



I Congreso Nacional de Adolescencia y Juventud,
XX Curso de abordajes de atención integral de Adolescentes,
Costa Rica, Junio 2017.

Resolviendo el enigma de la Anorexia Nerviosa

Tomas Jose Silber, MD, MASS

**División de Medicina de la Adolescencia,
Children's National Health Services.**

Profesor de Pediatría,

George Washington University Washington DC USA

OBJETIVOS



- Presentar hallazgos científicos recientes
- Reflexionar acerca de como dichos descubrimientos cambian nuestro entendimiento acerca de la AN.
- Considerar la aplicación de esos datos al tratamiento de la AN
- Específicamente , proponer 6 intervenciones

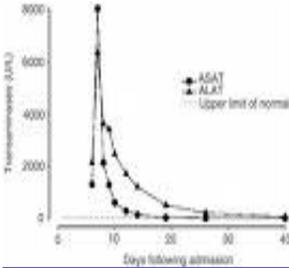


Los padres piden ayuda y ¿qué es lo que escuchan sobre su hijo o hija?



- Su hijo o hija es caprichosa y malcriada
- Tiene una patología muy profunda
- Familia disfuncional, está “aglutinada”
- Déjela sola o solo . Que el / ella decida cómo va a comer
- Su hijo o hija debe haber sido abusada
- La anorexia es para siempre
- El/ ella necesita una “parentectomía”





¿Y qué es lo que revela la investigación?



- La mayoría de los adolescentes con trastornos de la alimentación no tienen patología profunda
- Sin embargo hay hasta un 70% de comorbilidad psiquiátrica (antes, durante y después del episodio)
- No hay ninguna evidencia que indique que las familias tienen un cuadro disfuncional prototípico
- Hay un componente genético importante. Existe una predisposición o vulnerabilidad
- La circulación regional cerebral esta alterada en la AN
- Hay anomalías en los test neuropsicológicos
- La enfermedad es curable

¿Qué es lo que ocurre a nivel cerebral?



Sabemos que la hambruna afecta al cerebro
Pero también es posible que algo sea diferente
ANTES del desencadenamiento de la AN

- Son las anomalías cerebrales descritas el resultado de la enfermedad o marcadores de la predisposición?
- Desaparecen las alteraciones después de la recuperación ?
- Podemos aprender algo estudiando a las hermanas de las afectadas? Mellizas? O algún modelo animal?



¿Qué es la AN?



NO ES UN PROBLEMAS DE CONDUCTA, NO ES UNA “MODA”, NO ES UNA “FASE TRANSITORIA”, NI ES EL RESULTADO DE UNA ELECCION.

Se trata de una enfermedad mental tratable y curable con componentes:

- **Genéticos**
- **Neurometabólicos**
- **Cognoscitivos**
- **Emocionales**

Para la que hay incluso modelos animales



GENETICA



- **La herencia es comparable a la de la esquizofrenia y el trastorno bipolar .** (Arch Gen Psych 2006;63:305-3120)
- **Los estudios de mellizos estiman en un 53-83% la influencia genética.** (Psychol Med 2001;31:737-740)
- **Hay áreas en los cromosomas 1, 4 y 10 que albergan los “genes de riesgo”** (Am J Med Gen 2005;139:61-68, Hum Mol Gen 2002;11:689-696, Am J Hum Gen 2002;70:787)
- **Genes relacionados con la serotonina (Mol Psychiatry 2003;8:397-406), el factor neurotrópico derivado del cerebro (brain-derived neurotropic factor, BDNF),** (Hum Mol Gen 2004;13:1205-1212) **y el sistema opioide** (Mol Psychiatry 2003;8:397-406)



COMPONENTE NEURO METABÓLICO de la MALNUTRICION



- **Alteraciones en la estructura cerebral: la materia gris disminuye, especialmente en la corteza cingulada anterior .** Am J Psych 2007;164:1850
- **Alteraciones en el metabolismo cerebral**
Int J ED 2005;37;S52
- **Alteraciones en el sistemas neuropéptido**
Phys Behav 2005;85:73.
- **Alteraciones en los neurocircuitos**
Biol Psych 2003;54:934-942)



Déficit de la función cognoscitiva



- Alteración de la función ejecutiva (executive functioning) y “set shifting” (Psychol Med 2007;37:1075-1084)
- Dificultades con la **integración cognoscitiva** (perderse en los detalles, el “no darse cuenta ” , no ver “ el cuadro grande” (IJED 2008;41;143-152)
- Prejuzar o **prejuicio en el procesamiento de los datos observados** (Psych Res 2008;160: 221-227)
- Dificultades en la **toma de decisiones** (Psychiatr Res 2004;127:259)
- **Cognición social disminuida** (Psychol Bul 2007;133:976-1006)

Algunas deficiencias, como el “set shifting” persisten, aun después de la recuperación y se dan en parientes no afectados de AN

Déficit en el Funcionamiento Emocional

Patología psiquiátrica



- Los Trastornos de la Ansiedad *preceden* a menudo a la AN (Acta Psych Scandinava 1997;96:101-107)
- Lo mismo con respecto a obsesiones y compulsiones (IJED;2003;33:308-329)
- La depresión y la ansiedad pueden persistir aun después de la recuperación.(IJED 1997;21:367-376)
- Lo mismo los Trastornos de la Personalidad (IJED 1997;21:367-376)

Aproximadamente el 80% va a tener un desorden psiquiátrico (IJED 1997;22:361-384) incluyendo alcoholismo





Modelo Animal



Fenotipos Anoréxicos en roedores expuestos a :

- Estrés
- Restricción alimentaria intermitente
- Acceso a ruedas para correr (running wheels)
- Mutaciones autosómicas recesivas “gene knock outs”
(EurJ Pharmacol 2003;480:13-20,Physiol Behav 2003;29:39-45)
- Algunos de esos cambios solo ocurren después de una restricción alimenticia (equivaldría a una dieta restrictiva?)
- Los atracones alimenticios (Binge eating) pueden ser inducidos experimentalmente

Resumiendo la CIENCIA:



- La AN tiene una predisposición hereditaria
- La contribución de los factores genéticos es similar a lo que se ve en otras enfermedades (autismo, esquizofrenia, enfermedad bipolar)
- Existen anomalías neurobiológicas
- Algunas alteraciones circulatorias y neuroquímicas cerebrales persisten aún después de darse la recuperación
- Disfunciones neuropsicológicas (set-shifting) similares son vistas en parientes no afectados
- Fenotipos de AN han sido inducidos en animales de laboratorio, sugiriendo una base biológica subyacente a los TCA

Etiología de la Anorexia Nerviosa



- La anorexia nerviosa tiene un origen multifactorial comparable a lo que se sabe de otras entidades como ser el infarto de miocardio.

A las vulnerabilidades “clásicas”

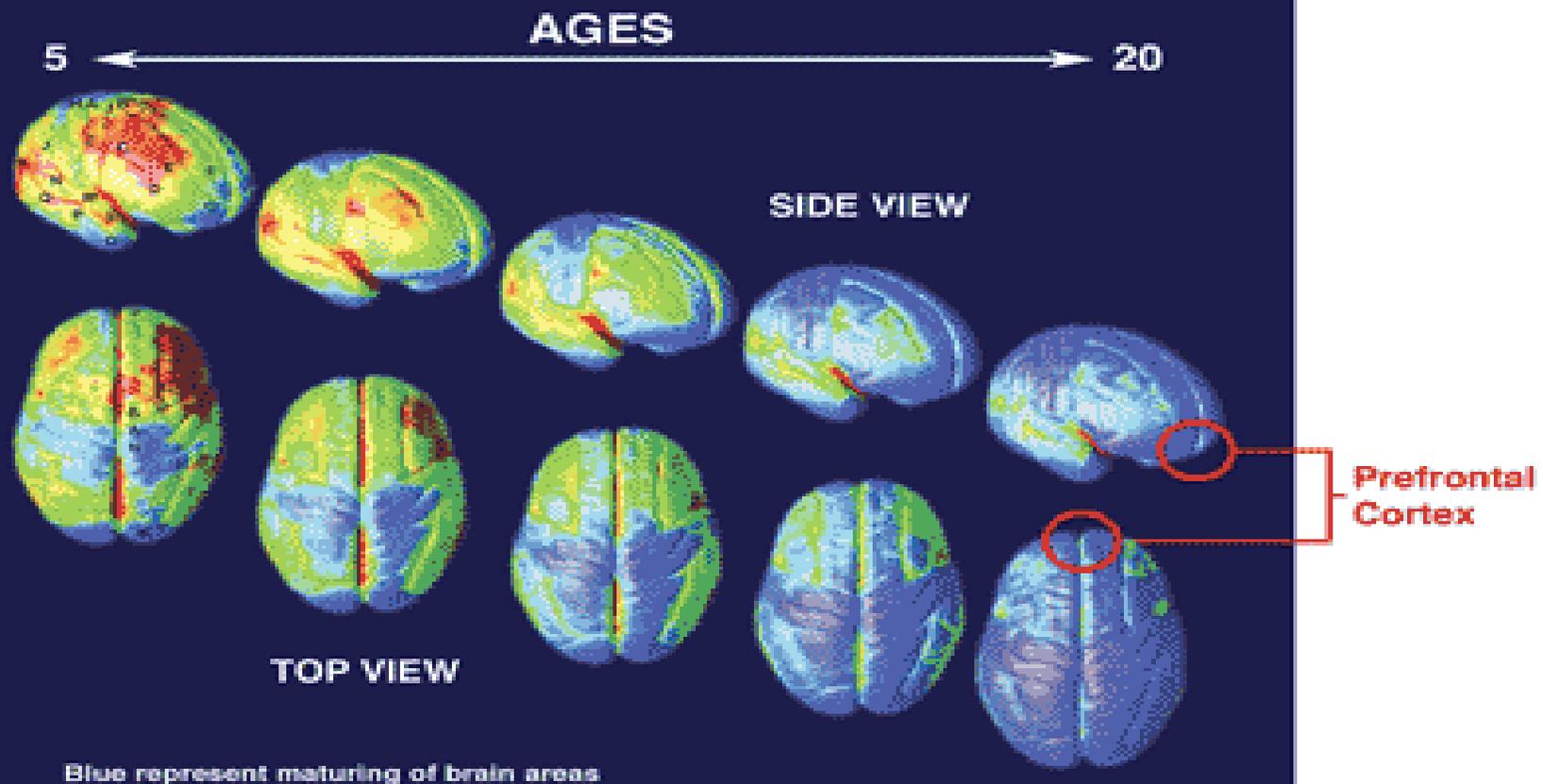


- Herencia
- Eventos prenatales y perinatales
- Características temperamentales/ inhibiciones
- Trastornos de la alimentación infantil
- Los Trastornos de internalización: ansiedad y depresión
- Pubertad/género femenino
- Estrés crónico

ahora debemos agregar...

...Una diátesis cerebral

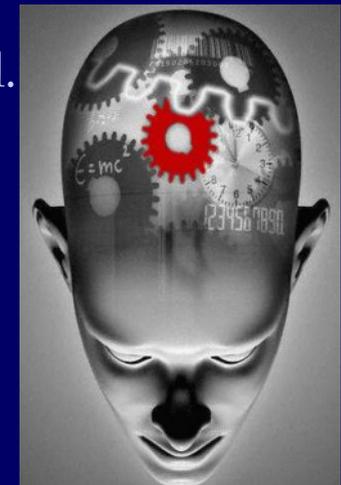
IMAGES OF BRAIN DEVELOPMENT IN HEALTHY CHILDREN AND TEENS (AGES 5-20)



La Anorexia Nerviosa vista como un trastorno del Neurodesarrollo



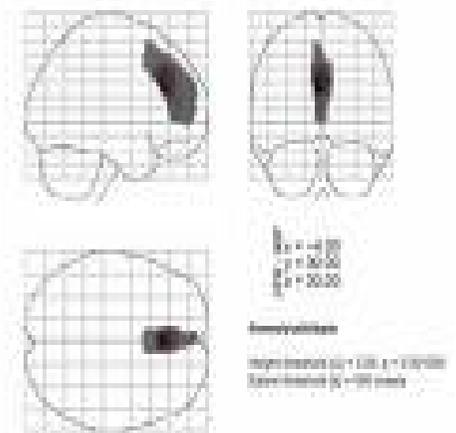
- Interpretar la conducta de otros , que es capturada por los estímulos internos y se produce una excesiva atención a los detalles
- Hay dificultad en el reconocimiento y en la regulación de las emociones, (Harrison et al. Psychol and Psychotherapy 2009)



La Anorexia Nerviosa vista como un trastorno del Neurodesarrollo



- El evitar las emociones **colora** la mayoría de las interacciones
- La **alexitimia** es muy común
- Las vías de recompensa (Reward pathways) tienden a ser insensitivas (ascetismo)
- El “attachment” esta perturbado



Otros hallazgos relacionados:



- Disregulation de la respuesta al stress
- Loops de conductas autoperpetuantes
- Déficit de la función ejecutiva



(Janet Treasure: la versión femenina del Asperger)

**La resultante: se facilita la creencia
sobreevaluada: “Idee fixe”
“OVERVALUED BELIEFS”**



Ejemplos:

- Las Cruzadas de los Niños, la “Hitler Jugend”, las Ligas de Jóvenes Comunistas , los sitios de pro-Ana en la Red Electrónica.
- Hilde Bruch lo comprendió bien cuando describió a la AN como “ La búsqueda fanática de la delgadez” (“*the fanatic pursuit of thinness*”)
Bruch: The Golden Cage

Las creencias sobrevaloradas son muy poderosas*

- * Se ha sugerido que los atentados terroristas son manifestaciones de creencias sobrevaloradas
(A psychiatrist looks at terrorism, Weekly Standard 7,dec 2001 pp21-24)

En vista de todos estos conocimientos...



- El nuevo paradigma de la AN afirma una predisposición neurobiológica
- Un perfil neuro-temperamental se ha encontrado en las hermanas no afectadas
- La sensibilidad aumenta con los cambios puberales dentro de un contexto de estrés agudo o crónico



La AN en este nuevo paradigma :



- Es **gatillada** por la dieta/perdida de peso sólo en personas predispuestas
(*Nadie intenta tener anorexia*)
- Y es perpetuada por la malnutrición
...Que implica todo esto?

Podemos al fin ofrecer tratamientos basados en la ciencia y por primera vez poder demostrar intervenciones exitosas basadas en la evidencia

Implicancia de los nuevos hallazgos:



Los clínicos deben dar prioridad a:

- **El tratamiento rápido y persistente de la malnutrición**
 - La búsqueda y el tratamiento de la comorbilidad
 - La educación de los padres acerca de los problemas médicos asociados
 - y los mecanismos neurobiológico-cognitivos subyacentes

Para así poder proceder al empoderamiento de los padres, para que ellos puedan realimentar a su hija o hijo

Los clínicos deben dar prioridad a:



El tratamiento rápido y persistente de la malnutrición

La búsqueda y el tratamiento de la comorbilidad

La educación de los padres acerca de los problemas médicos asociados

y los mecanismos neurobiológico-cognitivos subyacentes

Para así poder proceder al empoderamiento de los padres, para que ellos puedan realimentar a su hija o hijo



Los clínicos deben dar prioridad a:

El tratamiento rápido y persistente de la malnutrición

La búsqueda y el tratamiento de la comorbilidad

La educación de los padres acerca de los problemas médicos asociados y los mecanismos neurobiológico-cognitivos subyacentes

Para así poder proceder al empoderamiento de los padres, para que ellos puedan realimentar a su hija o hijo



Los clínicos ayudar:

El tratamiento rápido y persistente de la malnutrición

La búsqueda y el tratamiento de la comorbilidad

La educación de los padres acerca de los problemas médicos asociados y los mecanismos neurobiológico-cognitivos subyacentes

Para así poder proceder al empoderamiento de los padres, para que ellos puedan realimentar a su hija o hijo

TRATAMIENTO:



Los siguientes ingredientes promueven la recuperación :

- Cuidado amable y cariñoso pero al mismo tiempo muy firme, enfocando en las “ consecuencias naturales” que genera la restricción alimenticia y el ejercicio compulsivo
- AUSENCIA de confrontación/castigos
- Contribución de nuevas terapias que empoderan a los padres a ser lo mas efectivos posibles en alimentar a su hija o hijo

Intervenciones sistemáticas



- **Remover la Culpa**
- **Interdicción de la hambruna**
- **Empoderamiento de los padres**
- **Externalización de la enfermedad**
- **Tratamiento de la comorbilidad**
- **Promoción del activismo parental**

Intervención 1: remover la culpa



- Las pacientes y sus familias necesitan aprender que no son culpables de la enfermedad
- Necesitan saber que los aflige una condición biológica, una enfermedad mental comparable a la que sufren los que tienen depresión, trastorno obsesivo compulsivo, autismo, etc.
- La situación y conducta de los padres **NO** es muy diferente a la que se encuentran los padres de pacientes con diabetes, leucemia, lupus etc.

La remoción de la culpa implica:



La familia debe entender (y eventualmente el o la paciente) que la Anorexia no consiste en tener “una voluntad de acero” sino precisamente lo contrario:

- Las pacientes están a la merced de sus “pensamientos e impulsos anoréxicos” y por ende no pueden dejar de seguir en forma compulsiva sus conductas anoréxicas

- *Bajo esas condiciones el libre albedrío es una ilusión*
- La libertad personal sólo retorna después de una ardua labor de rehabilitación nutricional, emocional y social
- MENSAJE para la paciente:
- **SOLO VOS LO PODES HACER, PERO NO LO PODES HACER SOLA**

Intervención 2: interdicción de la hambruna



- Es un grave error recomendar que a la adolescente malnutrida “ se la deje en paz”, y que ella debe ir a terapia y decidir por si misma lo que come
- La paciente debe ser alimentada para poder estar en condiciones de aprovechar los beneficios del apoyo terapéutico, imposible de lograr con un cerebro malnutrido

psicoterapia



- La presunción, de que con la terapia el o la paciente ganará “insight”, y entonces podrá superar su condición, nunca ha sido comprobada
- La mayoría de las pacientes no tienen el menor interés en un tratamiento para su condición
- Es posible usar la entrevista motivacional para ayudar a la paciente a ser mas accesible al tratamiento.

Intervención 3: empoderamiento de la familia



Luego de educar a los padres acerca de la naturaleza de la AN

- Reinterpretar sus reacciones: no son una “ familia disfuncional ” sino una familia sorprendida y alterada por la enfermedad inesperada de su hijo o hija
- Su situación es muy similar a la de los padres que tienen que confrontar de golpe un diagnóstico de epilepsia o lupus

Aquí comenzó el empoderamiento de la familia: el Hospital Maudsley , Londres



Intervención 3 método de Maudsley



- Un sistema de guía y apoyo a la familia para que los padres puedan hacerse cargo de la alimentación de su hijo o hija
- Los profesionales ayudan a eliminar obstáculos al **tratamiento** (por ejemplo: obtención de permiso para obtener permiso de la escuela para que los padres puedan supervisar el almuerzo)
- El **tratamiento** consiste en poner todo el énfasis sobre la alimentación necesaria y posponer la discusión de todo otro elemento hasta que la alimentación se normalice y el peso perdido se ha recuperado

Intervención 3: Estrategias para ayudar a los padres



- Hacer que relaten actividades en las que se han distinguido o demostrado talento
- Pedir que compartan recuerdos de ocasiones en las que la pasaron mal y superaron el momento.
- Si tienen otros chicos hacerles hablar de todas sus virtudes y habilidades
- Si los otros hijos han tenido problemas de salud y/o de conducta ayudarles a comprender la realidad de la vulnerabilidad genética en lugar del pensamiento auto-acusatorio de que esto es prueba de “son padres defectuosos”

Intervención 4. Educar con respecto a los aspectos neurobiológicos de AN



- Inanición= obsesion
 - Síndrome Cerebral Orgánico
 - Disrupción del desarrollo cerebral secundario al estrés nutricional
- ... para de ese modo *externalizar* la enfermedad

Intervención 5: asegurarse de que se identificaron las co-morbilidades



TRATAMIENTO ADECUADO:

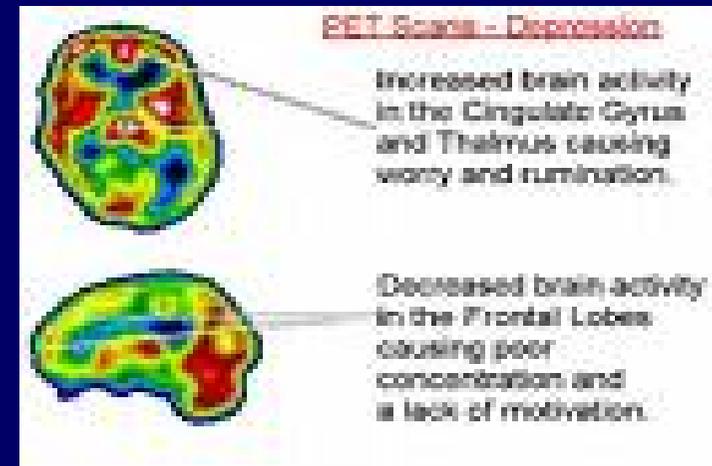
- Trastornos de Ansiedad

Trastorno Obsesivo Compulsivo

- Trastornos afectivos:

Depresión, cuadros bipolares

- Trastornos de Déficit de la Atención
- Trastornos de la Personalidad
- PANDA “Pediatric Autoimmune Neurologic Disorder Associated to Streptococcal infection”



Intervención 6: promover el activismo parental



- Para que brinden información a otros padres y sean una fuente de apoyo
- Para ayudar a educar a los profesionales que desconocen el método de Maudsley
- Para educar al público que ignora los hallazgos del nuevo paradigma neurobiológico-cognitivo
- Para promover el intercambio de ideas y activismo (legislación con respecto a seguros de salud , investigación, etc)

www.FEAST-ED.org

www.Maudsleyparents.org

Corolario: es necesario combatir el estigma



- Cada vez que se descubre que en una enfermedad hay una malfunción cerebral (epilepsia, retardo mental) hay una tendencia social de ver a los enfermos como personas inferiores o defectuosas
 - A menudo, debido a que en la corteza cerebral donde anida la inteligencia y el aprendizaje, existe confusión con respecto a la capacidad de los enfermos
 - Esto puede llevar a los pacientes al aislamiento auto-protector y a una sensación de inferioridad
 - El activismo por parte de padres y pacientes es necesario para ayudar a terminar con esos mitos

Estigma



- Cada vez que se descubre que en una enfermedad hay una malfunción cerebral (epilepsia, retardo mental) hay una tendencia social de ver a los enfermos como personas inferiores o defectuosas
- **A menudo, debido a que en la corteza cerebral donde anida la inteligencia y el aprendizaje , existe confusión con respecto a la capacidad de los enfermos**
- Esto puede llevar a los pacientes al aislamiento auto-protector y a una sensación de inferioridad
- El activismo por parte de padres y pacientes es necesario para ayudar a terminar con esos mitos

ESTIGMA



- Cada vez que se descubre que en una enfermedad hay una malfunción cerebral (epilepsia, retardo mental) hay una tendencia social de ver a los enfermos como personas inferiores o defectuosas
- A menudo, debido a que en la corteza cerebral donde anida la inteligencia y el aprendizaje , existe confusión con respecto a la capacidad de los enfermos
- **Esto puede llevar a los pacientes al aislamiento auto-protector y a una sensación de inferioridad**
- **El activismo por parte de padres y pacientes es necesario para ayudar a terminar con esos mitos**

MODELO DE SALUD PUBLICA



1. Nuestro ambiente *sociocultural* promueve el hacer dieta . (TERRENO)
2. *La restricción alimenticia* gatilla la AN (AGENTE)
3. En las personas *predispuestas la pérdida de peso/malnutrición* perpetúan el ciclo. (HUESPED)



Conclusiones



1. Hay una *vulnerabilidad neurobiológica* al desarrollo de la Anorexia Nerviosa
2. Gran parte de los pacientes sufren de una co-morbilidad precedente o concomitante que debe ser atendida
3. Ni los pacientes ni sus padres tienen la culpa de su anorexia
4. La Rehabilitación Nutricional es la *precondición* para la recuperación. La restauración del peso perdido *precede* a la recuperación de la enfermedad

Conclusiones



5. Desafortunadamente el “ libre albedrío” de las pacientes esta marcadamente disminuido: ellas no pueden simplemente “ decidirse a comer ”
6. La *Ansiedad acerca del tener que comer* pueden llegar a límites intolerables y esa **disforia** lleva a los cambios de conducta persistentes
7. Es aquí donde entra en juego la familia: en el tratamiento de la AN: *la familia no es el problema, sino la potencial solución*

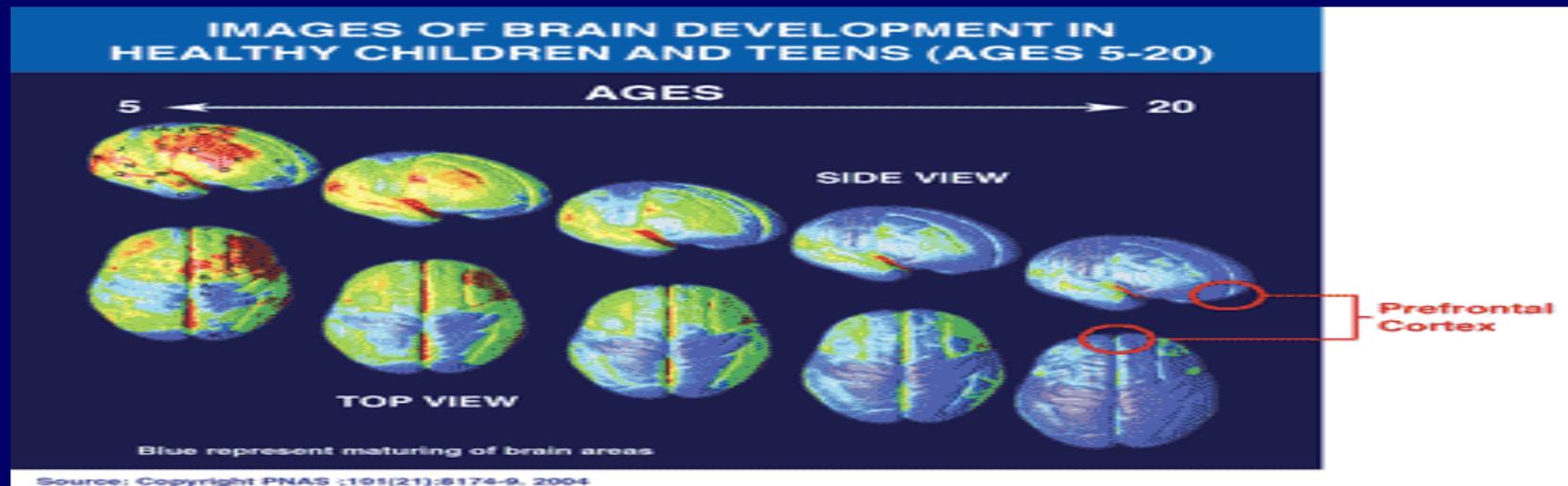


Muchas Gracias



Por haberme dado esta oportunidad de compartir las exploraciones hechas para resolver el enigma de la Anorexia Nerviosa

PREGUNTAS ?



Source: Copyright PNAS (101(21):8174-9, 2004