

“La enfermedad de los rostros ocultos”

La persona que lo padece se oculta, así como la verdadera imagen de su propio cuerpo que se esconde detrás de una visión fantasmal. Una revisión de artículos y libros pretende sacar a la luz este desorden mental de importancia médica que pocos conocen.

Autor: Ximena Abrevaya para IntraMed

Visiones de sí mismo

“Lo esencial es invisible a los ojos”,
“El Principito” Antoine de Saint Exupéry.

Para Jane, inevitablemente, nada era invisible a lo que creían ver sus ojos. Lo esencial tal vez era esa incontenible obsesión por su “inmensa nariz”, su “gran mandíbula” o quizás su “labio torcido”. Probablemente lo fueran sus “pechos diminutos”, o de algún modo, sus “abultadas nalgas”. En un momento de su vida Jane dejó de ver a sus amigos y perdió contacto con ellos. Se encerró en su casa por 5 años hasta que su angustia se tornó insostenible. Intentó suicidarse varias veces...

Algunas de estas historias se encuentran reflejadas en “**The Broken Mirror**”, un libro donde se relata la problemática de aquellas personas que padecen Síndrome Dismórfico Corporal, también conocido como “**dismorfofobia**” o, más comúnmente denominado: Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). “Es un desorden mental poco reconocido y común que ocurre a lo largo de todo el mundo”, comenta la doctora **Katharine Phillips** en uno de sus trabajos sobre el tema, quien además es psiquiatra y autora del libro.

Es decir, no hablamos de “quasimodos”, ni de la cara oculta del “Fantasma de la ópera”, ni de la prosa de **Francisco Quevedo** que evocaba a un “naricísimo infinito”. El problema (y la dicotomía que plantea) es que Jane era una mujer atractiva. “El TDC implica una creencia falsa o distorsionada como así también una dispercepción corporal”... “Está caracterizado por una excesiva preocupación por un defecto en el cuerpo completamente imaginario o muy trivial como para ser detectado por otra persona, causándole a los que lo padecen deterioro físico, psíquico y/o social” señala el libro “**Obsesiones Corporales**”, del psiquiatra argentino **Jose Anibal Yaryura Tobías**, en co-autoría con otros profesionales del área, y quien es además director del Bio-Behavioral Institute, en Estados Unidos.

La Dra Phillips, especialista en el tema, sostiene que los pacientes con TDC creen que lucen feos o deformados, incluso hasta “horrorosos” o “monstruosos” cuando en realidad “se ven bien” y su aspecto es normal.

“No sólo están disconformes con su aspecto sino que están preocupados por el. Están muy preocupados. Quisieran estarlo menos, pero no pueden. Muchos dicen que están obsesionados. También sufren. La preocupación acerca de su aspecto les ocasiona un significativo sufrimiento emocional y puede interferir con sus vidas” relata el libro de Phillips.

Por eso suelen estar desempleados o presentar desventajas en el trabajo, además de permanecer socialmente aislados, remarca en uno de sus trabajos el doctor **David Veale** del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Londres y psiquiatra consultor en el **Priory Hospital North London**.

Phillips documentó que el 97 por ciento de los pacientes con TDC evitan las actividades sociales normales y ocupacionales. La mayoría son solteros o divorciados. Muchos presentan ideas suicidas o autodestructivas, y suelen invertir varias horas del día en mirarse al espejo, un acto compulsivo que corresponde a lo que se conoce como una práctica “ritual” desde el punto de vista psiquiátrico. Entre estas compulsiones se encuentran además el arreglo excesivo, la comparación con otros, el cambio frecuente de ropa, o las dietas restringidas en calorías.

Si bien, la preocupación, en general, puede involucrar a cualquier parte del cuerpo, frecuentemente suele estar focalizada en la cara o la cabeza, siendo la piel, el pelo y la nariz los que encabezan la lista. Según señalan algunos autores los pacientes con TDC pueden hacer foco en aquel aspecto considerado como “defecto” y permanecer obsesionados con éste de manera puntual a lo largo del tiempo, o bien la visión del aspecto defectuoso puede extenderse hacia otras partes del cuerpo, siendo común que se vean involucradas varias zonas corporales a la vez.

En el área dermatológica el trastorno tiene la más alta incidencia, por lo que ha recibido también el nombre de “hipocondría dermatológica”.

Por lo general la edad de inicio es la adolescencia aunque se ve frecuentemente en adultos jóvenes.

A pesar de lo que muchos creerían, la patología no hace distinción de condición social (el trabajo de Al-Adawi comenta el caso de un hombre omaní de 24 años). Tampoco de sexo. Se ha visto que la incidencia es similar entre hombres y mujeres, aunque se cree que en el segundo caso podría llegar a estar subvalorada.

“Blade Runners”: cuando el bisturí amenaza



Muchas de las personas que presentan esta patología suelen recurrir a la cirugía estética con el fin de aliviar la acuciante sensación de fealdad que sienten frente a su “fantasmal” defecto. Según se ha señalado, naturalmente, muchos enfermos de TDC creen que un cambio en su imagen mejoraría su estado anímico.

El Dr Veale comenta, en un trabajo publicado en la revista “**Psychiatric Bulletin**”, que el TDC no es poco común

en las clínicas de cirugía cosmética. La rinoplastia encabeza la lista de cirugías asociadas al TDC. Según Veale, quien condujo un estudio prospectivo, el 20,7 por ciento de los pacientes que se ha realizado una rinoplastia tiene un posible diagnóstico de esta patología. Por otra parte, comparativamente, hay una clara diferencia entre las personas normales que desean una rinoplastia cosmética respecto de que aquellos que padecen TDC quienes “son significativamente más jóvenes, están más deprimidos, más ansiosos, más preocupados por su nariz y tienen comportamientos compulsivos”, señala Veale. Entre estas compulsiones relata que las personas con TDC también presentan otras asociaciones más graves como la “**DIY surgery**” (“D.I.Y” representando las siglas de Do It Yourself, “hazlo tu mismo”), es decir, una intervención de tipo quirúrgico realizada de forma “casera” y por la misma persona con el fin de cambiar su aspecto.

Ante la desesperación de transformar su apariencia se ha visto que los pacientes con TDC se someten a todo tipo de procedimientos “caseros”. Veale relata algunos casos: Una mujer preocupada por su piel y la forma de su cara limó sus dientes para alterar la apariencia de la línea de su mandíbula. Un hombre preocupado por su piel usó un papel de lija como forma de dermoabrasión para remover cicatrices e “iluminar” su piel. Una mujer preocupada por la fealdad de múltiples áreas de su cuerpo decidió hacerse una liposucción pero, como no pudo costearla, utilizó un cuchillo para cortar sus muslos intentando sacar hacia afuera sus adiposidades. Un hombre preocupado por tener la tez enrojecida, repetidamente se extrajo sangre de motu propio con una jeringa y una aguja, o, cuando fue aceptado, se sometió a donar sangre en una clínica de transfusión. El objetivo era lucir “más pálido”.

El panorama se torna asimismo grave cuando la gran mayoría de los pacientes con TDC que se someten a cirugías cosméticas empeoran o permanecen sin mejora, hecho que es esperable y tal vez poco sorprendente debido a las características que presenta esta patología. Según Phillips la cifra de insatisfacción alcanza el 82,6 por ciento de los intervenidos que padecen TDC. Tal vez este sea el motivo por el cual muchos se someten a cirugías de manera recurrente.

“Lo que importa es lo de adentro”

El Trastorno Dismórfico Corporal es una enfermedad psiquiátrica, por ende, debemos buscar sus bases en el interior de la mente. En un trabajo escrito por **Wanda Paterson** y colaboradores denominado “Trastorno Dismórfico Corporal” se señala que puede considerarse que los pacientes con TDC sufren de “alucinaciones”. No obstante Phillips menciona que sólo aproximadamente la mitad de los pacientes presentan características “alucinatorias”.

Al parecer, es difícil establecer dónde se encuentra dentro de la clasificación de las enfermedades psiquiátricas. “Se lo considera un síntoma, un síndrome, o un agregado sintomático en otro proceso mayor”, es decir, “puede considerarse como un síntoma más de otra enfermedad o un síndrome como entidad única, o a un espectro de enfermedades”. También pueden encontrarse una serie de trastornos neuropsiquiátricos asociados como el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de personalidad, trastorno depresivo mayor, psicosis, hipocondría monosintomática, patología anatómica cerebral. Se han establecido múltiples similitudes entre el Trastorno Dismórfico Corporal y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) así como también una serie de diferencias, según afirma el libro “Obsesiones corporales”. Aún parece no haber consenso respecto a considerar si el TDC es un desorden relativo al TOC, aunque muchos investigadores consideran que sí, tal como comenta el Dr. Georg Driesch, quien además afirma que por su carácter ha sido asociado a la cenestesia, a los desórdenes alimentarios y al transexualismo.

Al parecer tampoco está clara su identidad. Algunos investigadores asocian al TDC con un problema neurofisiopatológico, y otros con un problema biopsicosocial. Esto se relaciona con los tratamientos a los que son sometidos los pacientes, algunos de ellos apuntan a paliar la patología con un abordaje farmacológico desde el punto de vista psiquiátrico. Algunas de las drogas utilizadas son el **Levetiracetam** comúnmente utilizada para prevenir ataques de epilepsia y el **Escitalopram** un inhibidor de la recaptación de serotonina. No obstante hay tratamientos que apuntan a un abordaje psicoterapéutico, siendo uno de los más exitosos la **Terapia Cognitiva-Comportamental**. Este modelo contempla que existen similares características entre el TDC con el TOC y la fobia social. El mismo abarca distintas características “el yo como un objeto estético”, “la evaluación negativa de la imagen corporal”, “la meditación y la comparación con el ideal”, “la emoción”, “los comportamientos que involucran la necesidad de sentirse a salvo”, “factores de riesgo” (genéticos como en muchos desórdenes psiquiátricos, el temperamento como factor indirecto, adversidad durante la niñez como el abuso físico, historia de estigmas físicos como los dermatológicos, identidad sexual relacionada por ejemplo a la homosexualidad, y un tipo de “sensibilidad estética” tal como podría describirse para otros tipos de sensibilidades particulares como por ejemplo la sensibilidad musical).

Dismorfofobia: Made in Italy



Aunque parezca llamativo el TDC se conoce desde hace más de cien años, o al menos eso es lo que parece, ya que la incorporación del término original “dismorfofobia” generó algunas controversias. Fue un psiquiatra italiano el primero en denominarlo, **Enrico Morselli** (1852-1929), quien acuñó el término en 1886.

En un trabajo publicado por dos psiquiatras, los **Dres Berrrios y Kan**, “A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dysmorphophobia”, se pueden explorar algunos aspectos relativos a los orígenes en la identificación de la patología de la obsesión por la apariencia corporal y a la introducción del término “dismorfofobia”. Morselli lo definió durante 1880 como “la conciencia de la idea de la propia deformidad; el individuo teme `ser` o `convertirse` en deforme”. Berrrios y Kan sostienen que hay dos actos históricos que deben ser explorados por separado, la incorporación del término y la construcción del concepto. Morselli tomó el término acuñado inicialmente por el historiador griego Heródoto de Halicarnaso (485-452 a.d.C.) para denominar al mito de la niña más fea de Esparta: “Dismorfia” (“dis” que significa “sin” y “morfia” que significa “forma”) quien era conducida diariamente a un templo para ser librada de su falta de belleza. Berrrios denota que Morselli usó el concepto de fobia en el sentido más amplio (que el actual) ya que el italiano creía que esta patología era una combinación de “insanía” con “ideas fijas”, lo que llevaría a pensar que el clasificó a la dismorfofobia como una forma rudimentaria de paranoia.

Sin embargo esta patología no fue tomada como trastorno mental sino hasta 1987, cuando fue incluido en el **DSM III** (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) como “Trastorno Somatoforme Atípico”. En el mismo año el **DSM III-R** la

subdividió en "Trastorno Dismórfico Corporal" y Trastorno Alucinatorio de Subtipo somático". Las modificaciones consideraron que el término "dismorfofobia" sólo implicaba miedo a la fealdad y no una preocupación por la apariencia física propia tal como lo evidenciaría la sintomatología de este mal. A pesar de ello el término dismorfofobia continúa utilizándose en especial en Europa.

"Siembra de Plástico": la era del "antes" y el "después"

"Ella era una chica plástica de esas que veo por ahí, de esas que cuando se agitan sudan `Channel number three`..." la letra de **Rubén Blades** continúa, y sigue haciendo alusión a las mujeres y hombres de plástico y a los mares de superficialidad que inundan el mundo moderno. Hoy, en especial en occidente, se imponen cánones de belleza que responden a la desmesura de elaborados cócteles de cirugías, colágeno y bótox. El cuerpo se transforma en un objeto, en el instrumento de poder de un mundo relleno de valores "retocados" donde la belleza se traduce en "éxito". En un medio donde la imagen gobierna, se impone la dictadura del implante y de la lipoescultura y una suerte de "Mundo Feliz" de **Aldous Huxley** donde los feos y los viejos ya no tienen cabida.

Y hablando de medios, y de dictaduras, la televisión es el gran escaparate donde se exhiben los mayores estandartes de la "cultura del cuerpo sintético", el espejo que subliminalmente (o no tanto) marca cómo debemos vernos. Ciertamente, es la era del "antes" y el "después".

Berrios y Kan afirman en su trabajo que "la preocupación por la apariencia física no es hecho nuevo" aludiendo al "**Complejo de Thersites**", relacionado al mito del hijo de Agrius, Tersites, quien según se cuenta era el griego más feo y el hablador más imprudente de Troya. En 1962 Stutte utilizó la terminología "**Complejo de Thersites**" para denominar a aquellas personas que padecían de un real aunque leve defecto físico, pero que al contextualizarse en la búsqueda de la perfección estética impuesta por la sociedad vivían su defecto de una manera traumática.

Según cita la psiquiatra colombiana **Iris Luna Montaña**, "la belleza es parte universal de la experiencia humana y se ha comprobado que la percepción de la misma proporciona placer a los sentidos e incrementa la probabilidad de apareamiento. La sensibilidad a la belleza es proporcionada por estructuras cerebrales filogenéticamente determinadas, así como por aspectos socioculturales".

Berrios y Kan plantean una serie de interesantes preguntas, ¿Cuán temprano en la evolución humana el hombre desarrolló una actitud hacia la visión y sensación acerca de su propio cuerpo formando una "imagen abstracta" de sí mismo?. ¿Fue esta imagen física temprana generada por la apariencia de los otros?. ¿Cuán importante es esto respecto de la invención de las superficies reflejantes?. ¿Cuán temprano después de la aparición de los espejos se desarrolló la verdadera estética del cuerpo?. ¿es la dismorfofobia solo un cambio patológico en estas actitudes? ¿Cómo se articuló la disconformidad hacia el propio cuerpo a lo largo de la historia?

Es cierto que la ocupación por "verse bien" puede remontarse a tiempos prehistóricos. Se pueden encontrar evidencias de ello aún en la **Biblia**, pero tal vez el mayor exponente fue la antigua civilización egipcia que puede considerarse como la "creadora de la cosmética".

¿Podemos decir entonces que el TDC no es nada nuevo?. Aquí es necesario hacer una distinción entre el "ocuparse", el "preocuparse", y el "obsesionarse", es decir, establecer el límite entre lo normal y lo patológico.

Resulta esperable que el actual contexto social actual ejerza una fuerte influencia para el desencadenamiento de enfermedades de carácter psiquiátrico como el TDC. Tal como documentó Cash, un factor predisponente para la psicopatología es la subvaloración y distorsión sobre el propio aspecto físico.

Un prolegómeno de lo que devendría en la vorágine de la cirugía cosmética actual, se refleja en un caso ocurrido en 1926 (si bien no reportado como TDC) que pone en evidencia la responsabilidad por parte del personal médico en la realización de determinadas prácticas y la influencia del contexto social en la percepción de la propia apariencia. Así el "Journal of Women's History" comenta la amputación de una pierna que sufrió una diseñadora de moda, quien visitó a un cirujano de renombre con el objetivo de hacer lucir sus caderas más delgadas. Luego de ocurrida la desgracia, la diseñadora enjuició al cirujano. El abogado defensor de la paciente lo acusó de haber realizado una intervención inapropiada en un cuerpo que en realidad era sano."Este ensayo es excelente para examinar la formación cultural del cuerpo femenino por la moda y la cirugía plástica en Francia durante los años 20'-comenta en el reporte Carolyn Comyskey, su autora-. Los cambios en la moda francesa e ideales culturales de la belleza, así como la influencia aumentada de los medios de comunicación, proporciona el contexto necesario para entender el deseo de la diseñadora de transformar su cuerpo con una cirugía estética. Este caso aceleró la profesionalización del campo naciente de la cirugía estética así como los cirujanos lucharon para establecer el valor de esta práctica médica. Esta defensa primaria del campo de la cirugía estética fue la que la proporcionó como un servicio necesario a causa de la importancia social de la belleza en la lucha brutal por la existencia, especialmente para las mujeres. Los cirujanos cosméticos prevalecieron en la apelación los dos años posteriores y fueron capaces, como un comentarista notó, de continuar su `marzo glorioso contra la enfermedad y la fealdad`".

Ejemplos de personas sometidas a múltiples cirugías se encuentran a diario, siendo conocido popularmente el caso de Miss Brasil 2001, según cita Montaña, cuyo galardón estuvo en discusión por la cantidad de intervenciones quirúrgicas cosméticas a las que había sido sometida previamente, las que en número prácticamente equiparaban a su edad: con tan sólo 22 años, se estimaron unas 23 correcciones a mano de bisturí.

Según el libro "**Obsesiones Corporales**" en el año 2003 la cantidad de personas afectadas por TDC alcanzaba más de 5 millones en Estados Unidos."Proporciones similares podrían darse en Argentina, un país donde la belleza física es primordial", anuncia. Hoy se cree que el porcentaje sobre la población estadounidense supera el 2 por ciento. En general, se estima que en la comunidad, la incidencia es de entre el **0,5 y el 0,7** por ciento.

Pero está claro que la mera preocupación por la apariencia no siempre se traduce en esta patología. Un ejemplo cotidiano es

el que proporciona **Luisa Dillner** quien denuncia en el periódico "**The Guardian**" como muchas veces la terminología médica se utiliza de manera incorrecta, citando y poniendo en evidencia el caso de la actriz **Uma Thurman** quien en una revista "confesó" padecer de TDC: "Desde que tuve a mi bebé he tenido TDC. Me veo gorda".

Hay una serie de manifestaciones clínicas que se han establecido y que definen a un paciente con TDC, citadas en el DSM-IV: "además de la preocupación por un defecto imaginado en la apariencia, la persona debe presentar un distress significativo desde el punto de vista clínico o un deterioro social, ocupacional, o en otras áreas importantes de funcionamiento. Dicha preocupación no debe encuadrar dentro de otros desórdenes mentales (tales como la disatisfacción corporal producida por la anorexia nerviosa)".

Muchas veces el TDC es subvalorado ya que la preocupación por el aspecto tiende a tomarse como una cualidad "vana" o "narcista", incluso por los propios padecientes.

El tema resulta de importancia para aquellos profesionales de la salud como los dermatólogos y cirujanos quienes pueden llegar a ponerse en contacto con este tipo de pacientes.

Si bien se cuenta con una guía para su detección, también se requiere de cierta astucia por parte del profesional.

Porque como decía Saint Exupéry en "El Principito"... "lo esencial es invisible a los ojos".

Quién nos deja la última reflexión es Blades, menos excelso, aunque no menos suspicaz, "Recuerda que el plástico se derrite si le da de lleno el sol. Se ven las caras, se ven las caras vaya! ...pero nunca el corazón".

Bibliografía y sitios relacionados:

Berrios G.E., Kan Chung-Sing. (1996) "A conceptual and quantitative analysis of 178 historical cases of dysmorphophobia". Acta Psychiatrica Scandinavica 94: 1-7.

Phillips, K.A. (1998) "The Broken Mirror : Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder". Oxford University Press.

Montaño, I.L. (2001) "Mujer, belleza y psicopatología". Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol XXX, nº 4:383-388.

Dillner L. (February 22, 2001) "On the very lovely (and very unfat) Uma Thurman, body dysmorphia and the folly of misusing medical terms". The Guardian. <http://www.guardian.co.uk/>

Al-Adawi S., *et al.* (2001) "Body dysmorphic disorder in Oman: cultural and neuropsychological findings". vol. 7, nº. 3: 562- 567.

Patterson W.M., *et al.* (2002) "Trastorno dismórfico corporal". Revista Internacional de Dermatología y Dermocosmética. 5: 12-14. Veale D. (2000) "Outcome of cosmetic surgery and 'DIY' surgery in patients with body dysmorphic disorder". Psychiatric Bulletin 24: 218-221.

Veale D., *et al.* (2003) "Cosmetic rhinoplasty in Body Dysmorphic Disorder". The British Association of Plastic Surgeons. 56: 546-551.

Fundación para la Mujer y los Trastornos Alimentarios, Docencia, Investigación y Prevención (FUMTADIP) <http://fumtadip.com.ar/yaryura.htm#inicio> José Aníbal Yaryura Tobías, Fugen Neziroglu, Ricardo Pérez Rivera, Tania Borda: Obsesiones Corporales, Buenos Aires, Editorial POLEMOS, 2003.

Comiskey C., (2004) "Cosmetic Surgery in Paris in 1926: The Case of the Amputated Leg". Journal of Women's History - vol 16, nº 3: 30-54.

Phillips K. A. (2004) "Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness". World Psychiatry, vol 3, nº 1: 12-17.

Driesch G., *et al.* (2004) "Body dysmorphic disorder. Epidemiology, clinical symptoms, classification and differential treatment indications: an overview". Der Nervenarzt. vol 75, nº 9: 917-931.

National Institute for Health and Clinical Excellence. November 2005. Obsessive Compulsive Disorder. NICE Clinical guide 31. 1-23.

Phillips, K. A. Body Image Program. Butler Hospital. <http://www.butler.org/body.cfm?id=123>

Veale, D. Homepage <http://www.veale.co.uk/index.html>

Yaryura Tobías, J.A. Bio-Behavioral Institute <http://www.bio-behavioral.com/>

