

ria asuman la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento iniciales de los trastornos mentales más frecuentes. Es importante que se realice un diagnóstico lo antes posible para asegurar que los pacientes accedan a los servicios médicos adecuados y optimizar el pronóstico clínico. Se han elaborado cuestionarios validados basados en el paciente, que indagan sistemáticamente la presencia de signos y síntomas vinculados con las entidades psiquiátricas más prevalentes y orientan al médico hacia una evaluación "más selectiva". Prime MD (y una forma de autocuestionamiento, PHQ) y el llamado Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care (SDDS-PC) son inventarios que se completan en 10 min y vinculan las respuestas del enfermo con los criterios diagnósticos formales en casos de trastornos de ansiedad, del ánimo, somatoformes y de la alimentación, y de abuso o dependencia de alcohol.

El médico que envía pacientes al psiquiatra debe conocer no sólo cuándo conviene hacerlo, sino también cómo hacerlo, ya que la concepción social y el estigma asociado a los trastornos mentales dificultan el proceso. Los médicos de atención primaria deben basar su consulta al psiquiatra en la presencia de los síntomas o signos de un trastorno mental, y no en la simple ausencia de razones físicas que justifiquen la sintomatología del paciente. El médico debe analizar con el paciente las razones por las que se indica la derivación o la consulta, y tranquilizarlo acerca de que continuará prestandole los cuidados médicos y que trabajará en colaboración con el profesional de la salud mental. Está indicada la consulta o derivación a un psiquiatra cuando el médico general detecte síntomas de enfermedad psicótica, manía, depresión o ansiedad graves, síntomas de trastorno de estrés posttraumático (*post-traumatic stress disorder*, PTSD), ideas tanto suicidas como homicidas, o ausencia de respuesta a un tratamiento de primera línea. → *Los trastornos de la conducta alimentaria se tratan con amplitud en el capítulo 65.*

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la población y se encuentran en 15 a 20% de los pacientes que acuden a las consultas médicas. La ansiedad, definida como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión, puede indicar un proceso psiquiátrico primario o formar parte de una enfermedad médica primaria, o ser una reacción a ésta. Los trastornos primarios de ansiedad se clasifican de acuerdo con su duración y evolución, y según la existencia y naturaleza de todos los factores desencadenantes.

En la evaluación del paciente ansioso, el médico debe establecer primero si la ansiedad precede o sigue a la enfermedad médica o si se debe a un efecto secundario de los medicamentos. Alrededor de la tercera parte de los pacientes que se presentan con ansiedad tienen una etiología médica de sus síntomas psiquiátricos, pero también puede haber un trastorno de ansiedad con síntomas somáticos en ausencia de una enfermedad médica identificable.

**TRASTORNO DE ANGSTIA** ■ **Manifestaciones clínicas** El trastorno de angustia (o trastorno de pánico) se define por la presencia de crisis recurrentes e impredecibles de angustia, que son episodios identificables de miedo y malestar intensos asociados a distintos síntomas físicos, como palpitaciones, sudor, temblor, sensación de ahogo, dolor torácico, mareo y temor a una desgracia inminente o a morir (cuadro 371-1). También son frecuentes parestesias, molestias digestivas y sensación de irrealidad. Entre los criterios diagnósticos también se exige como mínimo un mes de preocupación o interés por los ataques o un cambio en el comportamiento vinculado con ellos. La prevalencia de por vida del trastorno de angustia es de 1 a 3%. Los ataques de angustia comienzan de modo repentino, se manifiestan en término de 10 min y por lo regular muestran resolución en el lapso de 1 h, y aparecen inesperadamente. La frecuencia y la intensidad de los ataques varía, y va desde una vez por semana hasta un cúmulo de ellos separado por meses de bienestar. El primer ataque por lo común ocurre fuera del hogar y comienza típicamente en el final de la adolescencia o el comienzo de la vida adulta. Con el tiempo, algunas personas desarrollan ansiedad de anticipación,

CUADRO 371-1. Criterios diagnósticos de la crisis de angustia

- Período bien delimitado de miedo intenso o malestar, durante el cual al menos cuatro de los síntomas siguientes aparecieron bruscamente:
1. Palpitaciones, taquicardia o sensación de que el corazón se sale del pecho
  2. Sudación
  3. Temblor o sacudidas
  4. Sensación de ahogo o de asfixia
  5. Sofocación
  6. Dolor o malestar torácicos
  7. Náuseas o malestar abdominales
  8. Sensación de mareo, inestabilidad, vértigo o pérdida de la conciencia
  9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (sensación de estar separado de uno mismo)
  10. Miedo a perder el control o volverse loco
  11. Miedo a morir
  12. Parestesias (cosquilleo, entumecimiento)
  13. Escalofríos o bochornos

Reproducido con permiso. DSM-IV-TR: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Texto revisado. © Masson S.A., Barcelona 2002.

que desemboca en miedo generalizado que les obliga a evitar un número progresivamente creciente de lugares o situaciones que pueden provocar el episodio. La *agorafobia*, que suele aparecer en los pacientes con trastorno de angustia, es un miedo irracional adquirido a hallarse en un lugar en el que uno puede sentirse atrapado o ser incapaz de escapar (cuadro 371-2). Típicamente, hace que los pacientes limiten cada vez más sus actividades y, en un sentido literal, su geografía. A menudo los pacientes sienten vergüenza por no poder abandonar la casa y depender de la compañía de terceros para salir a la calle; no es raro que el diagnóstico pase inadvertido si el médico omite hacer un interrogatorio directo.

**Diagnóstico diferencial** El diagnóstico del trastorno de angustia se hace después de descartar la etiología orgánica de las crisis. Son muchos los procesos cardiovasculares, respiratorios, endocrinos y neurológicos en los que la ansiedad es el síntoma principal. Los pacientes con trastorno de angustia verdadero a menudo prestan atención a un componente específico, marginando a los demás. Por ejemplo, 20% de los pacientes con síncope como síntoma clínico principal sufren un trastorno primario del estado de ánimo, de ansiedad o por abuso de sustancias, y el más fre-

CUADRO 371-2. Criterios diagnósticos de agorafobia

1. Ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones de los que puede ser difícil (o embarazoso) escapar, o en los que no es fácil conseguir ayuda en caso de sufrir una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia de manera inesperada o a causa de la situación. Los temores agorafóbicos típicos comprenden un conjunto característico de situaciones entre las que se incluyen estar solo y lejos del hogar, hallarse en medio de una multitud o en una fila, estar sobre un puente, y viajar en autobús, tren o automóvil.
2. Estas situaciones se evitan (p. ej., restricción de los desplazamientos), soportan con gran angustia o con temor a sufrir una crisis de angustia o síntomas afines, o requieren la presencia de un conocido para tolerarlas.
3. La ansiedad o la evitación fóbica no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental, como una fobia social (p. ej., evitación limitada a los acontecimientos sociales por miedo a pasar vergüenza), una fobia específica (p. ej., evitación limitada a una situación especial, como subir en ascensor), un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en el caso de una persona con ideas obsesivas de contaminación), un trastorno de estrés posttraumático (p. ej., evitación de estímulos asociados a un agente que causa estrés intenso) o un trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

Reproducido con permiso. DSM-IV-TR: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Texto revisado. © Masson S.A., Barcelona 2002.