

Riesgo suicida y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres.

Vega, Verónica, Piccini Vega, Marta, Barrionuevo, José, Tocci, Romina, Sanchez, Magali Luz, Moncaut, Natalia Sabrina, Roitman, Denise, Diumenjo, Angeles, Menis, Alejandra y Gallo, Jennifer.

Cita:

Vega, Verónica, Piccini Vega, Marta, Barrionuevo, José, Tocci, Romina, Sanchez, Magali Luz, Moncaut, Natalia Sabrina, Roitman, Denise, Diumenjo, Angeles, Menis, Alejandra y Gallo, Jennifer (2009). *Riesgo suicida y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-020/196>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eYG7/4td>

RIESGO SUICIDA Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MUJERES

Vega, Verónica; Piccini Vega, Marta; Barrionuevo, José; Tocci, Romina; Sanchez, Magali Luz; Moncaut, Natalia Sabrina; Roitman, Denise; Diumenjo, Angeles; Menis, Alejandra; Gallo, Jennifer
Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

El siguiente trabajo examina el vínculo entre 2 preocupaciones actuales en la clínica con adolescentes. Se trata de los intentos de suicidio y los TCA. Para ello, durante 2008 se concurre a escuelas públicas de un Distrito bonaerense y se aplicaron 2 cuestionarios (Beck Depression Inventory y Eating Attitude Test-26), obteniéndose una muestra de 700 adolescentes mujeres de 12 a 21 años de edad (media 16.04). Los resultados arrojan una asociación entre ambas variables. Se analiza aquí dicha asociación: TCA-Suicidio en cada fase de la adolescencia (temprana, media y tardía); confirmando correlaciones y hallando diferencias significativas en relación a las edades y las escalas del EAT-26. Se observan otros ítems del BDI predictivos del riesgo suicida. Conclusiones: Los resultados hallados confirman la clínica y la literatura que vincula a los TCA con el intento de suicidio. Se sugiere ahondar en el estudio de la comorbilidad de ambas variables para poder construir políticas de prevención acordes a nuestro país.

Palabras clave

Adolescencia Suicidio TCA

ABSTRACT

SUICIDAL RISK AND EATING DISORDERS IN ADOLESCENTS WOMEN

The following paper examines the association between 2 present preoccupations in the clinic with adolescents. They are the suicide attempts and Eating Disorders (ED). During 2008, female pupils of state schools of a Buenos Aires District completed 2 questionnaires (Beck Depression Inventory y Eating Attitude Test-26), obtaining a sample of 700 female adolescent of 12 to 21 years old (average 16.04). Results show an association between both variables. Association between ED and Suicide is analyzed in each phase of the adolescence (early, middle and late); correlations are confirmed and significant differences are found in relation to the ages and the scales of the EAT-26. Other items of the BDI are observed as predictors of suicidal risk. Conclusions: Results confirm the clinical and the literature that ties ED to suicide attempt. It is suggested to go deep in the study of the comorbidity of both variables to be able to construct policies of prevention according to our country.

Key words

Adolescence Suicide Eating Disorders

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

El siguiente trabajo se ocupa de un tema de interés y de preocupación en el campo de la clínica y la investigación con adolescentes y Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Se trata de las ideas e intentos suicidas; una de las problemáticas actuales más acuciantes. Estos aparecen cada vez con mayor frecuencia en la población adolescente. Según la OMS (WHO 2003), el mayor porcentaje de suicidio femenino (25%) se dio entre los 15 a 24 años. Diversas investigaciones correlacionaron los intentos de suicidio con los TCA y hallaron mayor prevalencia entre quienes tenían conductas purgativas (Vega Piñeiro, et. al., 2002). De hecho, aún en los casos de AN, las estadísticas indican que la muerte por

suicidio es más frecuente que la muerte por inanición (Vega Piñeiro, et. al., 2002; Pompili, et al. 2006).

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

La **Adolescencia** es una fase de transición de la niñez a la adultez. Es uno de los momentos más vulnerables para el ser humano; probablemente porque la idea de muerte se establece como escenario sobre el cual se montan trabajos psíquicos "normales" tales como el "asesinato simbólico de los padres" (Winnicott, 1971) y el trabajo de duelo -imprescindible para la construcción de un proyecto subjetivo, aunque también riesgoso para quienes cuentan con un yo lábil-. La adolescencia se divide en 3 subfases: temprana, media y tardía, cada una de las cuales posee un grado creciente de complejización mental respecto a la anterior. A grandes rasgos, la fase temprana es un momento en el cual frente a los duelos a elaborar, el sujeto recurre a la desmentida con el fin de conservar la hegemonía narcisista que se ve amenazada con los cambios puberales; la fase media tiene mayor retracción, nostalgia y anhelo debido al enfrentamiento del trabajo de duelo con el fin de no seguir el mismo destino que el objeto perdido (Freud, 1917) y la tardía apunta al logro de proyectos subjetivos propios y la consolidación del carácter -entre otros. Por otra parte, los **TCA** constituyen uno de los problemas de salud con mayor incidencia y prevalencia en la actualidad (Iglesias, 2003; Vega, 2004). Se trata de una serie de manifestaciones multideterminadas, que se desarrollan sobre una personalidad deficitaria de base, donde la autoestima y el sentimiento de existencia se encuentran ligados a una imagen idealizada de la delgadez extrema. Se acompaña de síntomas secundarios a las conductas desarrolladas para lograr tal ideal (ayunos, atracones, vómitos ó ingesta de pastillas, etc.). Aparecen con mayor incidencia en la adolescencia y es especialmente prevalente en las mujeres (American Psychiatric Association, 1995; Dio Bleichmar, 2000; Vega, 2004). Se conocen 2 tipos de TCA específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Según una investigación realizada por la Cátedra I de Adolescencia durante 2001/02 con 54 pacientes con TCA, el 48% había tenido intentos de suicidio y otro 38% ideaciones suicidas (Piccini, Quiroga, Vega, et al., 2004). No hay dudas sobre la relación entre los TCA y la depresión (Cooley & Toray, 2001; Stice & Bearman, 2001; Zaider, et.al. 2002) aunque la controversia se centra en la cuestión temporal, siendo difícil de establecer si la depresión precede o es consecuencia de un TCA. También se puede rastrear en estos pacientes aspectos melancólicos (culpa, reproches, superyó sádico), impulsivos (al estilo de los pacientes borderlines, atracones), un estancamiento libidinal, un componente masoquista; todo lo cual contribuye a la aparición de los **intentos de suicidios**. El superyó sádico tiene capital importancia pues a través de él se pone en juego en los TCA un ideal mortífero y tramposo: el de ser cadáveres vivientes. Reproches, castigos, actings y muerte, dirigidos a un objeto interno con el cual el sujeto está identificado de manera primitiva y del que no puede separarse-individualizarse (Mahler, 1957).

El **suicidio** para Freud es una manifestación de la pulsión de muerte contra el propio yo. La desmezcla entre pulsiones de vida y de muerte, libera cantidades significativas de un intento de vuelta a lo inorgánico, así la autoagresión y la cólera pretenden destruir toda manifestación vital, toda ligazón erótica de la mente. La pulsión de autoconservación queda pues, trastocada bajo el imperativo de dañarse y no de protegerse a sí mismo (Freud, 1940^a). Una falla en el vínculo temprano con la madre (tales como las de muchos TCA) implicará efectos de déficit narcisista ligados a una dificultad simbólica de lograr la segunda separación-individuación necesaria para la autonomía psíquica. En ocasiones; el acto suicida es la manera de intentar encontrar dicha separación, en otras es simplemente demostrar la no existencia del sujeto.

METODOLOGÍA

Objetivos. 1) Obtener prevalencia de probable TCA y su asociación con el ítem 9 del BDI (Ideación Suicida) en una muestra no clínica y 2) Indagar si existe asociación entre TCA e ideación suicida en las fases de la adolescencia: temprana, media y tardía y en las 3 escalas del EAT-26: Dietante, Bulimia y Control; con el fin de detectar grupos de riesgo que permitan construir políticas de prevención. **Procedimiento.** En el año 2008, la Cátedra comenzó

con un nuevo estudio bietápico en el marco de un Proyecto UBACyT[i]. La primera fase de dicho estudio consistió en prevención de TCA y actualizar datos epidemiológicos con el EAT-26 (mismo instrumento de estudios anteriores; Vega et al., 2003, Vega, 2004). Se trabajó con una muestra conformada por alumnas de 7 Escuelas públicas del Distrito Avellaneda. También se obtuvieron datos sobre los niveles de Depresión y el riesgo suicida que las alumnas presentaban mediante el BDI (Beck, 1972). **Instrumentos:** Se aplicaron de manera auto-administrada 2 cuestionarios: **1)** Beck Depression Inventory-BDI (Beck, 1972) y **2)** Eating Attitude Test-26 -EAT-26 (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). Debido a que la población escolar abarcaba las 3 fases de la adolescencia, el estudio epidemiológico permitió no sólo correlacionar el ítem de suicidio con el EAT-26, sino también observar si existían diferencias en relación a las edades. **Sujetos** N= 700 adolescentes. Rango: 12 a 21 años. Media de edad: 16.04 y Desviación Típica: 1.57.

RESULTADOS

• **Riesgo de TCA (14,6%) Ideación Suicida (17,14%):**

De la muestra de 700 adolescentes mujeres, el 14,6% (n=102) presenta riesgo para desarrollar un TCA, no habiendo diferencias significativas según edades.

En relación a la ideación suicida (*ítem 9 de BDI*); ésta se presenta en el 17,14% (n=120) de la muestra total, desglosados de la siguiente manera:

Tabla 1. Distribución del ítem 9 de BDI en el total de la muestra (n=700)

Ítem 9 del BDI	Porcentajes	Nº casos
No tengo ninguna idea de matarme	82,85%	580
Tengo ideas de matarme pero no las llevo a cabo	14 %	98
Me gustaría matarme	0,58%	4
Me mataría si tuviera la oportunidad	2,57%	18
Totales	100%	N= 700

• **El vínculo entre las variables TCA e Ideación Suicida:**

Ideación Suicida en TCA: de las 102 adolescentes con TCA, el 36,27% presentan ideación suicida (n=37), desglosada en la Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de las ideas suicidas en población con TCA (n=102)

Ítem 9 del BDI	Porcentajes	Nº casos
No tengo ninguna idea de matarme	63,72%	65
Tengo ideas de matarme pero no las llevo a cabo	30,39 %	31
Me gustaría matarme	1,96%	2
Me mataría si tuviera la oportunidad	3,92%	4
Totales	100%	N= 102

TCA en chicas con ideación Suicida: de las 120 adolescentes con Ideación suicida, 30,83 % presentan además TCA (n=37). En la Tabla 3 se desglosa como se distribuyen las adolescentes con TCA según su la ideación suicida.

Tabla 3. Distribución de adolescentes c/ TCA según la ideación suicida (n=37)

Ítem 9 del BDI	Porcentajes	Nº casos
Tengo ideas de matarme pero no las llevo a cabo	83,78%	31
Me gustaría matarme	5,4%	2
Me mataría si tuviera la oportunidad	10,8%	4
Totales	100%	N=37

Se analiza si existe correlación entre el ítem 9 del BDI, y el total del EAT-26 y sus escalas. Se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman. El ítem 9 correlaciona con todas las escalas del EAT-26 y con el total. Si bien el porcentaje de varianza explicada es en general bajo, el más alto pertenece a la escala BU (7.78%). Tabla 4.

Tabla 4. Correlaciones Suicidio/ Escalas EAT-26 y Total EAT-26

		DI	BU	CO	TCA
Item 9	Rho de Spearman	,186	,279	,205	,235
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,005	,000
	N	700	700	700	700

Se analizaron las correlaciones del ítem 9 en cada fase de la adolescencia en relación a cada escala del EAT-26; de ello resulta que: 1) El suicidio y las conductas dietantes correlacionan en la adolescencia media, 2) El suicidio y la escala BU correlacionan en la adolescencia media y tardía, y 3) El suicidio en la adolescencia temprana no parece estar asociado a conductas alimentarias patológicas. Las diferencias encontradas, se repiten en las magnitudes de efecto, lo que significa que no pueden ser atribuidas al tamaño de cada muestra. Tabla 5.

Tabla 5. Correlaciones Suicidio/ Escalas EAT-26, Total Eat-26 y Edades.

		DI	BU	CO	TCA
Adolescencia Temprana	Item 9				
	Rho de Spearman	,083	,156	,012	,111
	Sig. (bilateral)	,385	,103 (a 1 cola sig. .052)	,900	,247
	N	111	111	111	111
Adolescencia Media	Item 9				
	Rho de Spearman	,247	,326	,119	,290
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,010	,000
	N	462	462	462	462
Adolescencia Tardía	Item 9				
	Rho de Spearman	,034	,261	,156	,145
	Sig. bilateral	,704	,003	,081 (a 1 cola= .052)	,104 (a 1 cola= .052)
	N	127	127	127	127

Se analiza por medio de la regresión Lineal- Método de Pasos sucesivos, qué otros ítems del BDI son predictores del ítem que indaga ideación suicida. Para reducir la asimetría de las variables se les aplica una transformación de raíz cuadrada y las variables así transformadas se utilizan para el cálculo. Los ítems del BDI que mejor predicen el resultado del ítem 9 son: 3, 5, 1, 7, 6, 16 y 8; en ese orden de importancia y explican el 25.7% de la varianza.

El ítem 3 del BDI evalúa sensación de fracaso, el 5: sentimiento de culpa, el 1: tristeza, el 7: disconformidad con uno mismo, el 6: castigo, el 16: insomnio y el 8: autorreproches.

CONCLUSIONES

En concordancia con otras investigaciones, los resultados arrojaron un alto porcentaje (36,27%) de ideación suicida entre las adolescentes con TCA; este porcentaje disminuía a menos de la mitad cuando la población investigada incluía a todas las adolescentes de la muestra, es decir a quienes no tenían TCA (17,15%). En el mismo sentido, al estudiar a las adolescentes con riesgo suicida, una proporción elevada (30,83%) presentaba síntomas y signos de probable TCA. Desde el punto de vista cualitativo, al indagar las distintas opciones de respuesta en el ítem 9; se observa que cada respuesta que indicaba ideación suicida obtenía un porcentaje en la población con TCA que era más del doble que el de la población total. Así, por ejemplo: la opción “*a veces tengo ideas de matarme...*” fue elegida por el 14% de la muestra total y ascendía al 30.39% en la población TCA. La opción “*Me gustaría poder matarme*” fue seleccionada por el 0,58% de la muestra total y se triplicaba al 1,96% de la muestra TCA y la opción “*me mataría si tuviera la oportunidad*” ascendía del 2,57% de la población total; al 3,92% en la población TCA. Los resultados de los análisis cuantitativos y cualitativos ratifican las conclusiones de otros investigadores así como lo expresado en el marco teórico en relación a que las adolescentes con TCA presentan mayor riesgo suicida que sus pares sin dichos trastornos.

Por otra parte, se ha visto cómo el ítem 9 del BDI correlaciona con

todas las escalas del EAT-26 y con el total, pero principalmente con la escala Bulimia; siendo en ésta el mayor porcentaje de varianza explicada encontrado. Esto confirma también lo expuesto por otros investigadores en el sentido de una asociación mayor entre riesgo suicida y conductas bulímicas.

En la adolescencia temprana el riesgo suicida no parece estar asociado a los TCA, en la adolescencia media el suicidio correlaciona con conductas dietantes y bulímicas y en la tardía solo con conductas bulímicas. Tal como se indicó en los resultados, se hallaron 7 ítems predictores del riesgo suicida: A saber: sensación de fracaso (ítem 3), sentimiento de culpa (ítem 5), tristeza (ítem 1), disconformidad con uno mismo (ítem 7), castigo (ítem 6), insomnio (ítem 16) y autorreproches (ítem 8). Como se ha expuesto en el marco teórico, es frecuente hallar entre los pacientes con intentos de suicidio, aspectos de la personalidad ligados a rasgos melancólicos tales como la culpa, la necesidad de castigo y los autorreproches. A su vez, la ideación suicida guarda estrecha relación con los trastornos del estado de ánimo, principalmente con la depresión, cuya principal manifestación es la tristeza. Todo esto sumado a un superyó severo, de características sádicas; contrapunto de un componente masoquista en el yo; genera sentimientos de ineficacia, frustración y decepción sobre sí mismo por no alcanzar los ideales del yo que son demasiado exigentes y elevados. Si bien no se encuentra una explicación psicológica, es destacable cómo el insomnio parece ser un factor de riesgo para la aparición de ideas suicidas. Se sugiere ahondar en la investigación de dicha asociación; relacionando suicidio/insomnio/TCA, puesto que las conductas bulímicas en general tienden a favorecer el dormir y por el contrario el suicidio, aunque está asociado principalmente con conductas BU, aparece ligado al insomnio.

NOTAS

[i] Proyecto UBACyT P416: Programación Científica 2008-2010. "*Tipos de Apego en Adolescentes Mujeres con Trastornos de la Conducta Alimentaria*". Directora: Lic. Marta Piccini, Codirectores: Lic. José Barrionuevo y Dra. Verónica Vega. Los autores agradecen al Prof. Juan Carlos Argibay quien realizó y supervisó parte de la tarea estadística de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). DSM-IV®. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A Barcelona, España.
- BECK, A.T. (1972). Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press
- CONDE, V., & USEROS, E. (1974). El inventario para la medida de la depresión de Beck. Revista de Psiquiatría Psicología Médica de Europa y América Latina, 12, 153-167.
- COOLEY, E. & TORAY, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. International Journal of Eating Disorders, 30, 28-36.
- DIO BLEICHMAR, E. (2000). Anorexia/ bulimia. Un intento de ordenamiento desde el Enfoque Modular- Transformacional. Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis, 4. Extraído el 8 de Marzo de 2009, de <http://www.aperturas.org>
- FREUD, S. (1917) [1915]. Duelo y melancolía. Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu Editores, Vol. XIV, 1985.
- FREUD, S. (1940a) [1938]. Esquema del Psicoanálisis. .O.C. Bs.As. A.E., Vol. XXIII, 1979.
- GARNER, D.M.; OLMSTED, M.P.; BOHR, Y. & GARFINKEL, P.E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine, 12, 871-878.
- IGLESÍAS, M. (2003, Noviembre 23). La anorexia y la bulimia avanzan cada vez más entre los hombres. Diario Clarín-Sección: Sociedad, pp. 38-39.
- MAHLER, M. (1957). On two crucial phases of integration concerning problems of identity: separation, individuation and bisexual Identity. Resumido en el Panel Problemas de Identidad (D. Rubinfine). J.of American Psychoanalytic Assoc. 6, 1958
- PICCINI, M.; QUIROGA, S.; VEGA, V.; PARADISO, L.; CRYAN, GIMENÉZ, A.C.; FENOCHIETI, S.; NIEVAS, E. (2004). Prevención, asistencia e investigación en un Servicio de psicología para adolescentes con patologías de la autodestrucción. Temas de adolescencia. Cuaderno3: Depresión y suicidio en la adolescencia actual. Of. Publicaciones, Fac.Psicología, UBA, 2004.
- POMPILI, M.; GIRARDI, P.; TATARELLI, G.; RUBERTO, A.; TATARELLI, R. (2006). Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. Eating Behaviors, 7(4), 384-394.

STICE, E. & BEARMAN, S.K. (2001). Body image and eating disturbances prospectively predict growth in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. Developmental Psychology, 37, 597-607.

VEGA, V. (2003) y QUIROGA, S. Trastornos alimentarios e imagen corporal en mujeres adolescentes. Memorias de las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA. Salud, Educación, Justicia y Trabajo, Tomo I, 113-115.

VEGA, V. (2004). Epidemiología de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en población escolar adolescente. Memorias de las XI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA. Psicología, sociedad y cultura, Tomo I, 94-95.

VEGA, V. (2005). Conducta sexual y género en mujeres adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de Doctorado no publicada, Facultad de Psicología, Universidad de Bs.As.

VEGA-PIÑERO, M.; BLASCO-FONTECILLA, H.; BACA-GARCÍA, E. & DÍAZ-SASTRE, C. (2002). El suicidio. Revista de Salud Global, 2(4). Extraída el 23 de Marzo de 2009, de <http://www.grupoaulamedica.com>.

WINNICOTT, D. (1971). Realidad y juego. Barcelona: Gedisa.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO (2003). Number of suicides by age group and gender. ARGENTINA, 2003. Extraído el 21 de Marzo de 2009, de http://www.who.int/entity/mental_health/media/arge.pdf

ZAIDER, T.; JOHNSON, J. & COCKELL, S. (2002). Psychiatric Disorders Associated with the Onset and Persistence of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder During Adolescence. Journal of Youth and Adolescence, 31(5), 319-329.