

# **SUICIDIO Y FACTORES DE RIESGO EN DESORDENES DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO.**

Humberto L. Persano; Adrián D. Ventura; David A. Gutnisky; Carlos D. Kremer.

hpersano@gmail.com

**Unidad Docente Hospitalaria Hospital Psicoasistencial “José T. Borda”**

## **Abstract**

En los enfermos con trastorno de la conducta alimentaria (de ahora en adelante TCA) son frecuentes los suicidios y las conductas parasuicidas. La frecuencia y severidad de los intentos de suicidio, es comparable a la observada en los pacientes con trastorno depresivo mayor y mucho mayor que la observada en pacientes con esquizofrenia o trastornos de ansiedad.

Llevar a cabo una evaluación de la relación entre TCA y las patologías asociadas como factores de riesgo puede tener implicancias en el diagnóstico y tratamiento. En relación a esto se ha visto que el riesgo de suicidio se incrementa cuando se asocia a depresión, impulsividad y consumo problemático de sustancias, lo que implica mayor complejidad en su abordaje terapéutico. Estas condiciones son de gran relevancia por su gravedad, no sólo por el sufrimiento psíquico que acarrearán, sino también por la alta tasa de morbilidad y mortalidad así como de intentos de suicidio que presentan.

Se pueden favorecer las tareas de prevención y de diagnóstico precoz de los problemas al encaminar los esfuerzos sobre los factores y contextos que hacen a las personas vulnerables a ellos. Estos dos aspectos –prevención y diagnóstico precoz– se configuran como los más importantes en patologías como TCA.

**Palabras Clave:** *Trastorno de la Conducta Alimentaria, Impulsividad, Perfeccionismo, Suicidio*

## **Desarrollo**

Un problema contemporáneo y de creciente incidencia es el suicidio, lo que implica la necesidad de establecer definiciones precisas que lleven a la identificación de los factores de riesgo, tomando en cuenta que las bases del suicidio son multifactoriales y complejas. El suicidio es considerado por la OMS (2000) como un trastorno multidimensional, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales (1).

La prevención de los suicidios como de sus intentos constituye un reto para el personal médico y especialmente, para quienes trabajamos en salud mental. Cualquier sujeto puede, en determinado momento de su existencia, sentir que la vida no tiene sentido por diversas causas, como la enfermedad física o mental, la pérdida de una relación valiosa, la soledad, la frustración, las dificultades cotidianas en personalidades poco tolerantes, lo que convierte el suicidio en “la mejor y única opción para ellos”.

Suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica.

Cuando la amenaza ocurre teniendo los medios disponibles para su realización, pero sin llevarla a cabo, se considera como gesto suicida (por ej. tener las pastillas en la mano sin tomarlas). El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada, se ha definido como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo. Los factores de riesgo en los suicidas incluyen aislamiento, salud precaria, depresión, alcoholismo, baja autoestima, desesperanza, sentimientos de rechazo familiar y social. También es importante considerar el antecedente de daño dirigido hacia sí mismos y la incapacidad para resolver problemas, principalmente los de tipo social. Frecuentemente el suicida da indicios verbales directos e indirectos de su intención suicida. Un 60% de los suicidas que lograron su propósito había consultado al médico el mes anterior al suceso; más de la mitad había comentado con alguien su deseo de morir, y un tercio del total había hecho una amenaza declarada de suicidio.

Así, la evaluación de riesgo del paciente suicida debe ser una parte fundamental en la práctica clínica diaria, ya que la detección oportuna de los factores de riesgo suicida permite su prevención. Típicamente, 25% de quienes intentaron una vez el suicidio, lo intentará nuevamente dentro del siguiente año y 10% lo logrará en el plazo de diez años (2).

El aspecto genético es insoslayable. Quienes intentan o logran suicidarse tienen una historia familiar de actos suicidas, de manera comparable a la predisposición para desarrollar otros trastornos como la enfermedad bipolar o la esquizofrenia. La tasa de concordancia entre el suicidio y los intentos suicidas son mayores entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos.

La presencia de un trastorno psiquiátrico está íntimamente ligada al suicidio; más de 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos. El abuso o dependencia de alcohol está presente en alrededor de 20 a 25% de quienes se suicidan y también ocurren tasas elevadas de suicidio en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. De modo que la comorbilidad de TCA con depresión multiplica el riesgo. (2).

En pacientes con trastornos de la conducta alimentaria aumenta marcadamente la incidencia tanto de intentos de suicidio fallidos como consumados al asociarse fundamentalmente las formas de anorexia subtipo purgativo y bulimia a trastornos del estado anímico, depresión y bipolaridad, trastornos de la personalidad, trastornos de control de impulsos y consumo problemático de sustancias.

La anorexia nerviosa (de ahora en más AN), la bulimia nerviosa (de aquí en adelante BN) y los trastornos inespecíficos del comportamiento alimentario son alteraciones conductuales relacionadas al acto de comer y a la imagen corporal; han sido considerados como entidades estrechamente ligadas a la “sobreevaluación de la delgadez”. Su naturaleza y origen son complejos, con interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Son una de las enfermedades crónicas, más frecuentes en adolescentes y mujeres jóvenes. Se caracterizan por tener una alteración definida del patrón de ingesta o de la conducta sobre el control del peso, que produce un deterioro físico y psicosocial. Se ha relacionado con una seria morbilidad, así como una significativa mortalidad, constituyendo un problema de salud pública, por su curso clínico prolongado y su tendencia a la cronicidad.

Aunque los TCA fueron reconocidos hace más de dos siglos en los países occidentales, se ha producido un incremento progresivo de su incidencia y prevalencia en los últimos años debido, fundamentalmente a factores socioculturales. Se estima una prevalencia del 1% para la AN y del 2-4% para la BN. La prevalencia de TCA no especificado puede situarse en torno al 5-10%. (5)

Los intentos de suicidio se relacionan con altos niveles de impulsividad. Son más frecuentes en la bulimia nerviosa que en la anorexia nerviosa, y más frecuentes en los cuadros de anorexia del tipo purgativo que en los de anorexia restrictiva. Además, los pacientes con TCA presentan comorbilidad con abuso de sustancias psicoactivas o trastorno de personalidad límite, con otros comportamientos impulsivos como promiscuidad sexual y conductas de automutilación. Se ha observado que los enfermos con anorexia nerviosa que hacen intentos de suicidio tienden a perder más peso y la enfermedad es significativamente más larga, comparados con quienes no han intentado el suicidio. Las conductas parasuicidas son frecuentes en los individuos con TCA de patrón purgativo, especialmente en quienes presentan conductas compensatorias, como autoinducción del vómito y abuso de laxantes y diuréticos.

El componente *impulsividad/agresividad* es un rasgo característico del grupo B de los trastornos de personalidad: trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista, altamente asociados a bulimia y anorexia. La historia de intentos de suicidio previos y la historia familiar de actos suicidas son indicadores clave de la presencia de la vulnerabilidad y sugieren la posibilidad de la existencia de un factor hereditario tanto para el comportamiento suicida como para los trastornos afectivos. El factor impulsividad/agresividad puede ser evaluado mediante escalas como la escala de impulsividad de Barratt.

Los estudios muestran que los factores genéticos relacionados con la impulsividad y la conducta suicida son distintos a los factores genéticos que predisponen a los trastornos mentales. COURTET y colaboradores (2004) consideran que los factores genéticos relacionados con la impulsividad y el suicidio sugieren una alteración en el sistema serotoninérgico al haberse identificado al gen que codifica la producción de la enzima triptofano hidroxilasa (TPH), enzima que regula la cantidad de serotonina producida y al gen que codifica la proteína transportadora de serotonina como implicados (6). Sin embargo, aún falta dilucidar la

relación entre el genotipo (alteración en el metabolismo de la serotonina) y el fenotipo (impulsividad, incapacidad para controlar la ira, etc.). Invariablemente, la impulsividad se ha asociado con alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica en los circuitos prefrontales. De manera específica, la impulsividad motora se relaciona con una disminución de la neurotransmisión, mediada por este modulador, que involucra la merma de la liberación de serotonina de las terminales presinápticas, alteraciones de los receptores 5-HT<sub>1B</sub> y 5-HT<sub>2A</sub> y alteraciones en los transportadores para serotonina. Estas alteraciones pueden contribuir de manera significativa a modificar el efecto de los estímulos en la regulación del comportamiento, por medio de la formación anormal de estados emocionales o de un aumento de la sensibilidad a los estados emocionales negativos. Estas conclusiones son consistentes con los hallazgos neurobiológicos en subgrupos de pacientes con BN, lo que sustenta un rol para la impulsividad en este tipo de TCA.

El acto suicida con frecuencia se asocia a depresión y desesperanza pero requiere la presencia de factores capaces de reducir la inhibición de la conducta suicida, para que de esta forma se pueda realizar el intento de autoeliminación. La impulsividad es un factor que desinhibe el comportamiento y origina conductas de alto riesgo e incluso comportamientos suicidas, razón por la cual se asocia con intentos fallidos de suicidio o gestos suicidas. Existen diferentes definiciones de impulsividad, pero en general, se la considera como una predisposición a actuar en forma inmediata, una reacción no planeada a estímulos internos (tensión) o externos, sin tener en cuenta las consecuencias de los actos para los otros y para sí mismo. La impulsividad incrementa el riesgo de suicidio cuando se asocia con depresión o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas, en el marco de un trastorno de la conducta alimentaria. Se ha observado en diferentes estudios que la impulsividad se asocia con estresores intensos en la infancia, como rechazo, abandono, negligencia, maltrato o abuso sexual, que si bien no son la causa directa del aumento en la impulsividad sí contribuyen a desarrollar una expresión anormal de ésta y de la conducta agresiva, que puede manifestarse en la edad adulta como comportamientos impulsivos, conductas de autoagresión, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas o conformar un trastorno de personalidad del tipo antisocial o límite. Estos factores estresores se presentan frecuentemente como antecedentes en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Se ha descrito la existencia de una expresión más amplia de comportamientos impulsivos en pacientes con TCA. Los comportamientos automutilatorios y otras expresiones de impulsividad en pacientes con TCA han sido reportados entre el 25,4% y el 55,2%. De estudios realizados en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria, 13,5% tuvieron en algún momento un intento de suicidio. 23,2% se autolesionaban periódicamente: se cortaban en antebrazos o piernas, se golpeaban contra superficies, se cortaban y golpeaban de modo simultáneo o alternante, se producían quemaduras con cigarrillos y se mutilaban los dedos hasta sangrar o causarse dolor. El 55,5% de los que abusaban de sustancias frente al 15,7% de los no abusadores se autolesionaban de alguna forma. El intento de suicidio también fue mayor en los pacientes con consumo problemático de sustancias. El 33,3% de los que lo tenían frente al 9% de los que no abusaban de sustancias intentaron suicidarse en algún momento de su vida. Las automutilaciones, además, se asociaron significativamente con la exposición a experiencias traumáticas. 33% presentaba criterios diagnósticos de trastorno límite de la personalidad (6) (7).

Otro de los factores que hacen a algunos pacientes con trastornos alimentarios especialmente vulnerables a pensamientos suicidas y a actuar esos pensamientos es la búsqueda de perfeccionismo: la tendencia que algunas personas tienen de ajustarse a estándares constantemente imposibles y/o sintiendo la necesidad de satisfacer o de superar las expectativas elevadas de otros, fundamentalmente depositada en su cuerpo y "la imagen que éste les devuelve de sí mismos". Se destaca el aparente vínculo entre el perfeccionismo y el suicidio, predominando los rasgos de personalidad en los que dominan al paciente el ser duramente autocríticos, inseguros y dependientes. Están constantemente tratando de probarse a sí mismos, siempre están juzgándose, se sienten vulnerables a cualquier implicación posible de fracaso o crítica, y a menudo son incapaces de recurrir a los demás. Se ponen expectativas excesivas en uno mismo, sintiendo presión de otros (incluyendo a los padres o sociedad en general), o la celebración de otras personas a los estándares perfeccionistas, en este caso asociados a la percepción de su imagen corporal. El perfeccionismo se asocia con dolor psicológico intenso; los perfeccionistas tienen una "manera tortuosa de relacionarse con un uno mismo que encuentran deficiente". Sus vidas son típicamente estresantes y tienen dificultades para relacionarse con los demás", dejándolos aislados y carentes de

apoyo. "En medio de tal dolor", "los perfeccionistas pueden pensar, o participar, el suicidio como un medio para escapar de una vida que encuentran insoportable", tratando de llegar en los pacientes con bulimia y anorexia a un ideal de cuerpo que resulta inalcanzable.

La presencia de los trastornos relacionados con el uso de sustancias en los pacientes que buscan tratamiento por trastornos del comportamiento alimentario ha sido ampliamente descrita. Herzog señala una prevalencia global de abuso o dependencia de sustancias en el 17% de pacientes con TCA, con predominio en aquellas con síntomas purgativos y bulímicos, y una frecuencia mayor de abuso de cocaína, anfetaminas y marihuana (4). De igual manera, Bullik reportó una mayor tasa de consumo de alcohol en las pacientes con anorexia subtipo purgativo o con bulimia nerviosa (BN), y señaló un inicio primario del TCA en las dos terceras partes de los casos. Los rasgos de personalidad predominantes encontrados en estas pacientes fueron disregulación de la ansiedad, depresión, impulsividad y perfeccionismo. En relación al impacto de estas comorbilidades en el pronóstico, los estudios disponibles han planteado que la severidad de la depresión y el abuso de sustancias constituyen factores predictores de suicidio en pacientes con TCA.

La mortalidad en anorexia nerviosa es del 10%. Algunos estudios sugieren que el suicidio es la causa principal de la muerte refutando la presunción de que la inanición es la amenaza más grave de la vida de estas pacientes. Otros en cambio señalan que el suicidio es la segunda causa más común de óbitos siendo la primera causa complicaciones médicas y metabólicas. En la bulimia los hallazgos de depresión y síntomas psicopatológicos generales están muy relacionados con la ideación suicida y comportamientos auto lesivos deliberados. Las investigaciones encontraron altos índices del suicidio en pacientes con AN en un rango del 1.0 a 5.3%, mientras que las cifras del suicidio no parecen ser elevadas en bulimia. En cambio, las tentativas del suicidio ocurren en aproximadamente 3-20% de pacientes con anorexia y en 25-35% de pacientes con bulimia nerviosa.

Algunos estudios asocian un mayor riesgo suicida en pacientes con AN del tipo restrictivo con una tendencia al auto castigo y comportamiento antisocial, conductas de purga, dolencias físicas, baja tolerancia a la frustración, preocupaciones obsesivas o fóbicas.

Es importante destacar la necesidad de sensibilizar a padres, maestros y agentes de salud sobre la vital importancia de detectar tempranamente los factores de riesgo del suicidio para poder establecer un diagnóstico y un tratamiento correcto y oportuno.

## **Conclusión**

Dentro de las patologías presentes en género femenino, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) configuran cuadros sindromáticos importantes por su gravedad y cronicidad. Estos trastornos pueden conducir a la muerte debido a diversos factores biopsicosociales. Los intentos de suicidio se relacionan con altos niveles de impulsividad. Son más frecuentes en la bulimia nerviosa que en la anorexia nerviosa, y más frecuentes en los cuadros de anorexia del tipo purgativo que en los de anorexia restrictiva. Además, los pacientes con TCA presentan comorbilidad con abuso de sustancias psicoactivas o trastorno de personalidad límite y con otros comportamientos impulsivos como conductas de automutilación. Las conductas parasuicidas son frecuentes en los individuos con TCA de patrón purgativo, especialmente en quienes presentan conductas compensatorias, como autoinducción del vómito y abuso de laxantes y diuréticos. Las diversas alteraciones en el control de impulsos observadas en los pacientes con TCA sugieren una alteración en la biodisponibilidad de la serotonina, neurotransmisor que se relaciona con el comportamiento impulsivo, la conducta suicida y los trastornos del ánimo comorbidamente asociados. También se encuentra como factor altamente asociado en estos pacientes la búsqueda idealizada de un perfeccionismo corporal inalcanzable.

Es indispensable la psicoeducación y el trabajo interdisciplinario para detectar tempranamente los factores de riesgo de suicidio con el objeto de arribar a un diagnóstico y tratamiento correcto y oportuno a los fines de mejorar el pronóstico de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria.

## **Bibliografía**

Bobes García, J.; González Seijo, J.C.; Sáiz Martínez, PA. "Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas". Editorial Masson. Barcelona, España. 1997. (2)

Brewerton TD. Eating disorders, trauma and comorbidity: Focus on PTSD. *Eat Disord.* 2007; 15:285-304. (5)

Brown L, Russell J, Thornton C, Dunn S. Dissociation, abuse and the eating disorders: evidence from an Australian Population. *Aust N Z J Psychiatry.* 1999; 33:521-8.

Bulik CM, Klump KL, Thornton L, Kaplan AS, Devlin B, Fichter MM, et al. Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65:1000-6.

Espector, EM; Passero, LB. Responsabilidad legal de los profesionales y de los establecimientos asistenciales ante el paciente suicida. *Desarrollos en Psiquiatría Argentina.* Año 2-Nº4, Set./Oct. 1997 (3)

Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo MP. , Herzog DB. How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other? *Int J Eat Disor.* 2005; 38 200-7 (4).

Herzog DB, Franko DL, Dorer DJ, Keel PK, Jackson S, Manzo MP. Drug abuse in women with eating disorders. *Int J Eat Disor.* 2006; 39 (5):364-8. (4)

Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *Int J Eat Disord.* 1994;16:1-34.

Linnoila VMI, Virkkunen M, Aggression, suicidality and serotonin./ *Clin Psychiatry* 1992; 53 (suppl 10): 4651 (6).

Organización Mundial de la Salud, *Trastornos Mentales y Cerebrales de Salud Mental y Toxicomanías*, Ginebra 2000. (1)

*Revista Colombiana de Psiquiatría, versión impresa* ISSN 00347450

*rev.colomb.psiquiatr.* vol.42 supl.1 Bogotá dic. 2013 (7)

Vanderlinden, J, Vandereicken, W. Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders. Bristol: Brunner/Mazel; 1997.