

■ ARTÍCULO ORIGINAL

EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE EL PACIENTE CON ANSIEDAD GENERALIZADA

J. L. Ayuso Gutiérrez
Catedrático de Psiquiatría.
Universidad Complutense de Madrid.

■ AGENDA

■ EN BREVE...

■ EN BREVE...

LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL SERÁN EN EL FUTURO LA PRIMERA CAUSA DE CONSULTA

Según el Dr. Rodríguez Sendín «en unos años, la patología mental se convertirá en la primera causa de consulta de salud en la asistencia primaria».

El médico general en aproximadamente el 90% de los casos es el responsable del diagnóstico y muy a menudo de su seguimiento. La depresión y la ansiedad son los principales motivos de consulta y los que más frecuentemente se diagnostican en el nivel primario, pero en muchos casos el médico general no realiza el seguimiento porque el propio paciente pide la derivación al especialista.

(Más breves en pág. 7) ►►►



■ ARTÍCULO ORIGINAL

El médico de atención primaria ante el paciente con ansiedad generalizada

INTRODUCCIÓN

La ansiedad, sentimiento consustancial a la condición humana, constituye además de un estímulo productivo,

el sufrimiento psicológico por excelencia que con frecuencia perturba el comportamiento y compromete seriamente el funcionamiento del individuo.

(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

El médico de atención primaria ante el paciente con ansiedad generalizada

J. L. AYUSO GUTIÉRREZ

Catedrático de Psiquiatría. Universidad Complutense de Madrid

La angustia y la ansiedad son conceptos difícilmente diferenciables. En realidad se trata de matices de la misma expresión. La angustia es más física, más inmovilizante y más sobrecogedora. La ansiedad es más psíquica, siendo vivenciada con inquietud y sobresalto.

Es importante la distinción conceptual y práctica entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica. La ansiedad sirve para movilizar las operaciones defensivas del organismo, teniendo un papel tan esencial como el dolor como instrumento de supervivencia. Además, la ansiedad no excesiva es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento. En términos generales, la ansiedad normal es menos acentuada, más ligera y no implica una reducción de la libertad personal.

La ansiedad patológica, objetivo del interés del clínico, es desproporcionada con la situación desencadenante o se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado, con un sentimiento de indefensión, o se considera incapaz de tomar la acción apropiada para neutralizar las situaciones provocadoras de ansiedad. Compromete el funcionamiento del individuo, impulsándole frecuentemente a pedir ayuda médica.

Aunque los trastornos mentales caracterizados por la presencia de ansiedad patológica como síntoma predominante se conocen desde la antigüedad, sin embargo, la decisión de agruparlos en categorías diagnósticas específicas corresponde a Sigmund Freud, quien en las postrimerías

del siglo XIX describió los diversos tipos de neurosis, considerando a la ansiedad como su elemento básico. Se trataría de trastornos sin base orgánica, motivados por un conflicto intrapsíquico y cuyas diferencias provendrían de los diversos dispositivos manejados por el sujeto para defenderse contra el conflicto instintivo.

La clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría replanteó en 1980¹ la ordenación de los trastornos de ansiedad sobre bases conceptuales radicalmente distintas. En este nuevo enfoque se abandonó el término neurosis, que implica compartir una causa común: el conflicto inconsciente que conduciría al empleo inadecuado de los mecanismos de defensa, resultando en la generación de síntomas. En lugar de una supuesta etiología, el DSM-III basó la clasificación en la presencia de síntomas comunes. En esta clasificación se distinguen cinco categorías básicas de los trastornos de angustia: trastorno de ansiedad generalizado (TAG), trastorno de ataques de angustia, trastornos fóbicos, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés post-traumático.

En el trastorno de ansiedad generalizada, la alteración emocional es de carácter más o menos persistente, con tendencia a la cronicidad. Se presenta con una elevada prevalencia en la práctica clínica, y conlleva un grado considerable de deterioro funcional psicosocial. A diferencia del trastorno de angustia (trastorno de pánico) no están presentes los ataques recurrentes de angustia.

Según la cuarta edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana² el Trastorno de Ansiedad Generalizada se define como una ansiedad y una preocupación excesivas por diferentes sucesos o actividades durante la mayoría de los días durante al menos un periodo de seis meses. La preocupación es difícil de controlar y está asociada a síntomas somáticos como tensión muscular, irritabilidad, dificultad para dormir e inquietud. Se requieren 3 de los 6 síntomas propuestos: a) inquietud o impaciencia; b) fatigabilidad; c) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco; d) irritabilidad; e) tensión muscular; y f) alteraciones del sueño. La ansiedad no está provocada por el consumo de sustancias o por una enfermedad somática, y no ocurre durante un trastorno del ánimo o psiquiátrico. La ansiedad es difícil de controlar, es estresante de una manera subjetiva, y produce deterioro en áreas importantes de la vida personal.

EPIDEMIOLOGÍA

Estimaciones actuales siguiendo los criterios americanos ofrecen una prevalencia anual en población general del 5,3%, sin embargo, sólo el 34,4% de los casos es correctamente identificado por el médico de atención primaria³. Es más frecuente en la mujer (dos terceras partes de los casos identificados) y la edad de inicio es variable aunque los pacientes suelen acudir al médico por primera vez entre los 20 y los 30 años.

CAUSAS

Todas las teorías que intentan explicar la ansiedad han contribuido en alguna medida a facilitar su comprensión.

El psicoanálisis ha prestado particular atención al estudio de los pacientes con síntomas de ansiedad. Bajo esta perspectiva, la ansiedad es considerada como un signo para el ego que se encuentra en una situación de peligro. Es un indicador de un conflicto psicológico en el inconsciente. Esta teoría constituye el soporte conceptual del tratamiento psicoanalítico que pone el acento en la experiencia adquirida y en el conflicto inconsciente. La tarea esencial de la cura psicoanalítica consiste en recordar los contenidos traumatizantes agazapados en el inconsciente analizando las resistencias que impiden su descubrimiento.

Los psicólogos conductistas proponen que la ansiedad es una conducta aprendida y, por consiguiente, puede ser «desaprendida» con un tratamiento adecuado.

Algunos estados de ansiedad parecen determinados por factores hereditarios, como lo demuestran los estudios familiares, en los que se constata una mayor presencia de trastornos de ansiedad entre los familiares de los pacientes en relación a la población general (tabla 1).

En la pasada década, la investigación bioquímica ha aportado datos relevantes para la comprensión de la ansiedad. Varios neurotransmisores están asociados con la patofisiología de la ansiedad, principalmente los sistemas gabaérgico, noradrenérgico y serotoninérgico.



SINTOMATOLOGIA

El TAG se caracteriza por un sentimiento de ansiedad de carácter persistente, insidioso y generalizado. Subjetivamente la ansiedad es vivenciada como una emoción de tonalidad displacentera, sin causa y dirigida al porvenir. Se trata de un sentimiento de aprehensión y una perspectiva permanente frente a la posibilidad de que ocurra algo grave. A veces, cuando la ansiedad es muy intensa, se acompaña de despersonalización y desrealización. En la despersonalización hay un sentimiento de extrañeza referido al yo. El sujeto se siente raro, como si estuviera vacío. En la desrealización, el mundo exterior es percibido como si no tuviera vida, como si no fuera real. Frecuentemente todas las funciones psíquicas están perturbadas. La atención se hace dispersa, la memoria es pobre y el pensamiento se lentifica, llegando incluso a bloquearse o desorganizarse.

La ansiedad por lo general se acom-

paña de sensación de tensión interna y dificultad para relajarse. Esta tensión, frecuentemente, puede producir temblor de manos en reposo e incluso durante los movimientos intencionales.

En la gran mayoría de los casos se detecta una hiperactividad visceral. Los pacientes se quejan con frecuencia de cefalea, usualmente descrita como una banda apretada que rodea la cabeza, asociada a sensación de mareo. Otras veces es una sensación de inestabilidad o la manifestación de que no es posible sujetar la cabeza. Son quejas comunes la visión borrosa a consecuencia de la dilatación pupilar, la disminución de la salivación y la excesiva sudoración, especialmente en manos, pies, axilas y cara. Otros síntomas frecuentes son los relacionados con la hiperactividad vegetativa del aparato digestivo (sensación de peso en el estómago, náuseas, retortijones abdominales), cardiovascular (palpitaciones) y urinaria (mayor frecuencia de las micciones). Constituyen también molestias típicas los hormigueos en miembros, los dolores musculares erráticos, la pesadez en piernas y brazos, la fatigabilidad precoz, la palidez facial, el insomnio de conciliación, la irritabilidad, y un vago sentimiento de zozobra, impaciencia, preocupación y aprehensión.

La ansiedad puede ser detectada mediante la observación de la conducta ex-

TABLA 1
Estudio familiar del Trastorno de Ansiedad Generalizada⁴

Probandos	Familiares con TAG (%)
TAG (N = 20)	19,5
Controles sanos (N = 20)	3,5

terna. Según los casos la ansiedad se exterioriza con inquietud, desasosiego, temblor, incapacidad para estar sentado un rato, movimientos incesantes, restregarse las manos, mesarse los cabellos, etc.

Desde el punto de vista fisiológico, el estado de alertización del organismo ansioso implica una activación a nivel del sistema nervioso central de los mecanismos de control cortico-subcortical, y a nivel periférico, una incrementada actividad del sistema nervioso simpático y del sistema endocrino constituido por el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. La activación puede constatararse mediante diversos parámetros fisiológicos. Los pacientes presentan una frecuencia cardíaca más acelerada que los sujetos normales. La hiperactividad de las glándulas sudorales puede detectarse a través del aumento de la conductibilidad cutánea o respuesta electrotérmica. En el electroencefalograma, habitualmente se aprecia una disminución del voltaje o amplitud del trazado y un aumento porcentual del ritmo beta, ritmo rápido, de más de 13 ciclos por segundo.

CURSO EVOLUTIVO

En la evolución del TAG hay que considerar la frecuente asociación con episodios depresivos que tiene lugar en el 38,4% de los casos, tasa que se eleva al 62,4%⁵ si se contempla el riesgo a lo largo de toda la vida del sujeto (fig. 1). Esta asociación implica una mayor gravedad y mayor disfunción socio-laboral. Otras complicaciones que tienen lugar con más frecuencia en los pacientes no tratados son el consumo y abuso de alcohol u otras drogas, y el desarrollo de enfermedades psicósomáticas.

TRATAMIENTO

Cuando el médico se enfrenta con la tarea de tratar a un sujeto ansioso debe,

ante todo, establecer el diagnóstico clínico, valorar la intensidad del trastorno y el grado de interferencia en el rendimiento y conocer las particularidades personales del sujeto para decidir si procede o no el tratamiento y cual es la modalidad terapéutica más aconsejable. Solamente cuando la ansiedad se hace suficientemente intensa y desborda la capacidad del sujeto a reaccionar de forma adaptativa e interfiere sustancialmente con la actividad cotidiana, debe considerarse el tratamiento.

Psicoterapia

La polémica psicoterapia *versus* farmacoterapia como dos alternativas antagónicas resulta inadmisibles en la actualidad gracias a la evidencia no sólo de la compatibilidad de ambas modalidades de tratamiento, sino también a la comprobación de que en la mayoría de los casos los mejores resultados se obtienen con el tratamiento mixto.

Las psicoterapias dinámicas suponen que la conducta está determinada por las realidades presentes y por la experiencia pasada. El sector conflictivo de la experiencia personal puede estar escondido en el «inconsciente» y ejercer un papel importante en la determinación de la situación presente y en el funcionamiento

del sujeto, incluyendo la sintomatología de ansiedad, que apunta a conflictos y problemas que precisan atención. Para alcanzar este objetivo se utilizan diversas técnicas: por ejemplo, se estimula al sujeto a hablar libremente sobre cualquier pensamiento o sentimiento que aflora a su mente, sin que trate de rechazarlos. Otras vías utilizadas son la interpretación de los sueños y la exploración del pasado en tanto se relaciona con los problemas presentes.

En general se trata de técnicas que requieren un tiempo bastante prolongado y un cierto nivel de psicologización por parte del sujeto. A diferencia del psicoanálisis ortodoxo, otras terapias psicodinámicas, aunque utilizan técnicas similares, prestan mayor atención a la situación presente, al «aquí y ahora» y al análisis de los papeles asumidos en las relaciones interpersonales.

Las diversas modalidades de relajación se utilizan para el alivio temporal de la sintomatología ansiosa.

En la relajación muscular, que constituye la técnica más utilizada, los mensajes de calma procedentes de las terminaciones de los husos musculares provocan una respuesta de disminución del nivel de actividad del sistema nervioso central.

Otra forma de conseguir este efecto es el entrenamiento autógeno de Schultz o

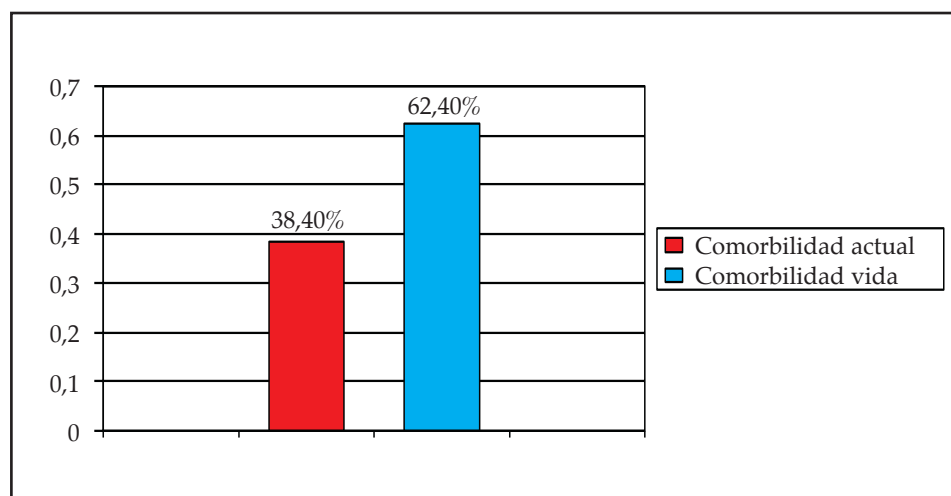


Fig. 1.—Comorbilidad de TAG y Depresión Mayor⁵.

autorelajación concentrativa. En esta técnica se pide al sujeto que «visualice» una parte de su cuerpo manteniendo la concentración durante un tiempo. En general alcanza a niveles más profundos que la relajación progresiva, circunstancia que le confiere una mayor eficacia clínica.

El sujeto puede aprender también a relajarse con la ayuda de una máquina de bio-retroalimentación o «bio-feedback». El nivel de tensión muscular en cualquier sector de la geografía corporal es comunicada (feed-back) a través de un estímulo visual o auditivo para ayudarle a disminuir la tensión y con ella la ansiedad.

Benzodiazepinas

La introducción en la década de los sesenta de las benzodiazepinas, agonistas de los receptores GABA-a, para el tratamiento de los estados de ansiedad constituyó un avance significativo en relación a la medicación ansiolítica anteriormente disponible, barbitúricos y meprobamatos, drogas de efecto más sedante, dotadas de mayor riesgo de adicción y con letalidad elevada en caso de sobredosis. Desde entonces han ido alcanzando cotas de prescripción realmente considerables.

La eficacia y la relativa seguridad han conducido a su amplio uso. Sin embargo, el riesgo de desarrollar dependencia debe ser tomado en consideración por el médico, no debiendo ser prescritos estos compuestos indiscriminadamente. Antes de comenzar con la administración de las benzodiazepinas, el clínico debe informar al paciente sobre la potenciación de los efectos sedantes cuando se combinan con otras drogas como barbitúricos, antidepresivos y alcohol, y sobre el peligro potencial de conducir vehículos de motor o de manejar maquinaria pesada.

Las benzodiazepinas, a diferencia de los antipsicóticos y de los antidepresivos, tienen poco efecto sobre las funcio-

nes vegetativas, siendo infrecuentes los efectos adversos sobre tensión arterial, pulso y ritmo cardíaco. El efecto secundario más común es la sedación, que depende de factores múltiples, como la facilidad de acumulación de la droga, las variaciones individuales farmacocinéticas, la personalidad de base, el nivel previo de ansiedad y el empleo concomitante de otras medicaciones. Clínicamente se manifiesta por somnolencia y déficit cognitivo, expresado por la disminución de la memoria, la atención, la concentración y la coordinación motora. En general son más evidentes con las benzodiazepinas de uso parenteral (diazepam, cloracepan).

Un porcentaje sustancial de los pacientes que las han consumido durante varios meses, incluso a dosis bajas, presentan síntomas evidentes de supresión, siendo más frecuentes y precoces con el uso de los agentes de vida media más corta. Los síntomas de abstinencia se parecen mucho a los síntomas previos de ansiedad: irritabilidad emocional y neuromuscular, cefalea, parestesias, inquietud, sudoración, insomnio, hipersensibilidad a la luz y al ruido, molestias abdominales, náuseas, despersonalización.

La prevención de las reacciones por retirada debe hacerse mediante la supresión gradual de la medicación, no reduciendo más de la tercera parte de la dosis cada semana. Esta reducción deberá ser más paulatina, de cuatro a seis semanas, en los consumidores crónicos de tranquilizantes.

Dado que el uso de benzodiazepinas para el tratamiento de larga duración de la ansiedad es motivo de polémica, lo habitual es comenzar con la dosis en el rango terapéutico más bajo para ir ascendiendo de forma progresiva y mantener el tratamiento de 2 a 6 semanas. La reducción de la dosis también se realiza de forma progresiva en el plazo de 1 a 2 semanas.

Se asiste en la actualidad a una preocupación creciente de las autoridades sa-

nitarias sobre el potencial de dependencia y abuso que pueden tener las benzodiazepinas. Esto justifica las recientes medidas en nuestro país de controlar la dispensación de tranquilizantes en las farmacias para evitar el uso extramédico y la necesidad de utilizarlos siempre bajo supervisión médica.

Azaspirodecanodionas

Este grupo, cuyo prototipo es la buspirona, y sus análogos ipsapirona y gepipirona, está constituido por compuestos que se comportan como agonistas parciales de los receptores 5-HT-1A. El efecto ansiolítico de la buspirona se pone de manifiesto tras varios días o semanas de tratamiento lo que parece indicar que el fármaco pone en marcha una serie de cambios adaptativos en los receptores serotoninérgicos, responsable de su efecto clínico. Entre las ventajas de la buspirona se encuentra la ausencia de inducción de dependencia física y abstinencia, además de no interactuar con el alcohol y otros depresores del SNC. Carece de efecto sedante y amnesiante, no disminuyendo el rendimiento psicomotor. Entre sus inconvenientes cabe citar el retraso en el inicio del efecto ansiolítico (hasta dos semanas) y su ineficacia en pacientes tratados previamente con benzodiazepinas. Entre los principales efectos adversos se encuentran las náuseas, los vértigos y las cefaleas, que se minimizan iniciando el tratamiento con dosis bajas (5 mg/2-3 veces al día) e incrementándolo de manera gradual.

Antihistamínicos

Otros fármacos que se han utilizado en el tratamiento de los trastornos neuróticos han sido los antihistamínicos, que no son buenos ansiolíticos, ya que su efecto sedante es intenso y el desarrollo de tolerancia aparece al poco tiempo de iniciarse el trata-

miento. Sin embargo, estudios preliminares sugieren que algunos antihistamínicos como la hidroxicina podrían ser útiles en el tratamiento de la ansiedad generalizada^{6,7}.

Bloqueantes β -adrenérgicos

Los bloqueantes β -adrenérgicos, pese a no tener un efecto directo sobre la ansiedad, reducen la sintomatología vegetativa y la preocupación del paciente por su estado de salud. Aunque se cuenta con una mayor experiencia en esta indicación con el propranolol, el atenolol, bloqueante cardioselectivo, presenta menos problemas de manejo, como riesgo de crisis asmáticas e insomnio. Aunque son especialmente eficaces en el control de las manifestaciones somáticas vegetativas (temblor, sudoración, palpitaciones), sin embargo, su eficacia en el trastorno de ansiedad generalizada no se ha demostrado en estudios controlados.

Otros ansiolíticos

Se están desarrollando nuevos fármacos ansiolíticos con la intención de lograr menos efectos adversos y menor dependencia y que han demostrado su eficacia en el TAG en estudios preliminares. Entre ellos se cuenta con las beta-carbolinas (abecarnil, bretazenil). En un estudio doble ciego de 4 semanas de duración, el abecarnil y el alprazolam se han mostrado eficaces comparados con el placebo en pacientes con TAG⁸. Otros fármacos en desarrollo que ofrecen resultados prometedores son los antagonistas de los receptores de colecistoquinina, la gabapentina y los moduladores del receptor GABA-a.

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS)

La utilización de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento del TAG se propuso hace más de una década⁹, sin embar-

go, a diferencia del trastorno del pánico en el que han ocupado un lugar importante, nunca han constituido una opción terapéutica común en la ansiedad generalizada debido al perfil de efectos secundarios desfavorable en comparación con los tradicionales ansiolíticos. Esta situación está cambiando gradualmente con la introducción de los ISRS y con los antidepresivos de la última generación considerados como fármacos de acción ansiolítica con mejor perfil de tolerabilidad.

Los ISRS, antidepresivos ampliamente prescritos, han empezado a utilizarse en el tratamiento del TAG, indicación sugerida por la eficacia que muestran estos compuestos en otros trastornos de ansiedad, como en el trastorno de pánico, en el trastorno obsesivo-compulsivo y en la fobia social. Sin embargo, todavía no se dispone de estudios controlados doble-cego que apoyen esta indicación salvo en el caso de la paroxetina¹⁰. Los efectos colaterales más comunes son náuseas, cefalea, disfunción sexual y síntomas de hipersensibilidad (inquietud, insomnio) durante las primeras semanas por lo que se aconseja iniciar el tratamiento con dosis reducida y realizar aumentos progresivos hasta obtener la respuesta terapéutica deseada. Como en el resto de los fármacos antidepresivos la respuesta terapéutica no se produce, en general, hasta pasadas al menos cuatro semanas.

Nuevos antidepresivos

Dentro de este grupo de fármacos, constituido por los inhibidores de la re-

captación de serotonina y noradrenalina (venlafaxina), los antagonistas de los receptores α -2 (mirtazapina) y los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina), es la venlafaxina el antidepresivo que cuenta con más datos de eficacia en el TAG mediante ensayos clínicos controlados con placebo. En dos estudios de ocho semanas de duración^{11,12} frente a placebo sólo, y frente a placebo y buspirona, la venlafaxina demostró claramente su eficacia en pacientes con TAG. Además, este compuesto ha evidenciado también su eficacia a largo plazo (seis meses de duración) en dos ensayos controlados frente a placebo¹³. En la tabla 2 se muestran los resultados obtenidos en estos estudios de larga duración con venlafaxina de liberación lenta (Retard), siendo tanto las tasas de respuesta terapéutica como de remisión (supresión de toda la sintomatología) significativamente más elevadas en los pacientes que recibieron el fármaco activo (66 y 43% respectivamente comparados con 39 y 19% en el grupo tratado con placebo).

Todos estos estudios confirman que la eficacia de la venlafaxina como ansiolítico (en dosis de 75 a 225 mg/día) está sólidamente documentada constituyendo ya un agente de primera elección en el tratamiento de los pacientes con TAG por lo que ha recibido la aprobación en esta indicación en distintos países, incluido España.

Con el resto de los antidepresivos de reciente introducción, se necesitan más estudios controlados ya que los realiza-

TABLA 2
Venlafaxina XR vs placebo en dos ensayos de 6 meses¹³

	Respuesta	Remisión
Venlafaxina XR	66%	43%
Placebo	39%	19%

dos hasta la fecha aunque resultan prometedores no son definitivos ya que no reúnen las condiciones metodológicas más rigurosas.

En la práctica, es conveniente, en la mayoría de los casos, asociar al fármaco antidepressivo una benzodiacepina ansiolítica durante el período de latencia del antidepressivo, hasta el inicio del efecto terapéutico (estimado en 2 a 3 semanas) para, seguidamente, suprimir gradualmente el medicamento tranquilizante.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3ª edición. APA, Washington, 1980.
2. DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, Barcelona, 1995.
3. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Hofler M, Hoyer J: Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry* 2002;63:24-34.
4. Noyes R, Clakson C, Croiwe RR, Yates WR, McChesney CM: A family study of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 1987;144(8):1019-24.
5. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW: DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(5):355-64.
6. Ferreri M, Hantouche EG: Recent clinical trials of hydroxycine in generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1998;393(Supl.): 102-108.
7. Saiz Ruiz J: Eficacia de la hidroxicina en el tratamiento de la ansiedad. *Psiquiatría Biológica* 2000;7:194-201.
8. Lydiard RB, Ballenger JC, Rickels K: A double blind evaluation of the safety and efficacy of abecarnil, alprazolam and placebo in outpatients with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (Supl. 11):11-18.
9. Kahn RJ, McNair DM, Frankenthaler LM: Tricyclic treatment of generalized anxiety disorders. *J Affect Disord* 1987;13:154-51.
10. Pollack MH, Zaninelli R, Goddard A, McCafferty JP, Bellew Km, Burnham DB: Paroxetine in the treatment of Generalized Anxiety Disorder. *J Clin Psychiatry* 2001;62:350-57.
11. Rickels K, Pollack MH, Sheehan DV, Haskins JT: Efficacy of extended-release venlafaxine in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157:968-974.
12. Davidson JR, DuPont RL, Hedges D, Haskins JT: Efficacy, safety and tolerability of venlafaxine extended release and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60:528-35.
13. Montgomery S, Sheehan D, Meoni P, Haudiquet V, Hackett D: Characterization of the longitudinal course of improvement in generalized anxiety disorder during long-term treatment with venlafaxine XR. *J Psychiatr Res* 2002; 36(4):209.

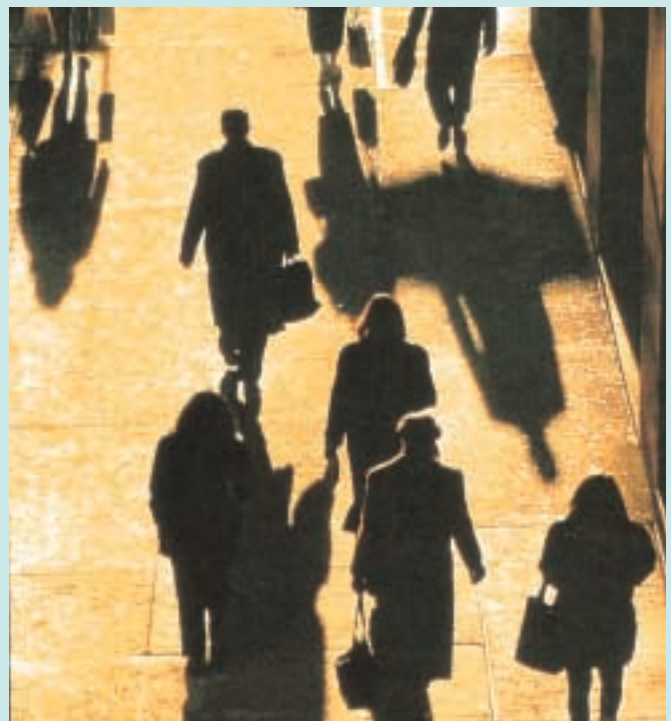
En breve...

Se descubre un gen asociado al trastorno obsesivo-compulsivo

En un reciente estudio publicado en la revista *Molecular Psychiatry* realizado en familias con algún pariente afectado por trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se ha descubierto un gen implicado en la patogénesis de esta enfermedad.

El 2% de la población padece trastorno límite de la personalidad

Alrededor del 2% de la población sufre trastorno límite de la personalidad (TLP), enfermedad mental de impacto creciente. Los síntomas de esta enfermedad, definida con el rasgo fundamental de la inestabilidad y que repercute en todos los órdenes de la personalidad, abarcan desde la relación con los demás hasta la propia autoestima del enfermo.



Agenda

■ 2nd EQuIP Conference, Lisbon - Estoril, Portugal 2002

Fechas: del 21 al 23 de noviembre del 2002

Sede: Hotel Estoril Sol

Lugar: Estoril

País: Portugal

Organizador: Portuguese Association of General Practitioners (APMCG)

E-mail: luispisco@mail.telepac.pt

■ Master y Diplomatura en Atención Primaria de Salud de la SCMFIC (2ª edición)

SCMFIC. Barcelona.

Enero/diciembre 2003.

Información e inscripciones:

Secretaría de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (scmfic). Portaferissa, 8. 08002 Barcelona. Teléf.: 657 333 197.

Fax: 93 318 10 01.

URL: <http://www.scmfic.org>

■ 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 tra-

bajo se presente en las jornadas de la REAP y que se publique en revistas científicas de reconocido prestigio tanto en el ámbito 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.

■ 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>