

Mariano Eduardo Robles Lorenzo¹, María Buenaventura Perera²

¹Doctor en Psicología.
Consulta privada. Barcelona.

²Psicóloga general sanitaria.
Psicoterapeuta en centro sanitario NeuroEspai. Barcelona.

E-mail: mrobles@espacioterapeutico.es



Dr. Mariano Eduardo Robles

El espejo miente. Comprender y tratar el trastorno dismórfico corporal *The mirror lies. Understanding and treating body dysmorphic disorder*

RESUMEN

La dismorfia corporal es un trastorno caracterizado por una preocupación excesiva por un defecto leve o imaginario en la apariencia que causa una angustia significativa y un claro deterioro funcional. Este cuadro es más común entre pacientes que buscan procedimientos estéticos en comparación con la población general. Esta revisión analiza y presenta las características clínicas, la comorbilidad psiquiátrica, la prevalencia y el tratamiento de la dismorfia corporal. Se discuten los resultados propuestos en la literatura científica acerca de la realización de intervenciones estéticas en pacientes que sufren dismorfia corporal. Como conclusión, el enfoque recomendado para el profesional de medicina estética es motivar al paciente a participar en un tratamiento combinado de psicoterapia y farmacoterapia previo a la intervención estética.

Palabras clave. Trastorno dismórfico corporal, dismorfia, dismorfofobia, apariencia corporal, psicoterapia, farmacoterapia.

ABSTRACT

Body dysmorphism is a disorder characterized by excessive preoccupation with a mild or imagined defect in appearance that causes significant distress and clear functional impairment. This condition is more common among patients seeking cosmetic procedures compared to the general population. This review analyzes and presents the clinical features, psychiatric comorbidity, prevalence and treatment of body dysmorphism. The results proposed in the scientific literature regarding the performance of aesthetic interventions in patients suffering from body dysmorphism are discussed. As a conclusion, the recommended approach for the aesthetic medicine professional is to motivate the patient to participate in a combined treatment of psychotherapy and pharmacotherapy prior to the aesthetic intervention.

Keywords. Bbdy dysmorphic disorder, dysmorphia, dysmorphophobia, body appearance, psychotherapy, pharmacotherapy.

INTRODUCCIÓN

Las personas aprenden los ideales de belleza a través de la exposición a determinados patrones marcados socialmente [1]. Estos ideales generan una presión inmensa y pueden terminar influyendo en la percepción que tiene la persona de sí misma y de su propia imagen corporal. Además, hay varios procesos como las expectativas, las motivaciones, las emociones, los factores socioculturales y la experiencia social que pueden influir en la conciencia de la propia apariencia. En determinadas ocasiones, algunas personas se han formado una imagen corporal tan discordante con la realidad que termina siendo patológica. Una de las formas más comunes de esta discordancia es el trastorno dismórfico corporal (TDC).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El trastorno dismórfico corporal es un trastorno psiquiátrico caracterizado por una preocupación excesiva por un defecto leve o incluso inexistente sobre la propia apariencia física [2]. Es fácilmente trivializado y estigmatizado, pero los sanitarios no deben confundirla con la insatisfacción corporal, que es común pero no causa angustia ni interfiere con la vida cotidiana [3]. El TDC es lo suficientemente severo para causar un marcado deterioro en el ámbito social, laboral o académico [2]. El consumo de tiempo estimado por día oscila en promedio, de 3 a 8 horas; son pensamientos intrusivos y suelen estar asociados a altos niveles de ansiedad y culpa [4]. Aunque cualquier parte del cuerpo puede ser el foco de las preocu-

paciones, la literatura científica indica que la mayoría de los pacientes con TDC se centran en la piel, el cabello y la cara (especialmente ojos, nariz, labios y dientes). También es destacable la fijación con connotaciones sexuales [5]. Algunos casos pueden focalizarse en la apariencia general, como es el caso de la dismorfia muscular [6]. El foco atencional puede variar con el tiempo [7]; es posible que este cambio explique por qué algunos pacientes nunca están satisfechos después de las intervenciones de medicina o cirugía estética.

El TDC suele presentar comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como fobia social y depresión. También presenta una superposición sustancial con la anorexia nerviosa o el trastorno obsesivo compulsivo. De hecho, uno de los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TDC es la realización de comportamientos compulsivos o actos mentales como respuesta a sus preocupaciones. Estos comportamientos, de un perfil claramente obsesivo, pueden ir desde chequeo con espejos o preguntar repetidamente a otras personas cómo se ven, ejercicio excesivo, rascarse la piel, exceso de maquillaje, compra compulsiva de productos de belleza o búsqueda persistente de procedimientos estéticos, médicos y/o quirúrgicos.

A pesar de las semejanzas con el trastorno obsesivo compulsivo, existen diferencias en sintomatología, neurobiología y respuesta al tratamiento [8]. Con la anorexia nerviosa también comparte características, al presentar conductas repetitivas de chequeo, insatisfacción y distorsión de la imagen corporal, teniendo una evolución y una edad de comienzo similares. La diferencia fundamental es que la preocupación corporal en el TDC no es debido al peso o el tejido adiposo [9]. El TDC también se ha asociado con tasas sorprendentemente altas de suicidio; para la ideación suicida los números oscilan entre el 17 y el 77% y para los intentos de suicidio, entre el 3 y el 63% [10].

La patogénesis del TDC, al igual que la de otros trastornos psiquiátricos, es compleja y múltiple. Una combinación de factores biológicos, sociales y ambientales es la mejor aproximación. En cuanto a los factores de riesgo, también son similares a los de otros trastornos. Los pacientes con TDC suelen presentar una historia de abuso, experiencias traumáticas y maltrato infantil [11]. También se ha relacionado específicamente con el *bullying* y con haber sufrido burlas sobre el aspecto físico en la infancia y la adolescencia temprana [12]. Otro factor importante es la creciente popularidad de las redes sociales. Recientemente, y quizás a favor de la pandemia, han surgido fenómenos como el efecto *Zoom* [13] y la dismorfia del *Snapchat*, a partir de las cuales varios pacientes acuden a consultas de medicina estética para mejorar su apariencia distorsionada en vídeo-llamadas o parecerse a sus fotos con filtros.

EPIDEMIOLOGÍA

Se ha estimado que la prevalencia del TDC es del 1,9% para la población general y ligeramente superior, 2,2%, para la población adolescente [14]. Aumentando entre el 5,9 y el 7,4% para la población psiquiátrica. Las cifras para los usuarios de medicina, cirugía estética, dermatología u odontología oscilan entre el 5,2 y el 20,1%. Otro estudio sitúa el porcentaje de TDC en candidatos a rinoplastia en el 35,1% [15]. Estas cifras indican que el TDC es común en entornos psiquiátricos y cosméticos, pero está mal identificado.

En cuanto a las diferencias de género, no existe un consenso común en la literatura. Mientras algunos estudios afirman que el TDC es más común en mujeres [14], otros indican tasas de prevalencia similares en ambos sexos [16]. Esta inconsistencia es más atribuible a diferencias metodológicas de los estudios que a la presencia real del cuadro clínico. Aunque hay cierta tendencia a que los síntomas subclínicos son más comunes en las mujeres, el trastorno al completo es equivalente en ambos sexos. Las características del TDC son similares entre hombres y mujeres; no obstante, la evidencia sugiere que la presentación clínica es diferente. Las mujeres suelen estar más centradas en las caderas, las piernas, los senos y el exceso de vello corporal y los hombres en los genitales y el pelo [17]. Por lo tanto, el médico deberá estar pendiente de estas posibles diferencias en la entrevista. En un estudio reciente [18], se encontró que muchos profesionales de la medicina estética afirmaban conocer el cuadro clínico y el diagnóstico del TDC, pero el número perteneciente a la práctica clínica difiere de las cifras de prevalencia. Es más, solo una minoría de profesionales exploraban problemas con la imagen corporal durante la primera entrevista, descuidando de esta manera una posible contraindicación psicológica para el procedimiento.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Debido a la falta de conciencia de algunos pacientes del propio trastorno o incluso por la vergüenza de sufrirlo, el TDC puede ser difícil de identificar. Por este motivo, la evaluación suele requerir preguntar, específicamente, sobre la presencia o no de determinados síntomas en la primera entrevista. Estudiar la idoneidad del paciente para el tratamiento estético puede ser un factor protector para el médico, evitando que el resultado de la intervención sea percibido como insatisfactorio y, también para el paciente, ya que permitirá brindarle el apoyo y el tratamiento adecuado.

El tratamiento de primera línea para el TDC es una combinación de psicoterapia y farmacoterapia. Para la intervención psicológica, los estudios muestran buenos resultados aplicando diferentes variantes de la terapia

cognitivo-conductual. Otros tipos de intervenciones, como la terapia breve o la centrada en soluciones pueden aportar beneficios en este tipo de cuadros clínicos. Este tipo de intervenciones parten del supuesto de que la idea patógena de tener una deformación estética inaceptable solo es una fijación mental, que suele estar relacionada con un profundo sentimiento de inseguridad y con problemas de relación. La mente se agarra a un defecto estético para explicar las bases de estos problemas y alimenta la ilusión de que, una vez modificado el defecto, todo funcionará como por arte de magia. El recorrido habitual de la estrategia terapéutica implica la confrontación gradual a las situaciones temidas y bloquear la realización de conductas compensatorias para buscar seguridad (por ejemplo, maquillarse en exceso) [9]. Otras intervenciones incluyen los talleres psicoeducativos, la reestructuración cognitiva o la exposición al espejo.

Para el tratamiento farmacológico, la elección son los anti-depresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), con la incorporación de la clomipramina cuando es necesario. Dentro de los ISRS, según diferentes estudios, no hay una medicación predilecta, aunque se suele recetar escitalopram o fluoxetina [20]. No obstante, es necesario tener en cuenta que las dosis relativamente altas de ISRS pueden provocar efectos secundarios tales como alteraciones gastrointestinales, náuseas, ansiedad, disfunción sexual, aumento de peso o insomnio. Estos efectos son importantes tenerlos en cuenta en el tratamiento farmacológico del TDC porque suponen uno de los mayores desafíos para la adherencia de un cuadro que requiere una intervención a medio-largo plazo. Por otro lado, y teniendo en cuenta que los casos más graves de TDC pueden cursar con ideas delirantes sobre el supuesto defecto físico, algunos estudios han probado con medicación antipsicótica; de todas formas, los resultados por ahora no son muy esperanzadores [21].

¿PUEDE AYUDAR LA MEDICINA Y CIRUGÍA ESTÉTICA?

Como se ha comentado, las personas aquejadas de TDC suelen recurrir a la cirugía estética o a otros procedimientos cosméticos para corregir los defectos percibidos con escaso éxito. Históricamente, se ha indicado que los síntomas del TDC empeoran después de un procedimiento estético, porque la preocupación cambia a un área diferente del

cuerpo [22]. Estudios recientes están proporcionando pruebas controvertidas del beneficio de una intervención estética en ciertas cohortes. Algunos cirujanos están explorando si las personas con sintomatología leve/moderada o que están en un tratamiento multidisciplinar podrían ser candidatos adecuados para la cirugía estética. Se necesitan más estudios para aclarar en qué situaciones puede llegar a ser beneficiosa la intervención quirúrgica o el procedimiento estético. A pesar de estas investigaciones, que se encuentran en una fase muy inicial para extraer resultados definitivos, es importante subrayar que el TDC es, esencialmente, un problema con la imagen corporal. Por ahora la decisión más ajustada y prudente es la de asumir que un procedimiento estético aportará poco o ningún beneficio a la calidad de vida del paciente con TDC. En lo que sí existe más consenso es en que el nivel de angustia subjetiva y el nivel de deterioro psicosocial asociado a la apariencia física son los factores más importantes para determinar el inicio del tratamiento estético [23].

CONCLUSIONES

El TDC es una enfermedad psiquiátrica infradiagnosticada que los cirujanos, médicos estéticos y dermatólogos verán cada vez con más frecuencia en los próximos años. La creencia de que se trata de verdaderas imperfecciones hará que no consulten a otras especialidades médicas. Aun así, los pacientes con TDC no suelen aceptar el resultado de la intervención estética, haciendo que su calidad de vida empeore. Por lo tanto, es importante conocer las características clínicas y la presentación del cuadro para poder detectarlo a tiempo. El tratamiento de elección incluye psicofármacos (ISRS) y psicoterapia.

La investigación en el TDC continúa evolucionando. Aunque las modalidades terapéuticas existentes son eficaces, sigue habiendo un porcentaje de pacientes que se cronifican. Asimismo, existe la necesidad de desarrollar tratamientos más accesibles, que incluyan el uso de las nuevas tecnologías.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que el presente trabajo ha sido redactado sin conflicto de intereses financieros o de otra índole.

BIBLIOGRAFÍA

- (1). Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S. *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington D.C.: American Psychological Association; 1999.
- (2). American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- (3). Veale D, Bewley A. Body dysmorphic disorder. *BMJ*. 2015 Jun 18;350:h2278.
- (4). Phillips KA. *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York, NY: Oxford University Press; 2005.
- (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 30;141(3):305-14.
- (6). Phillipou A, Castle D. Body dysmorphic disorder in men. *Aust Fam Physician*. 2015;44(11):798-801.
- (7). Perkins A. Body dysmorphic disorder: The drive for perfection. *Nursing*. 2019 Mar;49(3):28-33. PMID: 30720669. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000553273.24557.58>
- (8). Simberlund J, Hollander E. The relationship of body dysmorphic disorder to obsessive-compulsive disorder and the concept of the obsessive-compulsive spectrum. In: Phillips KA (editor). *Body Dysmorphic Disorder: Advances in Research and Clinical Practice*. New York, NY: Oxford University Press; 2017.
- (9). Rabe-Jablonska Jolanta J, Sobow Tomasz M. The links between body dysmorphic disorder and eating disorders. *Eur Psychiatry*. 2000 Aug;15(5):302-5.
- (10). 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. Epub 2016 Aug 28. PMID: 27607741. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.002>
- (11). Valderrama J, Hansen SK, Pato C, Phillips K, Knowles J, Pato MT. Greater history of traumatic event exposure and PTSD associated with comorbid body dysmorphic disorder in a large OCD cohort. *Psychiatry Res*. 2020 Jul;289:112962. Epub 2020 May 6. PMID: 32446006. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112962>
- (12). Weingarden H, Curley EE, Renshaw KD, Wilhelm S. Patient-identified events implicated in the development of body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2017 Jun;21:19-25. Epub 2017 Mar 8. PMID: 28285175; PMCID: PMC5440192. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.02.003>
- (13). Rice SM, Siegel JA, Libby T, Graber E, Kourosh AS. Zooming into cosmetic procedures during the COVID-19 pandemic: The provider's perspective. *Int J Womens Dermatol*. 2021 Jan 12;7(2):213-216. PMID: 33937497; PMCID: PMC8072483. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2021.01.012>
- (14). Veale D, Gledhill LJ, Christodoulou P, Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*. 2016 Sep;18:168-86.
- (15). de Souza TSC, Patrial MTCRO, Meneguetti AFC, de Souza MSC, Meneguetti ME, Rossato VF. Body Dysmorphic Disorder in Rhinoplasty Candidates: Prevalence and Functional Correlations. *Aesthetic Plast Surg*. 2021 Apr;45(2):641-648. Epub 2020 Sep 1. PMID: 32875438. <https://doi.org/10.1007/s00266-020-01930-9>
- (16). Schneider SC, Turner CM, Mond J, Hudson JL. Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*. 2017 Jun;51(6):595-603. Epub 2016 Aug 31. PMID: 27585880. <https://doi.org/10.1177/0004867416665483>
- (17). Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, Stein DJ. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010 Jun;27(6):573-91. PMID: 20533368; PMCID: PMC3985412. <https://doi.org/10.1002/da.20709>

- (18). Bouman TK, Mulkens S, van der Lei B. Cosmetic Professionals' Awareness of Body Dysmorphic Disorder. *Plast Reconstr Surg.* 2017 Feb;139(2):336-342. PMID: 28121864. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000002962>
- (19). Veale D, Anson M, Miles S, Pieta M, Costa A, Ellison N. Efficacy of cognitive behaviour therapy versus anxiety management for body dysmorphic disorder: a randomised controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2014;83(6):341-53. Epub 2014 Oct 16. PMID: 25323062. <https://doi.org/10.1159/000360740>
- (20). Hong K, Nezgovorova V, Uzunova G, Schlussek D, Hollander E. Pharmacological Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Curr Neuropharmacol.* 2019;17(8):697-702. PMID: 29701157; PMCID: PMC7059151. <https://doi.org/10.2174/1570159X16666180426153940>
- (21). Dong N, Nezgovorova V, Hong K, Hollander E. Pharmacotherapy in body dysmorphic disorder: relapse prevention and novel treatments. *Expert Opin Pharmacother.* 2019 Jul;20(10):1211-1219. Epub 2019 Apr 30. PMID: 31038370. <https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1610385>
- (22). Kuhn H, Cunha PR, Matthews NH, Kroumpouzou G. Body dysmorphic disorder in the cosmetic practice. *G Ital Dermatol Venereol.* 2018 Aug;153(4):506-515. Epub 2018 Apr 18. PMID: 29667794. <https://doi.org/10.23736/S0392-0488.18.05972-2>
- (23). Higgins S, Wysong A. Cosmetic Surgery and Body Dysmorphic Disorder - An Update. *Int J Womens Dermatol.* 2017 Nov 20;4(1):43-48. PMID: 29872676; PMCID: PMC5986110. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.09.007>