

Medicent Electrón. 2014 jul.-sep.;18(3)

**HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DOCENTE
“CMDTE. MANUEL FAJARDO RIVERO”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

INFORME DE CASO**Trastorno dismórfico corporal****Body dysmorphic disorder**

Dra. Dailene García Abreu¹, MSc. Miguel Ojeda Vicente², Lic. Eráclides José Ferrer Gutiérrez³

1. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Cmdte. Manuel Fajardo Rivero”. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: pmpmfr@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría, Máster en Salud Pública. Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Cmdte. Manuel Fajardo Rivero”. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
3. Licenciado en Psicología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Cmdte. Manuel Fajardo Rivero”. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

DeCS: trastorno dismórfico corporal/terapia.

DeCS: body dysmorphic disorders/therapy.

Desear una imagen perfecta no significa padecer un trastorno psicológico, pero cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con este no se adecuan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia en forma de ideas sobrevaloradas y generan malestar, lo que interfiere negativamente en la vida cotidiana; entonces se pueden convertir en un problema clínico.¹

El trastorno dismorfofóbico corporal se define como una preocupación excesiva, fuera de lo normal y persistente, de un defecto físico, ya sea real o imaginado,¹ muchas veces asociados a otras enfermedades, como los trastornos obsesivo compulsivo y de la personalidad. Este cuadro psicopatológico fue descrito por primera vez en 1891 por el italiano Enrico Morselli (1852-1929), quien acuñó el término en 1896. En su práctica, Freud tuvo al menos un paciente con este trastorno: el aristócrata ruso Sergei Pankejeff, tildado como “el hombre de los lobos (der Wolfsmann)” por Freud, para proteger su identidad, por la preocupación excesiva de este por su nariz.

Es un trastorno mental que genera una imagen distorsionada del propio cuerpo. Se les diagnostica a aquellas personas que son extremadamente críticas de su físico o imagen corporal, aunque no presenten un defecto o deformación que lo justifique. Los que padecen de dismorfofobia frecuentemente evitan el contacto social e, incluso, mirarse en el espejo, por miedo a ser rechazados por su fealdad. O pudieran hacer lo contrario: mirarse excesivamente en el espejo y criticar sus defectos.²

Sus principales obsesiones son: la piel, cara, genitales, arrugas, dientes, pecho, nalgas, cicatrices, asimetría facial, vello facial, labios, nariz; esto causa en la vida cotidiana un deterioro en los escenarios laboral, educativo, relaciones interpersonales y otras áreas de su vida, lo que incluye, en ocasiones, evitar aparecer en público e ir a la escuela o a trabajar. En casos extremos, se pueden producir intentos de suicidio.²

Algunos rasgos de personalidad asociados son: inseguridad, sensibilidad, rasgos obsesivos, ansiosos, narcisistas o hipocondriacos.²

Investigaciones recientes,³ mediante visualización de escáneres cerebrales, ponen de manifiesto que el cerebro de estas personas es, en principio, estructuralmente normal, pero funciona de modo anormal⁴ cuando procesa los detalles visuales.

Entre un 23 y un 40 % se somete a cirugías plásticas, y un 12 % practica tratamientos dermatológicos.⁵

Presentación del paciente

Paciente femenina de 20 años, hija menor, tiene un hermano cinco años mayor, y vive con su mamá.

Manifiesta dificultades en el contacto interpersonal; en el examen psiquiátrico, se observan uñas cortas y sin arreglar, cabello arreglado y limpio, cejas tatuadas pero ocultas por el empleo permanente de gafas, viste acorde a su edad. La madre comunica que todo comenzó a los 11 años, cuando se produjo un cambio en su comportamiento: lloraba con frecuencia y manifestaba rechazo hacia la escuela por padecer complejos, a causa de las burlas que hacían los compañeros sobre su barbilla; luego, a los 14 años, el defecto percibido se trasladó hacia la nariz, lo que la condujo a autolesionarse, por lo que debieron operarla a causa del daño que se infligió; a los 18, le preocuparon más las cejas, por lo que se las depiló y llegó a tatuárselas; actualmente se arrepiente de ello porque considera que su apariencia empeoró. No refiere defectos en otras áreas del cuerpo.

Se aprecian dificultades en la atención pasiva (hipervigilancia), pues todo lo relaciona con lo que cree que las personas hablan acerca de su físico. En cuanto a la orientación, no se detectan dificultades.

Aunque el diagnóstico se basa en la anamnesis, se realizaron los siguientes estudios psicométricos, con la finalidad de explorar la personalidad, confirmar la presencia de síntomas de depresión y ansiedad y descartar organicidad: Cattel, Barsit, Machover, Bender, Zung y Conde, Apraxia, Rombo afectivo, Vulnerabilidad al estrés, El árbol (Koch), Beck, IPJ, 16PF, Recogida de síntomas, Mi vida anterior y mi vida actual, los cuales fueron evaluados por un psicólogo, quien refiere que se trata de una muchacha con baja autoestima, que padece complejos, con tendencias paranoides, necesidad de reconocimiento y apoyo, marcada preocupación por su apariencia física, tímida, dependiente, con sentimientos de inseguridad e inferioridad frente a las críticas y el medio ambiente, inhibida, con presencia de patrones obsesivos y preocupación por el orden, capacidades intelectuales conservadas, enseñanza media superior vencida, sin dificultades docentes. Refiere que percibe sensaciones imprecisas y desagradables en el área del cuello (cenestopatía) y, asimismo, alucinaciones de tipo verbal. Manifiesta ideas fóbricas que se expresan en el temor a interactuar con las personas para, supuestamente, evitar la crítica, pues considera que todos hablan sobre su supuesto defecto físico; evidencia, además, ideas delirantes sistematizadas, al existir un pensamiento central: «hablan de ella y de sus cejas».

En cuanto a las funciones afectivas, como resultado de las pruebas practicadas y de la entrevista, la paciente transita con ansiedad acompañada de una profunda depresión, lo cual afecta su comportamiento.

La conducta se ve afectada al existir trastornos del sueño: insomnio, hipersomnio, pesadillas, con una temática única: siempre la están matando. Presenta hipoerotismo, manifestado en la disminución del deseo sexual.

Se concluye que la paciente cumple con todos los criterios para el diagnóstico de: trastorno dismórfico corporal.

En cuanto al tratamiento psicológico, se empleó la psicoeducación que se indica para el paciente ansioso, con entrenamiento en técnicas de relajación y modificación de rituales, como una terapia cognitivo conductual.

Se emplearon altas dosis de sertralina, a partir de lo establecido por la literatura, que considera los inhibidores de la recaptación de serotonina como fármacos de elección; para este trastorno

además, se asociaron al tratamiento los neurolépticos, en este caso el risperidone. Hasta la fecha, la paciente continúa estable y medicada.

Comentario

Al valorar la descripción clínica en esta paciente, se cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno dismórfico corporal, según varias clasificaciones internacionales, y se considera la más reciente: el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición (DSM-IV, por su sigla en inglés).⁶

Como se pudo observar, desde los 11 años la paciente sufre este trastorno, pero no había sido diagnosticado, por lo que no se obtuvieron resultados positivos hasta su valoración en este centro. Los terapeutas suelen confundir este cuadro con la esquizofrenia, el trastorno esquizoide de la personalidad u otras enfermedades⁵, en especial, porque los pacientes ocultan sus síntomas y, en muchos casos, se resisten a acudir a la consulta.

En esta paciente, el diagnóstico se pudo realizar por la compenetración que lograron los terapeutas, lo que permitió que expresara sus síntomas con claridad. Se pudo observar que una vez lograda la empatía, la comunicación resultó excelente y expresó sus complejos desde la infancia hasta la tortuosa vida que lleva actualmente.

Esta enfermedad es poco común en nuestro medio, y es difícil de diagnosticar en el mundo y en Cuba, debido a que la mayor parte de los pacientes ocultan sus síntomas. Su tratamiento ha sido satisfactorio en la actualidad, por el surgimiento de nuevos fármacos antidepresivos,^{2,3} los que están siendo introducidos en nuestro sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arcas M. Sobre un caso de trastorno dismórfico corporal. Alcmeon. Rev Argentina Clín Neuropsiquiatr. 2009 mar.;15(3):156-91.
2. Bjomsson AS, Didie ER, Phillys KA. Body dysmorphic disorder. Dialogues Clin Neurosci. 2010;12(2):221-32.
3. Cruzado L, Vásquez E, Huavi J. Trastorno dismórfico corporal con desenlace fatal. Reporte de un caso. An Fac Med. 2010 ene.-mar.;71(1):51-3.
4. Behar R, Molinari D. Dismorfobia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en poblaciones masculinas. Rev Méd Chile 2010;138:1386-94.
5. López Santín JM, Molins Gálvez F. Ideas sobrevaloradas: Cuestiones psicopatológicas. Actas Esp Psiquiatr. 2011;39(1):70-4.
6. Millon T, Davis R. Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. DSM-IV. 4ta.ed. España: Masson; 1998.

Recibido: 10 de noviembre de 2013

Aprobado: 21 de enero de 2014

Dra. Dailene García Abreu. Especialista de Primer Grado en Psiquiatría. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Cmdte. Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: pmpmfr@capiro.vcl.sld.cu