



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

ESTUDIO DE PREVALENCIA DÍA, COMORBILIDAD Y DIFERENCIAS ESTACIONALES DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE 6 UNIDADES ESPECÍFICAS DE ESPAÑA

Participantes:

Gómez del Barrio Andres (AGB) Grau Antoni y Sánchez Povedano M. (TG) Lázaro Lluisa (III) Carrera Ferrer María (MC) Beato Luis. (LB) Morandé Gonzalo (GM): Coordinador

Unidades de Trastornos de Alimentarios.

H.U. Marqués de Valdecilla. Santander Instituto ITA Barcelona. H. Clínico Barcelona. H.U. Son Dureta. Palma de Mallorca. H. U. de Ciudad Real.

gonzalo.morande@gmail.com

Comorbilidad, variación estacional, trastornos alimentarios.

Comorbidity and seasonal variation, Eating Disorders, ED.

RESUMEN

Prevalencia/ día es la cantidad, diagnóstico principal (trastorno alimentario), edad, sexo, comorbilidad y afectación de personalidad, de pacientes que acuden en un día concreto a una unidad asistencial. La encuesta repetida seis meses más tarde permite valorar variaciones estacionales. Material y Métodos. Seis unidades de trastornos alimentarios participaron en el estudio realizado en mayo y noviembre de 2012. En Mayo (Primera Ola) se anotaron 132 mujeres y 5 varones. En Noviembre (Segunda Ola) 237 mujeres y 11 varones. (Un 50% más.) En total 385 sujetos. Mayores (208) y menores de 18 años (177). Se estudió la comorbilidad psiquiátrica (EJE I) y de personalidad (EJE II) (DSM IV R.) Un solo diagnóstico y (cluster A,B,C.).

RESULTADOS

La prevalencia/día es un 50% mayor en otoño. Edad: de 11 a 64 años y es significativa en grupos extremos. Sexo: 10 m: 1v Diagnóstico principal: Las ANR son las más numerosas en ambas olas seguidas de las ANP en la primera y las BN en la segunda. La comorbilidad EJE I un 24.9%. La de EJE II (personalidad) un 34.28%. (27% primavera 37 % otoño), Se confirma variación estacional para el grupo BN. Las BN suben, con ellas el cluster B, trastornos límites de personalidad (TLP) ¿y los suicidios? Las ANP bajan un porcentaje similar. Los TP aumentan en pacientes de larga evolución, también los dobles diagnósticos así como el abuso de alcohol. No se diagnostican TP a los menores de 15 años

ESTUDIO DE PREVALENCIA DÍA, COMORBILIDAD Y DIFERENCIAS ESTACIONALES DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE 6 UNIDADES ESPECÍFICAS DE ESPAÑA

Respuestas a interrogantes planteados por la mesa.

Coordinador; Gonzalo Morandé

Como coordinador de la mesa he planteado unas preguntas sobre aspectos del trabajo cuyo resumen se presenta. Las tablas enseñan una parte de los resultados así como algunos párrafos entrecomillados. Los integrantes de la mesa, invitados a responder como clínicos, aceptan el desafío en mor de la agilidad. Andrés Gómez del Barrio, en algún momento se disculpa por la subjetividad de las respuestas propias del modelo clínico. Antonio Grau acepta con entusiasmo participar, también Luis Beato. María Carrera ha tolerado con resignación mi intrusismo en alguna de sus consideraciones. Luisa Lázaro, nos propone su estudio sobre ingresos en pacientes menores que no estaba inicialmente contemplado .Le hemos incorporado en un punto aparte. Aceptando la crítica de Luis Beato acerca del término de prevalencia día, lo haremos sinónimo de demanda asistencial.

Sobre variación estacional de la demanda:

1.- Comparten como clínicas/os en TCA la mayor demanda en Otoño. A vuestro entender se trata a.- nuevos pacientes, b.- antiguos que recaen .c.-la cosecha del año.

AGB.-En mi experiencia aparecen más casos en esta época debido a la mayor presencia en el domicilio. Durante el periodo vacacional, especialmente en menores, el control familiar disminuye así como el nivel de actividad, estancias fuera de casa, y exposición física aumentan. Creo que la mayoría de casos de esta época son nuevos.

TG- En mi opinión, el hecho de tener mayor demanda en Otoño puede deberse a dos factores. En primer lugar, pacientes sin detectar que han intentado resolver su situación con la llegada de septiembre, habiendo fracasado en este intento de resolución espontáneo. Por otro lado, en los TCA con comorbilidad con cuadros afectivos, sabemos que la llegada del otoño puede empeorar estos síntomas y hacer aumentar la demanda.

MC.-Aumenta la demanda en otoño, especialmente en adolescentes que han iniciado su cuadro meses antes en la campaña de adelgazamiento para el verano.

LB.- Hay que tener en cuenta que la prevalencia obtenida se refiere a la consulta en estos dispositivos y no es tanto una prevalencia en la población. Esto supone algunos sesgos que es necesario señalar como la sensibilidad o celeridad de los distintos dispositivos asistenciales en la comunidad antes de remitirlos a unidades específicas o la capacidad de estos en una detección rápida.

En nuestra experiencia muchos de los casos que acuden en esta época suelen ser casos latentes con sintomatología previa menos intensa pero que se han reactivado en la época estival. El

ESTUDIO DE PREVALENCIA DÍA, COMORBILIDAD Y DIFERENCIAS ESTACIONALES DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE 6 UNIDADES ESPECÍFICAS DE ESPAÑA

componente afectivo es especialmente relevante en estos pacientes pero en nuestra opinión es secundario a la reactivación del trastorno que la expresión clínica de un trastorno afectivo estacional.

Tabla I Prevalencia / día en Primavera-Otoño (evolución de la demanda)

OLAS	Ambos sexos	mujeres	varones	mayores	menores	%Totales
1 OLA	137 ss	132	16 v	65	72	35.8%
2 OLA	248 ss ↑↑↑↑	237 ↑↑↑	11 v	143 ↑↑	105	64.4%

GM.-Parece haber acuerdo que en vuestra experiencia, la demanda en Otoño es claramente mayor. Son los cuadros anoréxicos en etapas iniciales "anorexia en curso" o no especificados los que predominan.

GM.- En la TABLA II se observa que las Anorexias Restrictivas mantienen el primer lugar en Otoño aunque las BN son la que más crecen un 11% las ANP bajan en similar porcentaje y los TCANES son también numerosos.

Tabla II.-evolución del diagnóstico principal. Variación estacional.

	ANR	ANP	BN	BNII	TCANE	TRAATR	OTROS
OLA I	50 36%	27 19%	26 18%	5 3%	23 16%	1 0.7%	1 133
OLA II	97 38%	27 10%	73 29%	3 1%	46 18%	3 1.2%	4 248
VARIACIÓN	+2%	- 9%	+11%		+2%	+0.5%	
TOTAL	147 (38%)	54 (14%)	99 (25%)	8	69 (18%)	4	5

2.- En Otoño, el diagnóstico de bulimias es frecuente y con ello su comorbilidad. Ocupan el segundo lugar de las consultas de noviembre. Los intentos de suicidio no están consignados en el trabajo, es una experiencia ignoramos si compartida.

2.- Bulimias y comorbilidad.

AGB.- En nuestro caso, la mayoría son anorexias. En cuanto a las Bulimias y su comorbilidad en los últimos años hemos visto como síntoma "visible" llegan intentos de autolisis y auto lesiones.

ESTUDIO DE PREVALENCIA DÍA, COMORBILIDAD Y DIFERENCIAS ESTACIONALES DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE 6 UNIDADES ESPECÍFICAS DE ESPAÑA

TG.-En efecto, la tríada Bulimia, Trastorno Límite y Conducta Suicida parecen agravarse con la llegada de otoño. Son precisamente estas patologías las que correlacionan más estrechamente con inestabilidad emocional, siendo, por tanto, más vulnerables a las variaciones estacionales..

MC.- Los intentos de suicidio son más frecuentes en meses de otoño y no es raro que lo hagan pacientes con diagnóstico de Bulimia Multi-impulsiva. Estos pacientes unen a los intentos de suicidio, intoxicaciones etílicas, desinhibición sexual o promiscuidad, robos, mentiras, una alta conflictividad de difícil gestión para el sujeto y su entorno.

G.M.- Las bulimias están presentes y parece que con ellas los intentos de suicidio, primer síntoma visible para Andrés y expresión de un cuadro multi impulsivo para María, Tony se adelanta y habla de una tríada Bulimia Nerviosa. Trastorno Límite de Personalidad y Conducta Suicida.

3.-Comorbilidad Psiquiátrica o de EJE I.

96 pacientes de 385 suman un 24.9% La comorbilidad psiquiátrica está representada por los diagnósticos de. Depresión 25ss 6.5 % Abuso / Tóxicos 26 ss 6.7 %T. Obsesivo-Compulsivo 20 4.5% T.Déficit Atencional 19 4.9 % T.de.Conducta 6ss 1.5%.

Tabla III COMORBILIDAD PSIQUIATRICA..-

96 ss de 385 24.9%	Depresión 25 ss 6.5%	Tóxicos 26ss 6.75%	TDAH 19ss 4.9%	TOC 18ss 4.7%	TC y otros 6 ss 1.5%
PRIMAVERA	11	10	9	8	6
OTOÑO	14 ↑	16↑	10	12↑	0

En la tabla III los diagnósticos de Tóxicos, Depresión y TOC suben en la segunda ola, ninguno de ellos en forma muy significativa.

Interrogantes de la mesa: estas cifras globales 96 de 385 un 24.9%.a.-son las esperadas. b.-se quedan cortas. c.-al consignar un solo diagnóstico se olvida la sintomatología d.-donde quedan las depresiones y toc?

AG.-Las cifras que manejamos son similares. Pero creo que los más jóvenes suelen tener más diagnósticos relacionados con rasgos de personalidad y los mayores con problemas afectivos o de ansiedad.

TG.- Esas cifras son escasas. Soy muy crítico con las que arroja la literatura. Algunas se elevan hasta el 80% de comorbilidad. Sin duda, estos datos procedentes de la investigación están sobre dimensionados y confunden síntomas con diagnósticos francos. A pesar de ello, el 25% me parece un dato demasiado bajo, y más teniendo en cuenta que se trata en su mayoría de pacientes hospitalizados. Es posible que los clínicos de TCA subestimemos algunos síntomas

ESTUDIO DE PREVALENCIA DÍA, COMORBILIDAD Y DIFERENCIAS ESTACIONALES DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE 6 UNIDADES ESPECÍFICAS DE ESPAÑA

atribuyéndolos al propio Trastorno de la Conducta Alimentaria, cuando en realidad, podrían cobrar entidad propia si se encontraran en otras unidades menos especializadas.

MC.- Estuvimos de acuerdo con anotar solo un diagnóstico pero eso limita la anotación de síntomas depresivos, ansiosos, y obsesivos que se observan en la clínica de muchas pacientes y deben ser tratados aunque no aparezcan como diagnósticos

LB.- La comorbilidad de otros trastornos mentales asociados al trastorno alimentario en esta muestra es menor de la esperada (sería previsible que hasta un 50% de los pacientes tuvieran cuadros del ánimo y ansiosos asociados). Quizás se deba a no haber empleado instrumentos estandarizados específicos y a que la propia sintomatología alimentaria pudiera solapar otra psicopatología más general presente en estos pacientes.

“La Depresión como comorbilidad”.

La Depresión, definida como acompañante habitual de los TCA no alcanza en esta serie esa categoría como diagnóstico asociado. 25 ss un 6.5% Contrariamente a lo esperado la Depresión al menos como único diagnóstico asociado no fue mucho más frecuente en Otoño. De los 25 pacientes, 14 eran de otoño y 10 de primavera. **Distimia:** El trastorno depresivo persistente es diagnosticado solamente en 8 pacientes, sabemos que puede presentarse en más de la mitad de ellos. (Borda-Mas y cols 2009)”

“Trastorno Obsesivo Compulsivo.”

20 sujetos un 5% presentaban comorbilidad con Trastorno Obsesivo Compulsivo, casi todos con Anorexia Restrictiva como diagnóstico principal.

4.-Interrogantes de la mesa: -Se consideran “sorprendentes”, a.- los resultados de abuso de Tóxicos y Alcohol. b.-la incorporación al consumo de pacientes TCA

4.-Abuso o dependencia de tóxicos

“Nos ha sorprendido no sólo la edad de comienzo sino también la diferente respuesta de los pacientes ante la presión social de consumo. La marihuana es la droga de casi todos los menores asociada al tabaco y al alcohol en menor grado aunque las borracheras y atracones de alcohol empiezan a ser más frecuentes. En este trabajo, aparecen la marihuana y el alcohol como diagnósticos asociados dando por sentado que las resistencias han sido superadas por la presión social.”

AG .-El abuso de alcohol es más común en pacientes de larga evolución y adolescentes. No veo tan común el abuso de sustancias, que creo está más asociado con el diagnóstico de trastorno límite de personalidad.

ESTUDIO DE PREVALENCIA DÍA, COMORBILIDAD Y DIFERENCIAS ESTACIONALES DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE 6 UNIDADES ESPECÍFICAS DE ESPAÑA

TG.- Aunque siempre llama la atención el inicio precoz en el abuso de tóxicos, los resultados están en la línea de los que tenemos en nuestra unidad. Como sabemos, algunos pacientes con TCA y algunos pacientes que abusan de sustancias pueden utilizar la alimentación o las sustancias como un intento precario de auto-regulación emocional. Además, tanto el abuso de sustancias como los atracones, parecen compartir una misma vía neuronal, estando implicados en ambos los centros de control de la recompensa

M C.-No son tan sorprendentes si miramos el fuerte aumento del consumo de alcohol y botellones donde hasta las pacientes anoréxicas se incorporan, las últimas, pero una vez dentro, como en todo, pueden ser las que más.

LB.-El consumo de tóxicos suele presentar cifras muy dispares en función del subtipo diagnóstico de TCA, siendo mayor en que presentan conductas purgativas y mayor tiempo de evolución. Sin considerar la inclusión dentro del consumo de tóxicos de las que habitualmente consumen café y tabaco (ahora incluido en el DSM-5) el abuso de estimulantes suele ser más frecuente que los tóxicos sedantes. El alcohol tiene el condicionante de su contenido calórico. La presencia de consumo de tóxicos en esta población puede estar condicionado también por presentar factores etiopatogénicos comunes tanto para el trastorno alimentario como el consumo de tóxicos. Es especialmente complejo el diagnóstico de Trastorno Obsesivo-compulsivo en este grupo de pacientes y no está suficientemente especificado el diagnóstico de T. de conducta.

“Es aceptado que quienes sufren una adicción al alcohol y otras drogas tienen una mayor propensión a hacer un Trastorno Alimentario y viceversa.

También nuestras pacientes se definen como adictas a la comida o a la delgadez .El equipo de la Investigadora Kye M.del MIT (2015) aportan sugerentes pruebas sobre el carácter adictivo de algunos síntomas de los TCA.”

5.-Interrogantes de la mesa: Otra sorpresa, los diagnósticos de TDAH junto a los TCA. ¿También una sorpresa? b.-Serían TDH de aparición tardía? c.- Falsos diagnósticos? d.-Una complicación de las BN?

“**Déficit Atencional, otra sorpresa?**, aparece como diagnóstico en 19 sujetos (4%) la mitad de ellos por debajo de dieciocho años.

Yates en 2009 un 20% de los pacientes alimentarios presentan hasta 6 síntomas de TDA aunque solo un porcentaje cercano al 3,8% se puede diagnosticar como TDA. En su serie de 189 pacientes hospitalizadas consideran que los síntomas aparecieron ya en la niñez y que anteceden al TCA”

AG.-Son el fruto de haber empezado a pensar en ellos. Siempre estuvieron ahí, pero no se pensaba en ellos.

ESTUDIO DE PREVALENCIA DÍA, COMORBILIDAD Y DIFERENCIAS ESTACIONALES DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE 6 UNIDADES ESPECÍFICAS DE ESPAÑA

TG.- Tampoco este dato es una sorpresa. En nuestras últimas investigaciones, estamos detectando muchos TDAH adultos, cuyo Trastorno Alimentario al iniciarse en edades muy tempranas eclipsó el diagnóstico de TDAH. Sobre todo, predominan los problemas atencionales, problemas que no se resuelven con la mejora del TCA. Además hemos observado que estos pacientes con comorbilidad TDAH tienen una mayor atención selectiva a contenidos relacionados con la alimentación y la silueta, siendo esta atención selectiva, un indicador de gravedad en TDAH.

MC.- Ante el aumento de falsos diagnósticos de TDAH en niños y ahora en todas las edades no me parece que en TCA deba caerse en el mismo proceso ya que hay cuadros como las BN donde existen problemas de atención importantes unidos a un descontrol de emociones e impulsos que favorecen la confusión en los diagnósticos

LB.- La asociación con los TDAH también merece una consideración especial y cabría preguntarse si: ¿Son casos de inatención al ser más prevalentes en mujeres y que se diagnostican de forma tardía y al entrar en contacto con dispositivos de salud mental? O LB ¿son casos secundarios al uso de estimulantes que han podido precipitar un TCA en pacientes previamente diagnosticados de TDAH?

GM.- En lo referente a comorbilidad psiquiátrica todos los ponentes sostienen que la indicación de sólo consignar diagnósticos y excluir síntomas, hace menor las cifras. Parece que el único sorprendido por los resultados de alcohol, tóxicos y TDA es el coordinador de la mesa. Llamar sorprendentes el inicio y mantención del consumo de alcohol parece poco adecuado. Para María, puede que las anorexias fueran las últimas en botellones pero luego disputaran el primer puesto. Tampoco parece sorprender la aparición de los TDA en trastornos alimentarios. No pensábamos en ellos concluye Andrés.

6.-Anorexia y Personalidad. ¿Causa o efecto?

Los rasgos o TP ligados a ANR en tu opinión son a.-dependientes b.-anancásticos. c.-evitativos d.-fóbico.sociales e.-pasivo-agresivos f.-histriónicos h.- los cuadros purgativos ANP

AG.- El más típico en ANR es el Trastorno Evitativo y después el mismo orden que se presenta. En los pacientes purgativos creo que el primero sería el dependiente, después el fóbico social y luego el resto.

TG.- Los rasgos de personalidad, y en algunos casos el diagnóstico de personalidad en AN-I son, sobre todo, los rasgos anancásticos. Esto ha llevado a diferentes autores de la hipótesis de la atipicidad a considerar la AN-I como un subtipo atípico de TOC. Aunque es cierto que dimensionalmente ambos pacientes TCA y TOC se asemejan mucho, la implicación de la alimentación y de los efectos de pervertirla justifican el diagnóstico de AN como categoría

ESTUDIO DE PREVALENCIA DÍA, COMORBILIDAD Y DIFERENCIAS ESTACIONALES DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE 6 UNIDADES ESPECÍFICAS DE ESPAÑA

independiente. En efecto, los rasgos dependientes y evitativos parecen vincularse de igual modo a AN-I que a ANP.

MC.-Los rasgos de personalidad en AN hasta cierto punto son propios de esta patología, tanto que ninguno de los señalados son exclusivos. La diferencias están entre síndromes restrictivos y purgativos en alguna forma señalados por Westen 2001 que en su distinción el EJE 1 queda subordinado al estilo de personalidad, un grupo constrictivo y sobre controlado y otro emocionalmente disregulado.

LB.-Los Trastornos de Personalidad también pueden verse influidos por el diagnóstico previo de TCA ya que estos pacientes tienen formas poco adaptativas de resolver sus conflictos en la interacción y es también sabido que la propia desnutrición y alteraciones del patrón nutricional acentúan los rasgos de personalidad.

Tabla IV. Anorexia; Cluster C Primavera/otoño

Dependiente	Evitativo	Anancástico	T.pas-agre	T.Esquiz
8 ss	3ss	6ss	1ss	1ss
6ss↓	7ss↑	5ss	Cluster C 12ss↑↑	0ss

GM.-La Anorexia Nerviosa Restrictiva es el diagnóstico principal de mayor frecuencia en el cluster C. La Tabla IV nos enseña su distribución y en la que se aprecia que no existe variación estacional. Donde se observa este fenómeno es en el clúster B donde la Bulimia es un diagnóstico importante. (Tabla IV bis)

Tabla IV bis. Bulimia, Cluster B. Primavera y otoño.

Cluster B	T.Límites Personalidad	Tnarcis. Personal.	T.anti.social + T.ans.p	T.Histeric. personal.
0	14	1	1	2
13 ↑↑	36 ↑↑↑	2	1+1	9↑↑

7.-Rasgos de personalidad; genética y epigenética.

a.-son hereditarios b.-se acentúan tras agresiones sexuales c.- limitan los tratamientos d.- favorecen recaídas.

AGB.-Se ajusta bastante a la realidad. Los pacientes TP abandonan más los tratamientos o adquieren una identidad que les falta y les llevan a mantener la enfermedad como medio para equilibrarse o regular sus emociones.

ESTUDIO DE PREVALENCIA DÍA, COMORBILIDAD Y DIFERENCIAS ESTACIONALES DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE 6 UNIDADES ESPECÍFICAS DE ESPAÑA

TG.- Los pacientes con diagnóstico asociado de TP o rasgos muy marcados condicionan (y así debe ser) los planes de tratamiento individualizados. A pesar de que existe una indudable heredabilidad de estos trastornos, sobretodo en factores temperamentales como la evitación del daño o la búsqueda de novedad, ciertos acontecimientos vitales comprometen el desarrollo sano de las personas vulnerables. Entre estos eventos vitales destacan las agresiones sexuales y otras situaciones traumáticas, sobre todo cuando estas situaciones se producen de forma repetida.

MC.- Los TP son influenciados por factores genéticos y epigenéticos. No en vano un 10% de las madres presentan algún antecedente alimentario. No toda la población que hace dietas para adelgazar enferma, sólo una parte de ella tiene una especial predisposición. El temperamento característico en parte de estas patologías es hereditario en casi un 50% y las defensas de carácter se hacen más evidentes ante agresiones sexuales en la pubertad que con alguna frecuencia relatan pacientes con TCA. La baja tolerancia al estrés es una consecuencia del trastorno y como tal otro factor de riesgo

LB.- No es fácil definir si los TP son "causa" o "efecto" del trastorno alimentario tanto por la simultaneidad en la incidencia de estos trastornos como por el efecto que la clínica de ambos cuadros tienen entre ellos. Posiblemente compartan "endo/fenotipos" comunes que junto a factores ambientales y biográficos pueden dar formas muy estereotipadas y permanentes de respuesta ante estímulos del entorno.

8.-Trastornos de la Personalidad o Afectación de Personalidad.;¿un factor de gravedad y peor pronóstico'

"Quiles Marcos 2009 encuentra una prevalencia del 37.6% de TP en una muestra de 98 pacientes con trastornos alimentarios

Jáuregui también el 2009 con una muestra de 147 pacientes ambulatorios de 22-24 años, en aquellos con anorexia se detecta al menos un trastorno de personalidad en el 25,33%; en bulimia nerviosa llega al 30,44%

En este estudio, la afectación de personalidad es del 34.28%. 132 sujetos de 385." Hemos preferido usar los términos afectación de personalidad a trastornos de la personalidad, pero no hubo unanimidad en el grupo investigador. La afectación hace referencia al desarrollo y con ello a la distorsión provocada por el proceso patológico que en un porcentaje importante de casos acentúa rasgos de carácter preexistentes o aporta una nueva identidad. Los trastornos de personalidad se reservan para pacientes de larga evolución en este trabajo mayores de 18 años."

AGB.- Creo que se ajusta bastante a la realidad. A su vez, creo que los TP hacen que los pacientes abandonen más los tratamientos o adquieran una identidad que les falta y les lleve a mantener la enfermedad como medio para equilibrarse o regular sus emociones.

ESTUDIO DE PREVALENCIA DÍA, COMORBILIDAD Y DIFERENCIAS ESTACIONALES DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE 6 UNIDADES ESPECÍFICAS DE ESPAÑA

TG.-La cifra aportada por el estudio me parece muy conservadora pero plausible. Más allá de la convención de no poderlos diagnosticar antes de los 18 años, los TP que clásicamente denominaríamos estructurales, sin duda deberían haber presentado de forma marcada algunos de los rasgos propios del futuro TP. Es posible que algunos de estos trastornos se hayan estructurado alrededor del TCA.

MC.-A veces hay una cierta renuencia a diagnosticar un trastorno de personalidad por sus alcances. De ahí que se postergue este diagnóstico y sólo se haga en propiedad para cuadros de larga duración y mayor edad. No necesariamente están en ese grupo los suicidios consumados.

LB.- La prevalencia de los trastornos de personalidad en este grupo si estaría directamente relacionada con la edad del paciente y posiblemente también con el tiempo de evolución del trastorno. Previsiblemente el tiempo juega un papel determinante y perjudicial en esta población. Por otra parte, la presencia de rasgos alterados de personalidad va a suponer un peor pronóstico en esta población con mayor riesgo de cronicidad y peor respuesta terapéutica

Tabla V.-Comorbilidad en EJES 1 y ii.

a.Comorbilidad	b.Personalidad comorbilidad	c.-Sin comorbilidad	d.-Doble comorbilidad	e.-EJE II TP solamente
a.-96 (24.9%)	132 (34.9%)	73 (18.9%)	42 (11%)	99 (25%)
X 19.5 años	X 24 años	16 años	30 años	26 años

GM.-En la Tabla V se observan por separado los números y porcentajes de a.- comorbilidad psiquiátrica, b.- la afectación de personalidad, c.-sujetos sin ninguna comorbilidad, d.-con doble y finalmente e.-aquellos solamente con diagnóstico de comorbilidad.

9.-Personalidad. Dificultad en gestionar el estrés y eventos vitales adversos en trastornos alimentarios.

AGB.-Una característica fundamental de los TCA es la intolerancia al estrés y el manejo de la incertidumbre. (Lojewsky 2014) Por tanto, los cambios y los acontecimientos estresantes constituyen un factor decisivo tanto en la génesis como en el mantenimiento de ellos. (Troop1998)

TG.- Como comentaba anteriormente, en ciertos TP que además cursen con síntomas afectivos, puede producirse un agravamiento durante el cambio de verano a otoño. La muerte de un familiar está detrás de los factores precipitantes de los TCA y es posible que los TP desplieguen mecanismos de afrontamiento más disfuncionales ante este tipo de situaciones

ESTUDIO DE PREVALENCIA DÍA, COMORBILIDAD Y DIFERENCIAS ESTACIONALES DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE 6 UNIDADES ESPECÍFICAS DE ESPAÑA

MC.-Aunque se tarde en hacer el diagnóstico el grupo de los Trastornos Límites TLP es el más vulnerable a descompensaciones de ahí que como señala el texto del coordinador de la mesa, se le denominó también Trastorno Inestable de Personalidad.

LB.-La presencia de un TP dificultará la capacidad adaptativa del paciente a los cambios de su entorno así como una peor capacidad de adaptación a situaciones de estrés o pérdida.

10.- Con el Otoño se toman medidas preventivas, tu opinión con respecto a.-exposición a luz b.-aumento actividad física c.- plan de Vida de alimentación y sueño más estricto d.-aumentar o prescribir antidepresivos. e.-control de evolución de peso

10.-Medidas preventivas ante ciertos TCA en Otoño.

AGB.-Sería interesante valorar el efecto que tiene en personas especialmente vulnerables a los cambios y al estrés. Y el cambio de estación conlleva variar horarios y hábitos. Anticiparse a ello pudiera ser una medida útil en la prevención de recaídas al igual que se hace en otros trastornos psiquiátricos como la psicosis o el trastorno bipolar. Donde evitar estrés o cuidar el sueño suelen ser medidas preventivas habituales.

TG.- Las medidas preventivas a realizar en otoño deben incluir un aumento de la conducta expectante en los dispositivos de atención primaria para favorecer una rápida derivación a servicio especializado. Estructurar un plan de vida de alimentación para sujetos vulnerables o en curso puede ser una de las estrategias a considerar durante los meses de otoño

MC.- Esto es válido para aquellos sujetos especialmente sensibles al fenómeno que incluye Depresión Otoñal que cursa con descontrol alimentario y aumento de peso, ignorarlo y no tomar medidas puede ser peligroso y favorecer reactivaciones y recaídas incluso años después de evolución.

LB.-El Otoño aunque puede suponer una época de riesgo para los pacientes que tienen un patrón de ánimo estacional podría considerarse de menor riesgo para el TCA (el incremento de los casos en las consultas sería más secundario a la reactivación del TCA en los meses de verano). Los pacientes exponen menos su cuerpo, tienen menos disponibilidad para la actividad física y suelen presentar mayor regularidad y control en la ingesta. Excepto cuando hay presencia de sintomatología de bajo ánimo asociada que interfiere con la funcionalidad diaria, no estaría indicado el uso de medicación.

11.-"Luisa Lázaro ha prestado una especial atención a los menores de 18 años y los motivos de ingreso que aparecen en el estudio de las seis unidades."

a.-un número de sujetos insuficiente para sostener una variación estacional. b.-ingresos en sala y en hospital de día. c.-comorbilidad

ESTUDIO DE PREVALENCIA DÍA, COMORBILIDAD Y DIFERENCIAS ESTACIONALES DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE 6 UNIDADES ESPECÍFICAS DE ESPAÑA

L.L.-a.- Si bien se observan algunas diferencias entre los pacientes menores de edad con TCA con respecto a su hospitalización en diferentes estaciones del año, los datos se han de confirmar con estudios longitudinales que recojan un mayor número de variables. **b.-** No se observaron diferencias entre el número de ingresos realizados en esta población menor de edad entre primavera y otoño (72 pacientes vs 70), aunque sí predominaban los ingresos en sala de hospitalización en primavera y la hospitalización parcial en otoño. **c.-** Con respecto a la patología comórbida, los pacientes ingresados en otoño presentaban de forma estadísticamente significativa más prevalencia de trastorno depresivo y trastorno obsesivo-compulsivo y menos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad que los pacientes ingresados en primavera ($\chi^2=17.404$, $p=.26$).

Tabla VI.

La Tabla VI nos muestra la evolución de la patología comórbida en primavera y otoño en menores y mayores de 18 años.

Menores de 18 años	Mayores de 18 años
Depresión 2 tóxicos 3 TOC 2 TDA 9 TC.6	depresión 9 tóxicos 7 TOC 6 TDA 8
Depresión 9 ↑tóxicos7↑ TOC 6↑ TDA 2 ↓	depresión 5 tóxicos 9 TOC 6 TDA 8

GM.-Luisa nos señala una de las insuficiencias del trabajo, no hay un criterio evolutivo, no sabemos si son los mismos sujetos en las dos muestras. Tampoco se cuenta con tiempo de evolución de los pacientes, se infiere por la edad en los mayores.

Al finalizar las intervenciones quedan aún dudas sobre la variación estacional, reservada al parecer para las bulimias y los Trastornos de Personalidad que le son más próximos.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®
2. Borda-Más; M. 2009
3. Distimia en la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. International Journal of Eating Disorders. 2009 May;42(4):375-378
4. Behar R A; Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: Un estudio de prevalencia. Rev Chilena de
5. Neuro-psiquiatria. 2008 Mar;46(1):25-34

ESTUDIO DE PREVALENCIA DÍA, COMORBILIDAD Y DIFERENCIAS ESTACIONALES DE PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE 6 UNIDADES ESPECÍFICAS DE ESPAÑA

6. Brewerton T.D Toward a unified theory of serotonin dysregulation in eating and related disorders☆
7. Echeburua E. et al\ Trastornos de Personalidad en Pacientes de Anorexia Nerviosa y Bulimia.Un estudio piloto Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2002, Volumen 7, Número 2, pp. 95-101 © (AEPCP)
8. Fairbairn W. 1970 Estudio psicoanalítico de Personalidad.
9. Fornari VM¹, et al Seasonal patterns in eating disorder subgroups. Seasonal patterns in eating disorder subgroups.1994
10. Gargallo Masjuán M et al- Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad European Eating Disorders Review. 2012 Ene;20(1)
11. Hartmann Armin 2008
12. Problemas interpersonales en los trastornos alimentarios. International Journal Of Clinical And Health Psychology. 2008 Ene;8(1):65-75.
13. Hildebrandt T;(Anxiety in anorexia nervosa and its management using family-based treatment
14. Jones D2.-C. Crawford J 2006 the peer appearance culture during adolescence: gender and body mass variations journal of youth and adolescence april 2006, 35:243
15. Jáuregui Lobera I; .Anales de Psiquiatría. 2009; 25(2) Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II
16. Janak PH & Tye KM 2015 From circuits to behaviour in the amygdala Nature. 2015 Jan 15; 517,284–292 doi:10.1038/nature14188
17. Lacey J.H Evans CH.The impulsivist a multi-impulsive disorder. Br.J.Add. 81, 1986 715-793
18. Nieh EH, Matthews GA, Allsop SA, Presbrey KN, Leppla CA, Wichmann R, Neve R, Wildes CP, and Tye KM
Decoding neural circuits that control compulsive sucrose seeking
Cell. 2015 Jan 29; 160, 528–541
19. Quiles Marcos, Y et al.2009mTrastornos de personalidad en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario Atención Primaria. 2009 Abr;41(4):201-206
20. Vaz F.J. Peñas J.A.Guisado J.A. Multiimpulsive bulimia and bulimia nervosa associated with terminal disease: some proofs about their clinical identity.SCI mago J R. Vol.8-6 nov.2001
21. Westen D. Harden-Fischer J.
22. Personality Profiles in Eating Disorders:
23. Rethinking the Distinction between axis i and ii Am J Psychiatry 2001; 158:547–562
24. Yates W.R.et.al (Attention-deficit hyperactivity symptoms and disorder in eating disorder inpatients.)VERSIÓN WEB:<http://www.psiquiatria.com/articulos/hiperacti>

**ESTUDIO DE PREVALENCIA DÍA, COMORBILIDAD Y DIFERENCIAS ESTACIONALES DE
PACIENTES CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS DE 6 UNIDADES ESPECÍFICAS DE
ESPAÑA**

25. Zanarini M.C, International Journal of Eating Disorders. 2010 Nov;43(7):619-627El curso de los trastornos de alimentación en pacientes con trastorno límite de la personalidad: Un estudio de 10 años de seguimiento.