



RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y EL COMPORTAMIENTO SUICIDA

Julio Sepúlveda Pérez, Laura Morillas Fernández, Helen Sanz Guerrero, Domingo Morillas Fernández, Alicia Morillas Fernández y Gabriel Font Valsecchi.

dr.juliosepulveda@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El trastorno dismórfico corporal (TDC) es una entidad considerada un trastorno somatomorfo. Es relativamente frecuente y prevalente en toda la sociedad, pero pese a ello muchas veces es subdiagnosticado o no reconocido oportunamente (1,2).

Puede llegar a ser un trastorno grave, y se caracteriza por la preocupación excesiva del paciente por un defecto leve o imaginario en su apariencia física, que no siempre puede ser objetivable. Esta sintomatología, en el paciente, suele asociarse al desarrollo, en muchos casos, de depresión, fobia social, comportamiento obsesivo-compulsivo, pudiendo entonces llegar a presentar actitudes autodestructivas o incluso, en casos más severos, el suicidio (1,3).

El TDC suele comenzar durante la adolescencia y generalmente se cronifica hasta la edad adulta, además que se puede presentar indistintamente tanto en hombres como en mujeres. Lo interesante es notar que la sintomatología suele ser subclínica al inicio, hasta que pasan algunos años, cuando recién aparecen las características de este trastorno (4). En todo sentido los adolescentes son un grupo muy vulnerable a diferentes aspectos del entorno, por lo que también parece esto influir en la alteración de aspectos personales. Los síntomas tampoco son del todo claros ya que pueden presentar diferentes tipos de deterioro escolar, baja autoestima, relaciones interpersonales, laborales, etc. (5) Pero contrariamente a la lógica, la adolescencia es un grupo etario en el que normalmente no se estudia este tipo de patología.

Para un diagnóstico preciso, debemos realizar un estudio detallado y completo del paciente. Por la importancia que tiene el hecho de poder diagnosticar oportunamente este trastorno, se pueden agrupar en tres características para facilitar la intervención: (6)

- Preocupación por un defecto imaginario en la apariencia o si existe una anomalía física leve la preocupación del paciente también es excesiva. Las preocupaciones comunes suelen centrarse en la piel, cabello o nariz, sin descartar otras partes del cuerpo.
- Esta preocupación causa angustia o deterioro significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras. Como es el caso de cualquier otro trastorno, los síntomas de

RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y EL COMPORTAMIENTO SUICIDA

angustia o depresión varían en gravedad, pero los pacientes suelen presentar una discapacidad importante respecto al relacionamiento social, ocupacional y/o académico.

- La angustia o preocupación no tiene como base otro trastorno mental relacionado. Es decir, si la preocupación en la apariencia va directamente relacionada con el peso, o si indica que tiene exceso de grasa, o si la persona cumple con criterios de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, el paciente debe ser diagnosticado con un trastorno alimentario y no TDC. Este criterio no excluye que si el paciente es diagnosticado de trastorno alimentario no pueda padecer también de TDC, porque ambas entidades frecuentemente son comórbidos.

Se entiende que puede existir una relación entre el TDC y el suicidio, tomando en cuenta que una persona se encuentra deprimida como consecuencia de una situación en la cual agrava o imagina un defecto corporal. Los pacientes no encuentran una solución a este hecho, pese a que lo intentan. Entonces como consecuencia algunos llegan a un estado psicológico en el que pueden intentar provocarse algún daño o suicidio. Sin embargo, este aspecto aparentemente no ha sido muy estudiado, ya que además se debe diferenciar la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio consumado.

MÉTODO

Se ha realizado una revisión sistemática en PubMed, utilizando para la búsqueda los términos "Trastorno Dismórfico Corporal" y "suicidio".

RESULTADOS

En la literatura revisada se incluye como parte de la clínica del TDC la ideación suicida o el intento de suicidio, concluyendo que el suicidio concretado va implícito y puede ser la consecuencia final de pacientes en estados muy graves de este trastorno.

Se muestra que entre el TDC y el suicidio existe una asociación muy alta, siendo que la ideación suicida o el intento de suicidio son situaciones prácticamente en la mayoría de los pacientes que presentan este trastorno, sin que esto quiera decir que se llega a consumir el hecho (7,8). Normalmente la comorbilidad es causa de esta elevada relación entre el TDC y la tendencia suicida (7).

Los síntomas del TDC pueden predecir el deseo suicida de cualquier paciente, lo que no significa que este manifieste la capacidad adquirida cometer este acto. Además un factor que normalmente marca esta relación es la depresión (9), y como muestra otro estudio, la

RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y EL COMPORTAMIENTO SUICIDA

vergüenza también puede influir directamente en el TDC, ya que esta emoción puede llegar a ser muy angustiante cuando una persona se juzga como mala, inútil u oculta el foco de su vergüenza, a lo cual responde aislándose o alejándose de los demás, lo que empeora su situación (10).

Es interesante también tomar los datos de una manera inversa, es decir, identificar a pacientes con ideación suicida y analizar la causalidad, tomando en cuenta el TDC y trastornos asociados. Es interesante notar entonces que el 70.5% de los pacientes con antecedentes de ideas suicidas son sujetos con TDC y casi la mitad pueden tener antecedentes de intentos, pero a menudo estas personas no revelan sus síntomas que pueden ser característicos del TDC al médico. Un estudio muestra entonces que la depresión mayor se asocia también a ideación suicida, pero no intento de suicidio. Los intentos de suicidio suelen asociarse con creencias de apariencia delirante, estrés postraumático, trastornos alimentarios o por consumo de sustancias (11).

Está claro que existe una correlación entre el TDC y la ideación suicida, pero existen pocos reportes de pacientes que hayan cometido suicidio estando en tratamiento y/o diagnosticados de este trastorno, pero aun así representan una estadística elevada (8).

Entonces es necesario identificar pacientes que son susceptibles a tener el TDC asociado a comportamientos suicidas, para lo que existen situaciones que podemos tomar en cuenta, como ser (12):

- Presencia de comorbilidad psiquiátrica (trastorno depresivo mayor, consumo de sustancias, estrés postraumático).
- Cuando el defecto (leve o imaginario) que refiere el paciente se convierte en patología psiquiátrica.
- Cuando se presentan factores estresantes psicosociales (duelo, violencia).
- Presencia de una alta carga de cronicidad.
- Presencia del defecto en región facial.
- Cuando se presenta exclusión social.
- Si el paciente toma medicación que puede causar el comportamiento suicida como efecto secundario.
- En caso que se experimenten reacciones graves a medicamentos psicotrópicos medicados a pacientes psiquiátricos.

RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y EL COMPORTAMIENTO SUICIDA

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Llama la atención que exista un número tan reducido de artículos o estudios que muestren la relación entre el TDC y los comportamientos suicidas, pese que se sobreentiende la asociación entre ambos. Además q estos estudios no cuentan con una alta calidad metodológica.

La carga percibida por cada persona acerca de alguna alteración física, evidenciable o no, es definitivamente diferente e individual, por lo que se debería tomar en cuenta a cada paciente que pueda tener el TDC como un ser único, examinándolo detalladamente, y no solamente guiándonos por parámetros generalizados de diagnóstico y tratamiento.

Sería muy interesante poder contar con estudios que investiguen si es que el TDC es consecuencia del ambiente social en el que se desarrolla una persona, ya que si existe la vergüenza social lógicamente puede llegarse a la depresión y/o aislamiento, convirtiéndose en un círculo asociado al TDC.

Tener una ideación suicida no significa llegar a cometer el acto, pero es alarmante notar el alto porcentaje que representa el hecho de padecer TDC y pensar en el suicidio. Esto puede agravarse porque el TDC es una patología que puede estar presente por toda la vida, convirtiendo al paciente en una "bomba de tiempo", ya que si en cualquier momento de su vida se asocia alguna alteración que llegue a ahondar una afectación psicológica, puede llegar a consumir el intento de suicidio.

El consumo de sustancias en la actualidad está presente prácticamente en todos los grupos etarios y sociedades, considerándose una posible salida para cualquier aspecto psicológico, siendo algo completamente alejado de la verdad, más al contrario, el hecho de confluir los dos trastornos aumentan significativamente no sólo la ideación suicida, sino el intento también.

Queda claro entonces que el TDC no es una entidad que por sí sola provoca los comportamientos suicidas, sino existen factores o situaciones de comorbilidad que se presentan habitualmente en los pacientes. Cualquier situación de depresión mayor se asocia a pensamiento o intento de suicidio, y normalmente un paciente con aislamiento o vergüenza social por una apreciación, cierta o no, del aspecto físico puede llegar a la depresión.

Normalmente no es el Psicólogo o el Psiquiatra quien tiene el primer contacto con los pacientes con el TDC, sino son los Médicos Estéticos, Cirujanos Estéticos o Dermatólogos los que suelen hacerlo, por lo que siempre debe haber un trabajo conjunto y actualizado para identificar a cada paciente que pueda presentar el TDC. Puede inferirse que muchos pacientes son subdiagnosticados ya que pueden someterse a diferentes tratamientos estéticos o cambiar de médico tratante, sin encontrar ningún resultado satisfactorio, lo que empeora la situación, y es otra razón por la cual tener un trabajo multidisciplinario es fundamental, porque al tener

RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y EL COMPORTAMIENTO SUICIDA

alguna sospecha que un paciente tiene signo-sintomatología de TDC se debiera derivar al personal calificado.

El riesgo de presentar comportamientos suicidas en pacientes con TDC aumenta en los adolescentes o adultos jóvenes, ya que la tendencia estética actual hacia estereotipos idealizados, la sociedad y los trastornos cutáneos propios de la edad, convierten a este grupo en muy vulnerable a los comportamientos suicidas. Es muy complicado poder identificar en este grupo etario a los pacientes que presentan este trastorno, siendo que normalmente atribuimos ciertos comportamientos a propios de la edad.

Deberíamos poder contar con medios prácticos para poder diagnosticar lo más precozmente a los pacientes que presenten síntomas del TDC, no sólo porque así podremos actuar de manera temprana, sino que podemos prevenir una serie de situaciones que empeoran el cuadro, desencadenando problemas insospechados. Además que es una patología que tiene un inicio temprano y suele permanecer por el resto de la vida.

Consideramos entonces que el TDC debe ser más y mejor estudiado, no como una entidad única o aislada, sino como parte de un conjunto con causas, desencadenantes, agravantes, patologías asociadas, etc, para poder ser diagnosticada y tratada oportunamente con el personal calificado para cada caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grau K, Fegert JM, Allroggen M, Z Kinder. Body dysmorphic disorder. *Jugendpsychiatr Psychother.* 2015 Jan; 43(1):29-35.
2. Fang A, Matheny NL, Wilhelm S. Body dysmorphic disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2014 Sep; 37(3):287-300.
3. Mehler-Wex C, Warnke A. Dismorfofobia. *Fortschr Med.* 2006 Mar; (10): 37-99.
4. Bjornsson AS, Didie ER, Grant JE, Menard W, Stalker E, Phillips KA. Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2013 Oct; 54(7):893-903.
5. Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg. RB Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res.* 2006 Mar; 141(3):305-14.
6. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010; 12(2):221-32.

RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y EL COMPORTAMIENTO SUICIDA

7. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016 Nov;49:55-66.
8. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry.* 2006 Jul; 163(7):1280-2.
9. Shaw AM, Arditte Hall KA, Rosenfield E, Timpano KR. Body dysmorphic disorder symptoms and risk for suicide: The role of depression. *Body Image.* 2016 Dec; 19:169-174.
10. Weingarden H, Renshaw KD, Wilhelm S, Tangney JP, DiMauro J. Anxiety and Shame as Risk Factors for Depression, Suicidality, and Functional Impairment in Body Dysmorphic Disorder and Obsessive Compulsive Disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2016 Nov; 204(11):832-839.
11. Phillips KA, Coles ME, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg RB. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005 Jun; 66(6):717-25.
12. Gupta MA, Pur DR, Vujcic B, Gupta AK. Suicidal behaviors in the dermatology patient. *Clin Dermatol.* 2017 May - Jun; 35(3):302-311.