales entre el litio y los diuréticos tiazídicos y la mayoría de los AINES salvo la aspirina y el paracetamol.

MANEJO DE LAS PSICOSIS EN EL ANCIANO

El tratamiento de base de cualquier fenómeno de tipo psicótico se realiza fundamentalmente con fármacos neurolepticos. En la esquizofrenia tardía habitualmente se necesitan dosis de neurolepticos inferiores a las que se precisan para el tratamiento de la esquizofrenia del adulto joven, aunque superiores a las necesarias para tratar los síntomas psicóticos de la demencia. No suelen superar los 4 mg de haloperidol o los 3 mg de risperidona al día. Los efectos adversos más frecuentes en personas

	Dosis diaria	Comentarios
Tricíclicos		
Lofepamina	70 a 140 mg	Gran eficacia y buena tolerabilidad. Escaso empeoramiento cognitivo.
Nortriptilina	75 a 150 mg	Bien tolerado. Poco hipotensor.
Inhibidor de la recaptación de serotonina no específico		
Trazodona	100 a 300	Perfil sedativo intenso.
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina		
Fluvoxamina	100 a 200 mg	Perfil sedativo.
Fluoxetina	20 mg	Atención en parkinsonianos.
Sertralina	50 a 150 mg	Escaso perfil de interacciones. Poco anorexígeno.
Paroxetina	20 mg	Discretamente anticolinérgico.
Citalopram	20 a 30 mg	Escaso perfil de interacciones. Probado en Depresión más enfermedad vascular cerebral.
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)		
Venlafaxina	75 a 150 mg	Sin efectos anticolinérgicos. Escaso perfil de interacciones.
Antidepressivo Noradrenérgico y serotoninérgico específico (NASSA)		
Mirtazapina	30-45 mg	Atención a la posibilidad de sedación y de aumento de peso.

mayores incluyen sedación excesiva, síncope y caídas secundarios a la hipotensión ortostática, reacciones anticolinérgicas, síntomas extrapiramidales y disquinesia tardía.

Las nuevas generaciones de fármacos neurolepticos, denominados *atípicos* por su distinto modo de acción sobre la neurotransmisión, presentan un perfil de efectos secundarios mucho más favorable, junto a una eficacia similar. En los ancianos, la molécula más utilizada de entre estos nuevos y de la que se tiene más información es la risperidona. Otros fármacos, como la olanzapina, quetiapina o ziprasidona, están siendo utilizados con éxito también en este grupo de edad. La tabla 5 muestra los neurolepticos de más común uso en los ancianos, junto a su perfil de efec-

tos secundarios. La tabla 6 señala algunas de las características del posible uso en ancianos de los neurolepticos más recientes.

MANEJO DE LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN LA DEMENCIA

En primer lugar debemos buscar causas reversibles de las que dependan las alteraciones conductuales, distinta de la demencia y que pueda ser tratada sin el uso de psicofármacos. Descartadas estas y una vez clarificada la naturaleza primaria de los síntomas, su manejo debería de resultar de la combinación de medidas farmacológicas y no farmacológicas. Las primeras son indudablemente útiles pero no son eficaces en todas las circuns-

TABLA 5
Características de los neurolépticos más usados en los ancianos

Fármaco	Dosis	Seda- ción	Hipo- tensión	S. Extrapir- amidales	S. Antico- linérgicos	Comentarios
Haloperidol	0,5 a 6	Baja	Baja	Alta	Baja	Tratamiento estándar y seguro.
Tioridazina	10 a 300	Alta	Alta	Baja	Alta	Bien tolerado. Atención en cardiopatías.
Clorpromazina	10 a 300	Alta	Alta	Baja	Alta	Menor potencia.
Zuclopentixol	2 a 20	Media	Baja	Media. Diferencias individuales	Baja	Útil en agitación y violencia.
Risperidona	0,5 a 6	Media	Inicial	Muy bajos	Muy bajos o nulos	Neuroléptico <i>atípico</i> . Seguro y bien tolerado en ancianos.

Las dosis más bajas suelen corresponder al tratamiento de fenómenos psicóticos en la demencia, las más altas a los ancianos con esquizofrenia de inicio precoz.

TABLA 6
Neurolépticos más recientes

	Dosis diaria	Posibles ventajas	Posibles inconvenientes
Olanzapina	Inicio: 2,5-5 mg Dosis media: 5-15 mg	Escasos síntomas extrapiramidales. Sin alteraciones hematológicas tipo clozapina.	Ganancia de peso. Excesiva sedación en algunos pacientes.
Quetiapina	Inicio: 12,5-25 mg Dosis media: 50 - 150 mg	Escasos síntomas extrapiramidales. Buen perfil de seguridad. Creciente base de datos en ancianos.	Precisa titulación lenta, si no, somnolencia y mareo al principio.
Ziprasidona	Inicio: 40 mg Dosis media: 80 - 150 mg	Efecto antidepressivo además de antipsicótico.	Escasa información en ancianos.

tancias. Las medidas no farmacológicas deberían de usarse siempre, tanto si se hace uso de fármacos como si no se hace. Entre ellas destacan las aproximaciones psicológicas, enfatizando el objetivo de las técnicas en problemas específicos de conducta y, por otro lado, el manejo del entorno del paciente, que intenta modificar las situaciones que rodean a la persona afectada del trastorno ayudando y proporcionando soporte también a sus cuidadores.

Los distintos síntomas psiquiátricos se suele tratar de la misma manera que aquellos que aparecen fuera del contexto de la demencia. Las indicaciones del tratamiento farmacológico de estos síntomas, aparecen en la tabla 7.

En el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y también de otras formas de demencia como la demencia por cuerpos de Lewy, los fármacos Inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina y galantamina), inicialmente desa-

rollados para el tratamiento de los síntomas cognitivos, están demostrando su utilidad también en la reducción de síntomas psicológicos y comportamentales, así como previniendo su aparición, lo que es un factor añadido que apoya su uso.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Agüera Ortiz L. Demencia. Una aproximación práctica. 1 ed. Barcelona: Masson, 1998.
- Agüera Ortiz L, Hernán Fernández I. Psiquiatría Geriátrica. En: Barcia Salorio D. Tratado de Psiquiatría. Madrid: Aran; 2000:889-924.
- Agüera Ortiz L, Martín Carrasco M, Cervilla Ballesteros J. Psiquiatría Geriátrica. Masson; 2001.
- Agüera-Ortiz L. La utilización de psicofármacos en cuadros psicóticos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2000; 27(5):253-258.
- Ballard C, Oyebode F. Psychotic symptoms in patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiat* 1995;10(9):743-752.
- Jenke MA. Psychoactive drugs in the elderly: Antipsychosis and anxiolytics. *Geriatrics* 1998;43: 53-65.
- Maixner S, Mellow A. The efficacy, safety and tolerability of antipsycho-

TABLA 7
Indicaciones del tratamiento farmacológico de los síntomas psiquiátricos en la demencia

	Tratamiento Farmacológico preferente	Efectividad
Delirios	Neurolépticos	Alta
Alucinaciones	Neurolépticos	Alta
Falsos reconocimientos	Neurolépticos?	Incierta
Depresión	Antidepresivos	Alta
Cambios de personalidad	No farmacológico	Media
Deambulación errática	Neurolépticos	Incierta
Problemas de Sueño	Neurolépticos Benzodiacepinas Clometiazol	Media
Conductas inapropiadas	Neurolépticos	Media
Incontinencia	No farmacológico	Media
Inquietud, agitación	Neurolépticos Benzodiacepinas	Alta
Agresividad	Neurolépticos Benzodiacepinas	Alta
Conductas Sexuales inapropiadas	Neurolépticos Antidepresivos ISRS	Media

tics in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1999;60(suppl 8):29-41.

Nolan L, O'Malley K. Prescribing for the elderly: prescribing patterns: differences due to age. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:245-254.

Salzman C. Treatment of anxiety and anxiety related disorders. En: Salzman C, editor. *Clinical Geriatric Psychopharmacology*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1999:343-358.

Shamoian CA, editor. *Psychopharmacological treatment complications in the elderly*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1992: 71-87.

Sheikh JI. Anxiety and panic disorders. En: Busse E, Blazer D, editors. *Textbook of Geriatric Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1996:279-289.

Sheikh JI. Problems associated with long-term benzodiazepine use in the elderly.

En breve...

LA AFASIA

El hospital Universitario de la Paz en Madrid, nos brinda un curioso caso.

La afasia en pacientes bilingües depende del grado de automatización de cada idioma.

El hecho desencadenó la polémica cuando una paciente de 29 años fue ingresada con afasia motora y pérdida de función en hemicuerpo derecho. Tras realizar estudios de tomografía axial computerizada y de arteriografía se observaron imágenes compatibles con una hemorragia intraparenquimatosa parietal iz-

quierda y con una malformación arteriovenosa.

La paciente, en los primeros días, presentaba una expresión verbal del idioma materno, (francés), y con posterioridad, inició un programa de rehabilitación logofoniatría con el que recuperó el segundo idioma.

Por tanto, la recuperación de la enfermedad comienza con la lengua materna para acabar con el segundo, en este caso el castellano, concordando con las teorías clásicas de la evolución de la afasia en bilingües.



Agenda

■ Curso de habilidades en Salud Mental

Cádiz, 18-19 octubre de 2002.
Valencia, 25-26 octubre de 2002.

Organiza:
Sociedad Española de Medicina General (SEMG).
Paseo Imperial, 10-12 - 1ª planta.
28005 Madrid.
Teléf.: 913 644 120. Fax: 913 644 121.
E-mail: semg@semg.es

■ XI Jornadas de Atención Primaria de Navarra

Escuela de Enfermería.
Pamplona. 25-26 octubre 2002.

Lema:
La persona anciana: atención integral en salud.
Presidenta del Comité Organizador:
Rosario Orzanco
(C. S. Burlada - csburlad@cfnavarra.es)
Comité científico:
Manuel Serrano
(C. S. de Azpilagaña - mserranm@cfnavarra.es)

■ Becas de la REAP para investigación en atención primaria

Plazo límite: 31 dic. 2002.

La cuantía de las becas será de hasta 6.000 euros y los trabajos de investigación que quieran optar versarán exclusivamente sobre atención primaria en España, valorándose que el trabajo sea multidisciplinar, comprometiéndose el grupo investigador a realizarlo en un plazo de 2 años contados a partir de la fecha de concesión de la beca. Se enviará memoria en castellano del proyecto al comité científico, en un único fichero en formato Word, al correo electrónico de la Secretaría de la REAP: rpastors@meditex.es. Los investigadores se comprometen a que una vez finalizado el trabajo se presente en las jornadas de la REAP y que se publique en revistas científicas de reconocido prestigio tanto en el ámbi-

to nacional como internacional. La totalidad de las bases pueden solicitarse al correo electrónico mencionado más arriba.

E-mail: rpastors@meditex.es
URL: <http://www.euskalnet.net/gmh/>

■ VI Congreso Nacional de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica

Palacio de Congresos de Catalunya.
Barcelona. 5-9 nov. 2002.

Información:
Secretaría Científica:
Ciutat Sanitària de Bellvitge.
Feixa Llarga s/n.
08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.
Teléf./Fax: 93 335 4881.

■ XXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Palacio Municipal de Congresos.
Madrid. 20-23 nov. 2002.

Información:
SemFYC Congresos. Carrer del Pi, 11.
08022 Barcelona.
Teléf.: 93 317 71 29. Fax: 93 318 69 02.
E-mail: congresos@semfyc.es

■ XVII Congreso de la Federación Mundial de Salud Mental

Melbourne Convention Centre.
Melbourne. Australia.
23-28 febrero 2003.

Información e inscripciones:
ICMS Pty Ltd. 84 Queensbridge Street.
Southbank VIC 3006. Australia.
Teléf.: +61 3 9682 0244. Fax: +61 3 9682 0288.
E-mail: wfmh2003@icms.com.au
URL: <http://www.icms.com.au/wfmh2003>