



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

RESPUESTAS A INTERROGANTES PLANTEADOS POR LA MESA

Luis Beato (LB)

lbeatof@gmail.com

¿AUMENTO DE PREVALENCIA EN OTOÑO?

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

Comorbilidad en EJE I

3.-La comorbilidad psiquiátrica o de Eje I está representada por los diagnósticos de Depresión 25ss 6 % Abuso de Tóxicos 26ss 6 % T. Obsesivo-Compulsivo 20 5% T.déficit atencional 19 4 % T. Conducta 6ss 1.5%

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.

LB. Es especialmente complejo el diagnóstico de T Obsesivo-compulsivo en este grupo de pacientes y no está suficientemente especificado el diagnóstico de T. de conducta.

4.- En el borrador se consideran sorprendentes a.- los resultados de abuso de tóxicos, es esa tu opinión? b.- una explicación c.- las AN se salvaban de marihuana y alcohol por su ideología ahora la presión social puede con ellas.

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

RESPUESTAS A INTERROGANTES PLANTEADOS POR LA MESA

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.

5.-Otra sorpresa, los diagnósticos de TDAH junto a los TCA.

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?

6.-7.- TCA y TP.-causa o efecto? Rasgos específicos?

Los rasgos o TP ligados a ANR en tu opinión son especialmente a.- cluster C b.-dependientes c.- anancásticos. d.- evitativos e.- fóbico sociales f.-pasivo-agresivo g .-histriónicos h.- no hay ninguno específico.

.-hasta donde los rasgos de personalidad o TP a.-son hereditarios b.-se acentúan tras agresiones sexuales c. limitan los tratamientos d.-favorecen recaídas.-

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.

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 "endofenotipos" comunes que junto a factores ambientales y biográficos pueden dar formas muy estereotipadas y permanentes de respuesta ante estímulos del entorno.

8.-132/385 un 34.28% de los sujetos son diagnosticados como TP

LB a. 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.

9.- **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.

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

RESPUESTAS A INTERROGANTES PLANTEADOS POR LA MESA

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.

LB.- Los síntomas del TCA y las características de los TP son mutuamente reforzadoras.

12.-los resultados del estudio parecen confirmar la variación estacional en BN,TLP y THP. Cómo se explicaría el mayor número en primavera ?

LB.-No sería fácil interpretar estos resultados aunque parece evidente que la llegada del verano puede suponer una reactivación de los síntomas alimentarios en pacientes en situación de riesgo (baja autoestima, sobrevaloración importancia aspecto físico, dificultades en sus relaciones sociales).

13.-. Han quedado de manifiesto ciertas limitaciones de lo realizado por el equipo. Se señalan algunas, faltan otras.

LB.- a.- no se anota la comorbilidad médica de los TCA indispensable para sus definiciones.

b.-Muchos pacientes 6 seis meses después podían responder interrogantes como el de las ANP.

c.- Edad de inicio del diagnóstico de T. P reservado antes para 18 años y más. d.- la estadística es impresentable aunque los datos son bastante obvios. E.- se usó la DSM 5 R el 2012 con sus limitaciones (el número de TCANES) la DSM 5 no era solución.

RESUMEN VARIACION ESTACIONAL Y PERSONALIDAD

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. 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 "endofenotipos" comunes que junto a factores ambientales y biográficos pueden dar formas muy estereotipadas y permanentes de respuesta ante estímulos del entorno.

BIBLIOGRAFÍA

1.-Bardone-Cone A. , Wonderlich S , Frost R, Bulik C

Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. Clin. Psychol. Rev. Vol.27, 2, May 2004, pp 215–238

2.-Lee M,Shafran R. Information processing biases in eating disorders . Clin. Psychol. Rev. Vol.24, 2, May 2004, pp 215–238

RESPUESTAS A INTERROGANTES PLANTEADOS POR LA MESA

3.- Mitchell J.E., Uppala S, Simonich H°Eating Disorders and Borderline Personality Disorders
April 2016