

M<sup>a</sup> Jesus García Álvarez\* y Antonio Núñez Pérez\*

\* *Psiquiatra*

*Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide*

*– Prof. Novoa Santos.*

### Resumen:

En el presente trabajo, presentamos un caso clínico que, siguiendo el DSM IV, se correspondería con el diagnóstico de trastorno dismórfico corporal (TDC), entidad nosológica cuestionada. Abordamos, a través de la valoración longitudinal del caso, los aspectos terapéuticos y diagnósticos del mismo concluyendo que la dismorfobia, en una de sus variantes clínicas, puede ser un síntoma sin constituirse como entidad diferenciada lo que modificará el planteamiento terapéutico y las expectativas del clínico.

### Summary:

In this paper, we present a case report that, according with DSM IV, corresponds with a diagnosis of body dysmorphic disorder, diagnostic entity a questioned. We discuss, with a longitudinal study of case, some diagnostic and therapeutic features concluding that the dysmophophobia, in a clinic possibility, can be a symptom and not a different entity. It'll modify the therapeutic features and clinic expectation .

### Introducción

El término dismorfobia aparece por primera vez en las historias de Herodotus para referirse al mito de la joven más fea de Esparta y procede, según Philippopoulos<sup>1</sup>, de “dysmorfia” palabra griega que alude a la fealdad específica del rostro. En la literatura médica del Siglo XIX el concepto parece englobar diferentes fenómenos psicopatológicos que comparten la aversión a “algo” del self cuando éste se define como conciencia yoica sin que se logre concretar su categorización sintomática en lo que respecta al área

cognitiva, emocional o volitiva que se considera afectada<sup>2</sup> .

Otra cuestión es su ubicación nosológica y la influencia que su adscripción al grupo de las psicosis pudiera tener en el planteamiento terapéutico. Las primeras descripciones (Morselli 1891) suponen el establecimiento de un paralelismo sintomático con la llamada “monomanía abortada” depositando el énfasis clínico en el aspecto ideico y considerando la dismorfobia una forma de locura basada en una idea fija. Teniendo en cuenta las variantes polisémicas de las consideradas como ideas fijas al inicio del siglo pasado, la indefinición matizará el debut clínico de una entidad sin clara ubicación nosológica en el momento actual pese a su delimitación en las clasificaciones al uso, claramente insuficientes cuando lo que pretendemos es dar cuenta del acontecer de la clínica.

Desde la primera guerra mundial se sugirieron otros términos como equiparables a la dismorfobia: psicosis de fealdad, hipocondría de la belleza, paranoia hipocondríaca o locura de introspección, pero será en el período entre guerras cuando se matece, desde una perspectiva psicodinámica, la calidad sindrómica de su presentación clínica multiforme que se asentaría en las dificultades del paciente en la relación interpersonal<sup>3</sup>. Las tentativas de categorizar el fenómeno se sucedieron a lo largo de la historia y así, desde el espectro obsesivo – compulsivo (Janet, 1903; Brunswick, 1928; Stekel, 1949), pasando por el fóbico (Kraepelin, 1861; Kaan, 1892) y por los síntomas , prodrómicos o de estado, de un trastorno procesual (Zaidens, 1950; Anderson, 1964; Connolly y Gipson, 1978) hasta la sobrevaloración de una idea de trans-

formación de la imagen corporal como epicentro psicopatológico, la dismorfofobia se configura como una entidad con posibles variantes (Scharter 1971), neuróticas versus psicóticas, o se propone reservar el término para las variantes neuróticas utilizando el de "dismórfico" para referirse a una temática delusiva (Munro 1980) presente en las psicosis hipocondríacas monosintomáticas<sup>4</sup>.

Andreasen estima que hasta el 2% de los pacientes que se someten a cirugía plástica podrían ser subsidiarios de un diagnóstico de Trastorno Dismórfico Corporal<sup>5</sup> aunque algunos autores cuestionan la validez del mismo si no se consigue una diferenciación con una "disconformidad" con el aspecto corporal que suele constituir el motivo de demanda de la intervención del cirujano plástico<sup>6</sup>. En este sentido se proponen nuevos términos tales como la "dismorfoestesia"<sup>7</sup> referida al disconfort generado por la fealdad autopercebida con dificultades de aceptación, desde un punto de vista estético, de características corporales. Podría presentarse en diferentes patologías englobadas bajo la denominación de "Psicosis del cuerpo"<sup>8</sup> unificadas bajo el criterio psicopatológico de alteración de la vivencia de corporalidad. Se incluyen la hipocondría delirante, la dismorfofobia y la anorexia nerviosa.

En cualquier caso la diferenciación en la clínica adquiere complejidad pues, si normalmente los pacientes tienen la buena costumbre de distanciarse de las descripciones académicas de su supuesta patología, en la dismorfofobia logran mantener avivado un debate inconcluso.

## Caso clínico

### Motivo de consulta

El contacto inicial de la paciente con nuestro Servicio se produce en diciembre de 1991 a través de interconsulta solicitada desde la U.C.I tras intoxicación medicamentosa con aparente finalidad autolítica.

En aquel momento tiene 18 años y éste es su tercer contacto con especialistas en salud men-

tal, aunque su primer contacto con los servicios públicos. En los tres meses previos había realizado seguimiento con un psiquiatra privado que, según refiere la madre, le había informado de que el padecimiento se denominaba esquizofrenia y había instaurado un tratamiento con neurolépticos que la paciente había tomado irregularmente.

### Aproximación patobiográfica

Se trata de la única hija de un matrimonio que vive en una localidad semirural sosteniéndose económicamente con una carpintería sita en el domicilio familiar en la que trabaja el progenitor. La informante es su madre ya que su padre, pese a ser citado, nunca acudió a consulta. Apparentemente era un personaje periférico en la dinámica familiar.

Su embarazo y parto fueron normales sin que refieran ninguna alteración en su desarrollo psicomotor. Descrita como reservada, introvertida y meticulosa, mantuvo, durante su infancia y adolescencia escasas relaciones con congéneres caracterizándose éstas por su limitada perdurabilidad temporal y por su frágil consistencia. Su madre informa de verbalizaciones que sugieren rasgos de sensibilidad, con vivencia de rechazo como argumento con el que se justificaba su aislamiento. Su rendimiento académico fue excelente hasta los 12 años cuando, coincidiendo con la muerte de su abuela, refiere una merma en su capacidad de concentración por lo que demandó una primera intervención que realizó un psicólogo privado. La madre informa que "*Se ponía nerviosa, no dormía y le daba por rezar*". La paciente refiere que en aquel momento comenzó a sentirse mal "*Tenía miedo de cuando me viniese la regla*"; pero que, no sólo no se sintió beneficiada por el inicio de tratamiento psicológico, sino que le pareció perjudicial por estigmatizante "*Todos los de clase sabían que iba ... me llamaban loca*". Abandonó el seguimiento y recuperó su inmejorable rendimiento académico aunque seguía percibiéndose invadida por lo que denominaba pensamientos obsesivos "*Llegué a creer con indudable certeza que se iba a morir mi madre, entendiéndose que el hecho ocurriría pronto. Durante el día al estar en clase no pensaba tanto. Pe-*

ro, al volver del colegio, los temores aumentaban”\*. Explica el incremento de las prácticas religiosas como mecanismo de protección basado en el pensamiento mágico “Aunque desease rezar sólo unas cuantas oraciones luego volvía a surgir en mi mente el incontrolado pensamiento de si no rezo una más pasa esto” desde una vivencia egodistónica “Pasaba horas rezando y todo ello era en extremo torturante”. Refiere que esta situación concluyó tras una decisión: “Decidí que pensara lo que pensara no podía hacer caso”. En ese momento, tras un pinchazo accidental con una jeringuilla en una playa que suscitó un primer temor de ser víctima de una infección por VIH, comenzó con pensamientos parásitos de temática nosofóbica. El rendimiento académico no se resintió y la penetrancia ideica no llegó a ser tan invasiva como para invalidar la huella afectiva de otros recuerdos “Aún así había momentos bonitos sobre todo debido a la ilusión que tenía por el futuro y a que tenía interés por muchas cosas”, sin embargo no logra describir esos momentos limitándose a hacer referencias vagas del contexto en que se producen: excursión, visitas familiares ...

A los 16 años aproximadamente surge una nueva idea, en esta ocasión centrada en la transformación que estaba detectando en su cara “Toqué la nariz con la mano ... el hueso lo noté más abultado. Al llegar a casa me miré al espejo y, efectivamente comprobé que esto era real”. Describe un primer intento de corrección con manipulación que concluye en autolesión leve pero que parece determinar el inicio de la auto-observación facial concurriendo manipulaciones posteriores generadoras de culpabilidad y que tenían por objetivo la consecución de la belleza: “Presionando hacia fuera los huesos de los pómulos y de las órbitas podría ponerse mi cara más ancha y ser así más bonita (...) Lo que ocurrió fue que los huesos cambiaron de forma. Cuando vi que se había puesto peor me sentí mal, culpable de haber cometido este acto”

Las comprobaciones ante el espejo ocupan cada vez más su tiempo a la vez que la idea de transformación corporal se hace extensiva al

resto de su anatomía adquiriendo características nosofóbicas e hipocondríacas en múltiples ocasiones por atribuciones subjetivas de potenciales lesiones que suponen demandas repetidas de atención médica a diferentes especialistas (endocrinos, neurólogos, ginecólogos y oftalmólogos) así como solicitudes de exploraciones complementarias en dispositivos privados que son informadas siempre de normalidad estructural y funcional. Su conclusión subjetiva es que se trata de un fenómeno paranormal “cuyo origen parece estar en mi mente pero mi mente está enferma: tendencia a mi autodestrucción, ideales perfeccionistas”

Coincide con este período su declive académico, que concluye en el abandono de los estudios en C.O.U. Cuando la conocemos está realizando un segundo intento en F.P.

La valoración psiquiátrica inicial objetiva ideación de transformación corporal de dudosa filiación, con un contacto carente de resonancia afectiva. En aquel momento tiene nula conciencia de enfermedad psiquiátrica y niega la intencionalidad letal en la sobredosis de neurolépticos diciendo que, con ella, lo que buscada era la ansiolisis.

La impresión clínica inicial fue de un Trastorno dismórfico corporal pero las dudas diagnósticas y la falta de respuesta a diferentes tratamientos (antipsicóticos, ISRS) se mantienen durante cuatro años de seguimiento que se caracterizan por las dificultades para mantener el vínculo terapéutico hasta que se produce el abandono del seguimiento. La madre informa de una hospitalización tres años después en un sanatorio privado de un mes de duración tras un episodio clástico en domicilio. En esta ocasión la fue diagnosticada una neurosis obsesivo-compulsiva instaurándose tratamiento con Clorimipramina (150mg/día) que abandonó. Desde entonces no ha estado en tratamiento psiquiátrico, aunque ha presentado sintomatología, según refieren, heterogénea: alteración del ritmo sueño-vigilia, episodios de llanto incoercible

\* Extracto del relato escrito que la paciente realiza de su patobiografía a petición nuestra

sin clarificación de causa ni motivo aparente, evitación de contactos con personas desconocidas, rituales de limpieza previos a la comida que se han modificado a lo largo del tiempo e incluso han sido abandonados espontáneamente durante días, o clinofilia con apatía y abandono relativo del autocuidado.

Su actividad es, desde que la conocemos, prácticamente nula con breves temporadas intercaladas en las que se integra en talleres de actividades manuales. Su vida cotidiana se reduce a la lectura incansable de libros de divulgación, incluso tratados de medicina, y a sus prácticas religiosas. Sus relaciones con congéneres no se modificaron y las referencias espontáneas a la sexualidad no existen. Se ruboriza cuando se introduce este tema y nos explica que sus creencias religiosas le indican cómo debe de pensar y actuar al respecto.

Con ocasión de una nueva demanda de atención en urgencias por sensación de diplopia, es requerido el psiquiatra de guardia quien le propone un ingreso voluntario para evaluación diagnóstica. Tiene ahora 26 años.

### ***Aproximación psicopatológica***

La paciente tiene un aspecto añorado respecto a su edad, pero su indumentaria resulta anticuada y llama la atención por su recato. Su caminar es poco ágil, sin apenas movimientos asociados y con tendencia a mantener los brazos cruzados sobre el tórax. Mantiene una actitud recelosa con el entrevistador ofreciendo su perfil en los momentos iniciales, con miradas de soslayo que rechazan el contacto visual mientras manipula una prenda de su vestimenta. Soporta bien los silencios, permaneciendo cabizbaja y aparentemente ensimismada para hacer bruscas interrupciones a modo de salvadas en las que se muestra inquisitiva respecto a la credibilidad que percibe en el interlocutor sobre lo que ella cuenta, con convicción e irreductibilidad de características delusivas, respecto a los cambios que percibe en su macizo facial. La latencia de las respuestas es llamativa y su discurso, sin presentar trastornos formales, está plagado de tecnicis-

mos médicos usados, en la mayor parte de las ocasiones, con acierto. Es un discurso empobrecido en comparación con su riqueza léxica cuando solicitamos que realice un relato escrito de su enfermedad e interrumpido por dudas explícitas respecto de su capacidad para transmitir lo que quiere decir. Refiere sensación subjetiva de bradipsiquia con dificultad de concentración y trastornos mnésicos que atribuye a deficiente fijación que no se objetiva. Tampoco se objetivan alteraciones sensorceptivas de características alucinatorias aunque si se evidencia una interpretación nosofóbica de dolencias menores y transitorias que ceden cuando se le facilita la información oportuna. Mantiene una expresión afectiva constreñida pero adecuada al contenido ideativo. Admite dificultades en la interrelación con congéneres que, aunque refiere desear, dice temer desde una actitud aparentemente referencial. En cuanto a su conciencia de enfermedad, excluye la posibilidad de patología psiquiátrica y atribuye su malestar a causas difíciles de objetivar en el momento histórico de la tecnología médica o incluso desconocidas para la medicina. No se observan otras alteraciones psicopatológicas.

Durante su ingreso en nuestra unidad de hospitalización se observa que la relación con otros pacientes, que es inicialmente cautelosa, parece satisfacerla, pero tiende a retraerse en las actividades grupales. Se objetivan sus comprobaciones en el espejo de los referidos cambios faciales así como su lentificación pero no meticulosidad en las tareas relacionadas con su autocuidado.

Se inicia tratamiento psicofarmacológico neuroléptico (Risperidona 4,5 mg/día) bajo la impresión diagnóstica de que se trata de un trastorno psicótico en una personalidad con marcados rasgos obsesivos. La paciente solicita el alta voluntaria que se admite tras lograr el vínculo terapéutico que permite su seguimiento ambulatorio. Las entrevistas con la madre, único informante pese a citar repetidamente al padre, aclaran el papel de ésta, que actúa como acompañante solícita a los diferentes especialistas, desde una actitud complaciente pero también

de duda respecto a la causa de los múltiples padeceres referidos por la paciente.

### ***Evolución y situación actual***

Su evolución tras el ingreso supuso de nuevo la emergencia de dudas diagnósticas condicionantes del proyecto terapéutico: la idea de transformación pierde relevancia cuando se la reconoce como constituyente de la "verdad" de la paciente matizándola como imposible de objetivar. Aparecen entonces en primer plano las dificultades de interrelación y el malestar subjetivo por la falta de actividades en su vida cotidiana, así como lo que denomina "*ideas raras*" que explica como parásitas y egodistónicas condicionantes de un estado de ánimo depresivo que explica como consecuencia de "*falta de autocontrol*". Expresa su temor a llegar a padecer una enfermedad mental por este motivo.

Por otra parte la respuesta al neuroléptico es dudosa por abandono del tratamiento tras presentar galactorrea. Se objetiva como consecuencia hiperprolactinemia secundaria.

Tras la consolidación de la relación terapéutica se opta por la adopción de diferentes medidas:

- Adjudicar a la madre el control del cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico que se decide (Clorimipramina, en el momento actual 300 mg/día, único fármaco reconocido como eficaz por la paciente) mostrando disponibilidad para la atención de la paciente en caso de emergencia sintomática.
- Centralizar la demanda de atención médica especializada filtrando ésta.
- Entrenamiento en técnicas de relajación.
- Inicio de entrenamiento en habilidades sociales.

En el momento actual, a los cuatro meses del ingreso, la paciente se muestra empática en las entrevistas con un discurso espontáneo rico y fluido que se acompaña de una expresividad acorde y menos constreñida. Espontáneamente no hace mención de la ideación de transformación del macizo facial limitándose a minimizar su repercusión "*Supongo que todos cambiamos pero aquello pasó*". Su nivel de actividad se incremen-

ta gradualmente, delimitando como objetivo a medio plazo presentarse a las pruebas de acceso a la Universidad para mayores de 25 años. Las salidas del domicilio también se incrementaron permaneciendo su dificultad de relación con personas desconocidas. Su madre ratifica que no solicitó ninguna valoración médica en los dispositivos del área percibiendo una mejoría "*lenta, pero a peor no va*".

### **Discusión**

El estudio longitudinal del caso permite evidenciar diferentes factores influyentes en la evolución. Por un lado en ningún momento se establece un vínculo terapéutico lo suficientemente sólido como para que permita un abordaje diferente al de insistir en el cumplimiento del tratamiento psicofarmacológico por considerar que padece un trastorno psicótico beneficiario del



**Popolaresca**  
Enrico Prampolini, 1926-1927

Lápiz sobre papel  
Boceto para traje

mismo. La escucha de la paciente parece obviada y por tanto también la valoración que hace de la enfermedad que protagoniza, en términos de implicación personal en el proceso de "cura" e incluso de eficacia subjetiva del tratamiento prescrito. Cuando se facilita su intervención y se matiza su queja obteniendo un argumento aceptable para ella, la ansiedad ligada a su lucha por lograr convencer a un interlocutor cede dejando emerger las dificultades de interrelación cómo problema autopercibido y condicionante de su malestar con el que resulta posible trabajar. Se le propone para ello un entrenamiento en habilidades sociales acompañado de práctica de relajación que además evalúan su implicación en un proceso de cambio verbalizado cómo deseado. Creemos que contribuye a la ansiólisis de paciente y madre el hecho de centralizar la demanda de atención médica por suponer una garantía de atención si resultase precisa permitiendo al mismo tiempo establecer un filtro de "necesidad de valoración" para eludir la confusión de la paciente ante la ratificación de "padecer sin objetivar" y para evaluar las circunstancias que concurren en una nueva somatización si ésta sucede. Por otro lado esta madre solicita precisa de un papel que permita el cumplimiento de su rol de cuidadora que no suponga alimentar la sintomatología de la paciente.

Las dudas diagnósticas permanecieron a lo largo de su evolución sin que el psicodiagnóstico realizado aportase datos concluyentes. Como en otros casos publicados<sup>9,10,11-12</sup> resulta llamativa la repercusión del trastorno sobre el curso vital de la paciente pudiendo llegar a definirse una ruptura biográfica y, por comparación con rendimientos previos, un deterioro progresivo que nos hacen pensar en un trastorno procesual en el que, sin embargo, están ausentes los síntomas primarios siendo la convicción en la ideación delusiva cambiante al tiempo que su conciencia de enfermedad es parcial. La desconfianza determina sus dificultades de interrelación pero aparece más ligada a la anticipación de un rechazo que a referencialidad siendo su aislamiento acomodaticio pero sin las características de una esquizoidia. Se aprecian rasgos obsesivos en su personalidad pero, en lo que respecta a la ideación de transformación

corporal, la condición de absurda para la idea parásita no aparece y es egosintónica sino que parece ajustarse a un espectro continuo de severidad descrito por algunos autores que iría desde la preocupación a la convicción delirante pasando por la sobrevaloración. Se aprecia sintomatología identificable como depresiva sin que se logre dilucidar su carácter primario o secundario en el debut clínico aunque en el momento actual sería secundaria a la toma de conciencia de su situación vital.

Respecto al tratamiento psicofarmacológico la literatura da cuenta de su carácter experimental en estos casos con datos confusos y a veces contradictorios con planteamientos neurobiológicos previos<sup>13,14,15</sup>. Las últimas recomendaciones se inclinan hacia algunas de las moléculas más recientes del mercado farmacéutico, los ISRS, pero las posibilidades ante su fracaso incluyen la polifarmacia según un criterio de comorbilidad que evidencia las dificultades de categorización global del cuadro. La elección de la clorimipramina en el caso presentado, opción avalada por la literatura médica al respecto<sup>13,15</sup>, pese a generar preocupación en el terapeuta que muestra disponibilidad para la valoración de cualquier alteración que pudiese presentarse, tiene que ver con un reconocimiento de eficacia por parte de la paciente sin que existiesen datos contradictorios al respecto por parte de informantes. Por otra parte la eficacia de los neurolépticos había sido dudosa en la evaluación longitudinal del caso.

Consideramos que, en este caso, la dismorfofobia, pese a cumplir los criterios exigidos por el DSM IV para su categorización como trastorno dismórfico corporal, constituye un síntoma de una constelación defensiva que expresaría las dificultades de la paciente para el establecimiento de relaciones interpersonales, definido como problema a tratar en el proyecto terapéutico consensuado con la paciente en el momento actual. En el caso que nos ocupa sería más ilustrativo utilizar la denominación propuesta por Sttute (1962) de "Complejo de Thersites"<sup>2</sup> o temor de fealdad por contextualizarse sintomáticamente en la búsqueda de la ansiada perfección.

## Bibliografía

- 1 Philippopoulos GS. The analysis of a case of dysmorphophobia. *Can J Psychiatry* 1979; 24: 397-401.
- 2 Berrios GE, Chung-Sing Kan. A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dysmorphophobia. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 1-7
- 3 Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis, 3ª edición. Buenos Aires: 1966; p.298.
- 4 Gómez Pérez JC. Dismorfofobia: pasado y presente de un trastorno centenario. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1994; 22: 83-88.
- 5 Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: symptom or disease? *Am J Psychiatry* 1977; 134: 673-6.
- 6 Thomas CS, Goldberg DP. Appearance, body image and distress in facial dysmorphophobia. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92: 231-236.
- 7 Ferreri M, Godefroy M, Slama F, Nuss P. Esthetic identity and dysmorphesthesia. *Confrontations Psychiatriques* 1998; 39: 301-326.
- 8 Lorenzi P, Ardito M. Body's psychosis: An interpretative hypothesis on some psychiatric disorders. *Minerva Psichiatrica* 1996; 37: 21-28.
- 9 Modell S, Kurtz G, Hoff P. Dysmorphophobia: Differential diagnosis aspects. *Psychopathology* 1996; 29: 126-130.
- 10 López Ibor Aliño JJ. Fenomenología de las dismorfofobias. *Actas del XIV Congreso de la S.E.P.*; 1987 Mayo 30-31. Servicio de Publicaciones. Universidad de Murcia, 1987.
- 11 Pérez Costillas L, Fernández Logroño J, Jiménez Egea A, Ibáñez Corrales R. Dismorfofobia – trastorno límite de personalidad. *Folia Neuropsiquiatrica* 1993; 28: 169-173.
- 12 Sanguino RM, González E, Mínguez L, Gutiérrez MT. Dismorfofobia: preocupación o delirio. *Psiquiatría Pública* 1999; 11(4): 51-54.
- 13 Katharine A, Philips MD. Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacology Bulletin* 1996; 32(4): 597-605.
- 14 Kaplan Z, Lichtenberg P. Delusional disorder, somatic subtype treated with fluvoxamine. *Eur J Psychiat* 1995; 9 (4): 238-241.
- 15 Hollander E, Cohen L, Simeon D, Rosen JC, DeCaria C, Stein DJ. Fluvoxamine treatment of body dysmorphic disorder. *J Clin Psychopharmacol* 1994; 14: 75-77.

## Correspondencia:

M<sup>a</sup> Jesús García Álvarez.  
Plaza de S. Roque N<sup>o</sup> 6-7 2<sup>o</sup> Izq.  
15600 Pontedeume. Coruña



## Popolaresca

*Enrico Prampolini. 1926-1927*

Lápiz papel  
Boceo para traje.