

Iris Luna Montaña, MD

Los mártires de la perfección: Suicidio y psicopatología asociada a la imagen corporal

- Psicopatología ligada a la imagen corporal
- Trastornos de la conducta alimentaria y suicidio
- Trastorno dismórfico corporal y suicidio
- Corolario

“¡La belleza es cosa terrible y espantosa! Es terrible debido a que jamás podremos comprenderla, ya que Dios sólo interrogantes nos plantea. En el seno de la belleza, las dos riberas se juntan y todas las contradicciones coinciden”.

DOSTOIEVSKI (*Los hermanos Karamazov*)

EL SUICIDIO se ha constituido en un fenómeno de gran impacto sobre la población general y el personal que trabaja en las áreas de salud pública y mental.

Se calcula que cada 40 segundos se autoelimina un individuo, razón por la cual el suicidio se constituye en la primera causa de muerte a nivel mundial, con una tasa de mortalidad calculada por la OMS de 14.5x100.000 habitantes al año. Colombia presenta una de las tasas más bajas de Latinoamérica, cercana al 4x100.000, tasa que se ha mantenido estable en los últimos cinco años, de acuerdo con los estudios del Instituto de Medicina Legal de Bogotá.

El estudio y prevención del suicidio debe ser abordado por los profesionales de salud en forma multidimensional, porque se trata de un fenómeno clínico y social que es el resultado de la interacción compleja de varios factores causales, entre los que se incluyen enfermedades mentales, pobreza, abuso de sustancias psicoactivas, aislamiento social, pérdidas afectivas y económicas, dificultades de relaciones y problemas laborales.

Los factores relacionados con el comportamiento suicida se agrupan en factores biológicos (alteración en la biodisponibilidad de la serotonina cerebral, excesiva actividad del sistema noradrenérgico, hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal o disminución del colesterol acompañado de niveles altos de cortisol sérico), genéticos, psicológicos (baja autoestima, pobre autoimagen, pobre autoconcepto, ideas de culpa, ideas de vergüenza, autorreproche, desesperanza, narcisismo, ambivalencia, aislamiento social, impulsividad), factores sociodemográficos (pérdidas afectivas, secuestro, abuso sexual, desempleo, desplazamiento, emigración) y presencia de enfermedad mental (trastornos

afectivos, consumo de sustancias psicoactivas, esquizofrenia y trastornos de personalidad).

Sin lugar a dudas los trastornos afectivos, el abuso de alcohol y de sustancias, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad son y seguirán siendo un foco de atención primordial en quienes estudian el fenómeno del suicidio. No obstante es importante tener en mente, como lo sugieren CASH y PRUZINSKY (2002) otras patologías psiquiátricas que tienen como común denominador la presencia de una imagen corporal distorsionada que puede ocasionar un gran sufrimiento al paciente e incrementar el riesgo suicida.

Dentro de este grupo de trastornos haré énfasis en los llamados trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nervosa, bulimia nervosa) y el trastorno dismórfico corporal, trastornos que son frecuentes en los jóvenes y con frecuencia se asocian con otras patologías mentales o con situaciones de estrés psicosocial que incrementan la impulsividad y el riesgo suicida.

PSICOPATOLOGÍA LIGADA A LA IMAGEN CORPORAL

Un número cada vez mayor de individuos se mueve alrededor del concepto de la belleza durante la mayor parte de su existencia y la calidad de vida de varios de ellos puede verse seriamente afectada, tanto en su carácter subjetivo (sentimiento personal o capacidad de comparación), como en el carácter multidimensional de su personalidad (cognoscitivo, afectivo, cultural y social) al enfrentar sin éxito los avatares relacionados con su “imagen corporal”.

A pesar de los avances de las neurociencias en la identificación de las alteraciones neurobiológicas subyacentes en los trastornos mentales asociados a distorsiones de la imagen corporal es preciso aceptar que los modelos socioculturales del mundo actual tienen gran relevancia en la propagación y mantenimiento de estas patologías.

Para algunos especialistas como YARYURA-TOBIAS y colaboradores (2003) y POPE (2000) la anorexia, la bulimia, la vigorexia, el trastorno dismórfico corporal y los trastornos de la alimentación inespecíficos son entidades íntimamente relacionadas, y tienen en común una obsesión

por la aceptación social, el culto al cuerpo, y el deseo de tener una «imagen perfecta» de acuerdo con los cánones dictados por la moda.

Estos individuos son más proclives a experimentar sentimientos de fracaso o rechazo caracterizados por baja autoestima, pobre autoimagen, pobre autoconcepto, ideas de culpa, ideas de vergüenza, autorreproche, desesperanza, narcisismo, ambivalencia, aislamiento social, comportamientos impulsivos o agresivos, ansiedad, disforia, ambivalencia, rigidez mental y pensamientos dicotómicos. Además, en ellos se observa una mayor frecuencia de abuso de alcohol y sustancias psicoactivas y de trastornos de la personalidad del grupo B, como personalidad histriónica o limítrofe (*borderline*).

POMPILI y colaboradores (2005) en un estudio de metaanálisis observaron que el comportamiento suicida es mayor en los individuos con trastorno *borderline* de la personalidad comparados con la población general.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SUICIDIO

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) están íntimamente ligados al género femenino y configuran cuadros sindromáticos graves que pueden conducir a la muerte por su creciente frecuencia, y como lo afirma BEHAR (2005) por su comorbilidad que complica significativamente su desenlace y por su innegable repercusión social.

La anorexia nerviosa es, junto con la bulimia, el trastorno de la alimentación más frecuente y conocido debido a su incremento en los últimos años propiciado por la «cultura de la delgadez» que se ha instalado en las sociedades desarrolladas actuales.

Cuando definimos la anorexia nerviosa en términos estrictos, su prevalencia en mujeres adolescentes y jóvenes se sitúa alrededor del 0.5-1% pero si se utilizan criterios más laxos se alcanzan tasas de 3,7%. En cuanto a la bulimia nervosa, la prevalencia en la población femenina y juvenil se sitúa alrededor del 1% cuando se usan criterios diagnósticos estrictos. Estudios de prevalencia durante un año, han ofrecido tasas del 170/100000 en asistencia primaria y de 87/100000 en la población general.

La anorexia nerviosa es considerada como un trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso (“autoinanición”), inducida o mantenida por el propio paciente, en tanto que la bulimia está definida por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y una preocupación exagerada por el autocontrol del peso. En ambas entidades la insatisfacción corporal y la distorsión perceptiva del tamaño corporal (alteraciones de la imagen corporal) son consideradas como los pilares para el diagnóstico y seguimiento de las pacientes y como lo afirman TORO y CASTRO (2005) existe una fijación obsesiva por mantener el peso en los límites que se fija el paciente.

Las investigaciones clínicas han identificado a la alteración de la imagen corporal como un criterio necesario para el diagnóstico de los TCA, pero desafortunadamente se ha dado demasiada importancia a este criterio y se han dejado de lado otros elementos diagnósticos. Es cierto que quienes padecen los TCA, exhiben una preocupación constante por el peso y la figura corporal, pero también es cierto, como lo señala BRUCH (1962) que la anorexia nerviosa posee tres características: un sentimiento paralizante de ineficacia personal, la incapacidad para reconocer la información interna proveniente del cuerpo, y en tercer lugar, una alteración de la imagen corporal.

En la bulimia nerviosa se presentan episodios alimentarios desenfrenados, o comilonas que van seguidas de vómito autoinducido, consumo excesivo de laxantes u otras tentativas de purga (eliminación) de lo ingerido.

El pronóstico de la anorexia nerviosa es reservado. Al cabo de 10 años desde el inicio del trastorno, alrededor de la mitad de los pacientes continúan presentando trastornos de la conducta alimentaria: aproximadamente un 10% persiste con la anorexia, un 10% presenta un cuadro subclínico o no especificado y en otro 10% el cuadro puede haber evolucionado y se puede haber convertido en bulimia nerviosa. El pronóstico, como lo señalan PLA y TORO (1999), es mejor para los casos de anorexia iniciados en la adolescencia que para los iniciados en etapas posteriores.

En la anorexia nerviosa, el paciente sólo ingiere mínimas cantidades de alimentos, de modo que su peso corporal se reduce a veces con grandes

riesgos para la salud, razón por la cual la mortalidad se sitúa alrededor de un 10%, índice que de acuerdo con autores como AGRAS (2001) y SULLIVAN (2002) es el más elevado entre los trastornos psiquiátricos, con altas tasas de suicidio y muertes por causas médicas asociadas.

El suicidio es la segunda causa más común de muerte después de las complicaciones médicas y metabólicas. LATZER y HOCHDORF (2005) afirman que el riesgo de suicidio en la anorexia nervosa es similar al riesgo de suicidio de la depresión mayor y está asociado a la cronicidad del cuadro clínico y la comorbilidad con abuso de sustancias, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad del grupo B.

En la bulimia el pronóstico varía en el tiempo y en el mediano y largo plazo (10 años) suele ser más optimista que la evolución de la anorexia porque alrededor del 70% de las pacientes no presentan TCA, un 20% aún presenta síntomas suficientes para diagnosticar un TCA no especificado y un 10% presentan criterios de bulimia nervosa. De acuerdo con SULLIVAN (2002) la tasa de mortalidad es de 0,5-1%.

El estudio de seguimiento a 100 pacientes bulímicas realizado por BEHAR (2005) mostró que un tercio de las pacientes había realizado al menos un intento serio de autoeliminación alguna vez en su vida. El trabajo reciente de TOZZI y colaboradores (2006) señala que el abuso de laxantes en los TCA se asocia con un curso crónico y peor pronóstico de la enfermedad, comportamientos impulsivos, intentos de suicidio, autolesiones y comorbilidad con el trastorno limítrofe de la personalidad.

Los TCA particularmente la bulimia nervosa y el trastorno por atracón (*binge eating disorder*) se asocian de manera importante con el abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, comorbilidad que aumenta la impulsividad y el riesgo suicida.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y SUICIDIO

Esta alteración grave de la imagen corporal, anteriormente denominada como dismorfofobia u obsesión con vergüenza corporal, hoy en día se considera como una entidad nosológica independiente desde 1987 (DSM-III-R).

El trastorno dismórfico corporal (TDC) es definido como la preocupación por un defecto físico imaginado o la focalización exagerada en una ligera anomalía física.

Para hacer el diagnóstico el paciente debe presentar al menos tres características:

- Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico o excesiva preocupación por anomalías físicas leves reales.
- La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales como se observa en la anorexia nerviosa.

No existe consenso sobre la prevalencia del trastorno dismórfico corporal en la población general. Diversos estudios realizados en muestras poblacionales utilizando los criterios diagnósticos del DSM IV obtienen datos de prevalencia bastante dispares. El estudio de OTTO y colaboradores (2001) llevado a cabo en una amplia muestra de mujeres, con edades entre los 36 y los 45 años, estimó la prevalencia en 0,7%, en tanto que el trabajo de BOHNE y colaboradores (2002) en una muestra estudiantes universitarios alemanes encontró una prevalencia del 5%.

Se estima que la prevalencia del TDC en la población psiquiátrica está alrededor del 3% y la prevalencia en la vida es del 5%.

No parece haber diferencias en cuanto a la distribución por sexo de la enfermedad.

Con frecuencia el TDC es subdiagnosticado. Los estudios en pacientes dermatológicos y en pacientes que solicitan cirugía cosmética muestran alta prevalencia de este trastorno, como lo demuestra el trabajo de SARWER y colaboradores (2005) quienes encontraron tasas del 6,6% o las investigaciones de ALTAMIRA y colaboradores (2001) que observaron cifras del 18,4% para las formas subclínicas el TDC.

El trastorno presenta comorbilidad con los trastornos de ansiedad social, que como lo señala el trabajo de COLES y colaboradores (2006) es del 39% y con el trastorno obsesivo compulsivo, que de acuerdo con las investigaciones de FRARE y colaboradores (2004) es del 15%.

Vale la pena resaltar el estudio de prevalencia del TDC en los trastornos de la conducta alimentaria llevado a cabo por GRANT y colaboradores (2002) quienes encontraron que un 39% de las pacientes anoréxicas estudiadas presentaban un TDC.

Existen algunos reportes de caso que subrayan la ideación suicida, el intento de suicidio y los suicidios consumados que pueden ocurrir en los pacientes que padecen TDC. Los estudios retrospectivos transversales realizados por PERUGI y colaboradores (1997) y PHILIPS y colaboradores (1994) encontraron que el 45 y 70% de los pacientes, respectivamente, reportó una historia de ideación suicida atribuida al TDC. VEALE y colaboradores (1996) reportan una incidencia de intentos de suicidio del 22% en pacientes con TDC, en tanto que PHILIPS y DÍAZ (1997) comunican una cifra de 24%.

PHILLIPS y MENARD (2006) investigaron el riesgo suicida mediante un estudio prospectivo del curso del TDC en 185 individuos durante cuatro años y encontraron ideación suicida en el 57,8% de la muestra por año, 2,6% intentaron suicidarse por año y dos personas se suicidaron por año (0,3%).

Los individuos con TDC tienen varios factores de riesgo del suicidio. Generalmente son personas solas o divorciadas, con autoestima pobre, altos niveles de ansiedad, depresión y hostilidad, pésimas redes de apoyo social, elevada comorbilidad y frecuentes hospitalizaciones por enfermedad mental.

COROLARIO

El comportamiento suicida es frecuente en los pacientes que presentan trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno dismórfico corporal originados por la interacción de los factores etiológicos de la enfermedad, los trastornos afectivos asociados y la gran intensidad de los factores socioculturales que los desencadenan.

En la evaluación y tratamiento de estos trastornos es imperioso identificar el riesgo de intentos de suicidio para prevenirlo y manejarlo en forma oportuna y mejorar la calidad de vida de quienes padecen esta extrema tiranía de la perfección.

LECTURAS SELECCIONADAS

AGRAS WS.

The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24 (2): 371-9.

ALTAMIRA C, PALVELLO MM, MURIDO E.

Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 2001; 251: 105-8.

BACA GARCÍA E, AGUILAR EJ.

Suicidio, en *Tratado de psiquiatría*, volumen II, Ars Médica (Editorial), Barcelona, 2005; 1445-55.

BEHAR R.

Trastornos de la conducta alimentaria, en *Psicopatología de la mujer*, 2ª ed. Correa E. Jadresic E (eds.). Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile, 2005.

BERTOLOTE JM, FLEISCHMANN A, DE LEO D, WASSERMAN D.

Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*. 2005; 26 (4): 192-3.

BOHNE A, WILHEMS, KEVTHEN NJ.

Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatr Res* 2002; 109: 101-4.

BRUCH H.

Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 1962; 24: 187-94.

CASH F T, PRUZINSKY T.

Body image. A handbook of theory, Research, and Clinical Practice. The Guilford Press (Ed.). New York; 2002.

CAYKOYLU A, CAPOGLU I, OZTURK I.

The possible factors affecting suicide attempts in the different phases of the menstrual cycle. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58 (5): 460-4.

CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL SOBRE LA VIOLENCIA.

Subdirección de Servicios Forenses: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Lesiones de causa externa: Colombia, 1998.

COLES ME, PHILLIPS KA, MENARD W, PAGANO ME, FAY C, WEISBERG RB, et al.

Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depress Anxiety*. 2006; 23 (1): 26-33.

FRARE F, PERUGI G, RUFFOLO G, TONI C.

Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur Psychiatry* 2004;19 (5): 292-8.

FU Q, HEATH AC, BUCHHOLZ KK, NELSON EC, GLOWINSKI AL, et al.

A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychol Med* 2002;32: 11-24.

GONZÁLEZ JO, PERDOMO M. Y HERNÁNDEZ W.

Epidemiología del suicidio. *Boletín del Centro Nacional de Referencia sobre Violencia*, vol. 3, No. 7, julio 1998.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES.

Informe estadístico. Bogotá; 1994.

LATZER Y, HOCHDORF Z.

Dying to be thin: attachment to death in anorexia nervosa. *Scien World J* 2005; 5: 820-7.

LUNA I.

Belleza, mujer y psicopatología, en *Psicopatología de la mujer*, 2ª ed. Correa E. Jadresic E (eds.). Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile, 2005.

MICHAELIS BH, GOLDBERG JF, DAVIS GP, SINGER TM, GARNO JL, et al.

Dimensions of impulsivity and aggression associated with suicide attempts among bipolar patients: A preliminary study. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 172-6.

MOSQUERA F.

El comportamiento suicida, en *Avances*, volumen 7, Yepes LE, Téllez-Vargas J, Alarcón R (ed.), Bogotá, 2006, 78-83.

OSVATH P, KELEMEN G, ERDOS MB, VOROS V, FEKETE S.

The main factors of repetition: Review of some results the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Crisis* 2003; 24 (4): 151-4.

OTTO MW, WILHEM S, COHEN LS, HARLOW BL.

Prevalence of Body dysmorphic disorder in a community sample of woman. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 2061-3.

PANDEY GN, DWIVEDI Y, REN X, RIZAVI HS, FALUDI G, et al.

Regional distribution and relative abundance of serotonin(2c) receptors in human brain: effect of suicide. *Neurochem Res* 2006; 31 (2): 167-76. Epub 2006 Mar 29.

PERUGI G, GIANNOTTI D, FRARE F, DI VAIO S, VALORI E, MAGGI L, CASSANO GB, AKISKAL HS.

Prevalence, phenomenology and comorbidity of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) in a clinical population. *Int J Clin Pract* 1997; 1: 77-82.

PHILLIPS KA, MCELROY SL, KECK PE JR, HUDSON JI, POPE HG JR.

A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull* 1994; 30: 179-86.

PHILLIPS K.

Somatoform and factitious disorders, en Oldham J, Riba M (eds.) Review of Psychiatry Series. Washington DC: American Psychiatric Press, 2001.

PHILLIPS KA, MENARD W.

Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (7): 1280-2.

PHILLIPS KA, STOUT RL.

Associations in the longitudinal course of body dysmorphic disorder with major depression, obsessive-compulsive disorder, and social phobia. *J Psychiatr Res* 2006; 40 (4): 360-9.

PLA C, TORO J.

Anorexia nervosa in a spanish adolescent sample. An 8 years longitudinal Study. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 441-6.

POMPILI M, GIRARDI P, RUBERTO A, TATARELLI B.

Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry* 2005; 59 (5): 319-24.

SARWER DB, WADDEN TA, PERSTCHUCK MJ.

Body image dissatisfaction and Body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstruct Surg* 1998; 101: 1644-9.

SUBLETTE ME, HIBBELN JR, GALFALVY H, OQUENDO MA, MANN JJ.

Omega-3 polyunsaturated essential fatty acid status as a predictor of future suicide risk. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (6): 1100-2.

SULLIVAN PK.

Course and outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Fairburn C G, Brownell KD (eds.) Eating disorders and obesity. A Comprehensive hand book, 2a. ed. Nueva York: Guilford, 2002; 226-30.

TORO TRALLERO J, CASTRO FORNIELES J.

Trastornos del comportamiento Alimentario, en *Tratado de psiquiatría*, vol. II, Ars Médica (Editorial), Barcelona, 2005.

TOZZI F, THORNTON LM, MITCHELL J, FICHTER MM, KLUMP KL, et al.

Price Foundation Collaborative Group. Features associated with laxative abuse in individuals with eating disorders. *Psychosom Med* 2006; 68 (3): 470-7.

VAN HEERINGEN K.

The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry* 2003; 48 (5): 289-91.

VEALE D, BOOCOCK A, GOURNAY K, DRYDEN W, SHAH F, WILLSON R, WALBURN J.

Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 196-201.

YARYURA-TÓBIAS JA, NEZIROGLU F, PÉREZ RIVERA R.

Obsesiones corporales. Editorial Polemos. Buenos Aires, 2003.

