

Vázquez Pérez, María Alejandra

Especialista en Dermatología. Diplomada en Psicodermatología.

E-mail: mavazquezhaedo@gmail.com

Fecha de publicación: 27/10/2022



La obsesión por la belleza

Obsession for beauty

RESUMEN

Introducción. El trastorno dismórfico corporal (TDC) es un cuadro psiquiátrico relativamente común y frecuentemente infradiagnosticado, caracterizado por una preocupación excesiva y permanente por defectos percibidos, reales o imaginarios, en la apariencia personal.

Las redes sociales y los medios de comunicación masiva contribuyen de forma notoria a que este trastorno experimente un auge importante. Identificar correctamente y sin demora el TDC es primordial, ya que se trata de una entidad que acarrea una pobre calidad de vida cuyo tratamiento a menudo es complejo y desafiante, en el que no son raras las conductas autolesivas y la ideación suicida.

El médico estético puede jugar un papel importante en la identificación, diagnóstico y deriva de estos pacientes para su adecuado tratamiento.

Palabras clave. Imagen corporal. Trastorno dismórfico corporal. Dismorfia Autoagresión. Ideación suicida.

ABSTRACT

Body dysmorphic disorder (BDD) is a relatively common and frequently underdiagnosed psychiatric condition characterized by an excessive and ongoing preoccupation with perceived defects, real or imagined, in personal appearance.

Social networks and mass media are a major contributor to the rise of this disorder. Identifying BDD correctly and without delay is paramount, as it is an entity with a poor quality of life and often complex and challenging treatment, in which self-harming behaviours and suicidal ideation are not uncommon.

The aesthetic physician can play an important role in identifying, diagnosing and referring these patients for appropriate treatment.

Keywords. Body image. Body dysmorphic disorder. Dismorphia. Self-harm. Suicidal ideation

INTRODUCCIÓN

La Real Academia de la Lengua Española define lo bello como algo que, por la perfección de sus formas, complace a la vista o al oído y por extensión al espíritu. La belleza es inexplicable, indefinible, inobjetable. Las nociones de belleza juegan un rol crucial en la vida mental y social del ser humano [1]. Desde el campo de la psicología evolutiva se sostiene que determinados atributos como la simetría, medianía y dimorfismo sexual contribuyen a encontrar la pareja ideal con fines procreativos [2]. Estos atributos representan una forma subconsciente de comunicación,

indicando salud y vitalidad [3,4]. Las investigaciones sobre la belleza facial sugieren que la percepción de la belleza es innata y universal, transversal a razas y culturas, y con una clara relación con los circuitos neuronales de recompensa [2,5].

Además, en la actualidad adquiere otro valor ya que la belleza y juventud están ligadas al éxito y la popularidad. En este contexto, la medicina, la tecnología y la industria farmacéutica se esfuerzan en desarrollar nuevas técnicas y productos destinados a mejorar la apariencia, implementando tratamientos más seguros y con tiempos de recu-

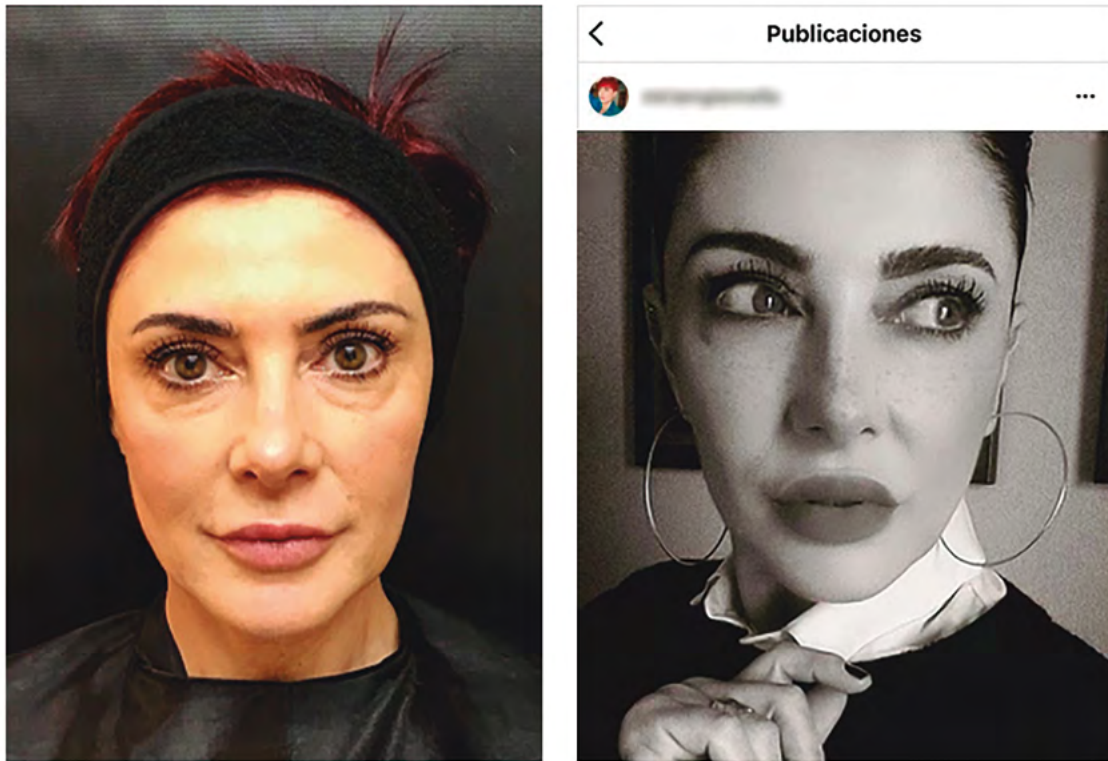


Figura 1. Paciente de 54 años que se presenta en la consulta solicitando aplicación de filler en los labios para conseguir el resultado del filtro aplicado en una fotografía de Instagram.

peración más breves. La oferta crece día a día, se masifica y se amplifica a través de los medios de comunicación y las redes sociales. Lo que inicialmente estaba reservado a una élite, ahora está al alcance de cualquiera; añadiendo el mensaje de que los tratamientos médicos cosméticos son el camino hacia la perfección corporal [6]. De esta manera, la belleza y los procedimientos estéticos se convierten en objetos de deseo y de consumo. Consumo que se ha mantenido incluso en la emergencia sanitaria, como la que ha supuesto la pandemia por Covid-19, tal como lo demuestran las últimas encuestas de la *International Society of Aesthetics Surgery*, que informan un incremento del 5,8% en los procedimientos estéticos ambulatorios durante este período [7].

Las redes sociales han adquirido un rol protagónico, no solo en la difusión de imágenes e información de procedimientos, sino por la aparición de filtros y aplicaciones que mejoran la apariencia hasta límites casi imposibles. La omnipresencia de dichas herramientas que mejoran el aspecto de la piel, blanquean dientes, generan volumen en labios y pómulos proveen nuevos estándares, alterando la percepción, dando lugar a modelos irreales e inverosímiles de belleza. La publicación de autorretratos (*selfies*) en

redes sociales puede alimentar circuitos de recompensa, pero también contribuye a perpetuar el ritual de chequeo de las publicaciones y a colocar el foco en la apariencia, o mejor en los ideales de apariencia, pudiendo llevar a situaciones de discomfort con la imagen corporal. Se ha descrito un nuevo fenómeno, denominado “*Snapchat dysmorphia*”, lo que se podría traducir como la dismorfia basada en fotografías y vídeos del propio sujeto sometidos a procedimientos que pretenden lucir como las versiones filtradas de sí mismos [8,9] (Figura 1).

Todo lo expuesto se ve reflejado en la consulta estética, dónde los pacientes acuden con ideales de juventud eterna en busca de la perfección. Sin duda, los procedimientos estéticos generan un alto impacto en la calidad de vida. Probablemente a muchas personas les gustaría cambiar algo de su apariencia, lo que es perfectamente entendible. El problema se suscita cuando los cambios se convierten en una obsesión [10]. Ante situaciones de este tipo cabe hacerse las siguientes preguntas: ¿qué pasa cuando la autopercepción se ve alterada? ¿Qué pasa cuando el paciente ve defectos inexistentes y busca ayuda en una consulta de medicina estética? ¿Cuál es el límite que un médico estético debe tener ante estas situaciones?

Además, deben tenerse presentes determinados cuadros para una valoración más ajustada, entre los que destaca el trastorno dismórfico corporal.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

La imagen corporal es la representación mental de cómo pensamos y sentimos el propio cuerpo. Es uno de los componentes de la identidad personal. Se inicia en la infancia y tiene un enfoque biopsicosocial. Se basa en distintas percepciones de tamaño, forma y superficie. Se siente, se percibe y se piensa. Además, esta imagen corporal está influenciada por cánones sociales y culturales. Se trata de un concepto complejo, conformado por cuatro componentes principales.

- Cognitivo: pensamientos y creencias.
- Perceptual: percepciones de forma y tamaño corporal.
- Afectivo: sentimientos hacia el propio cuerpo.
- Conductual: acciones dedicadas a la imagen corporal [10,11].

El trastorno dismórfico corporal (TDC) es una condición crónica y disfuncional, cuyo eje es la alteración de la imagen corporal, basada en dos componentes mayores, creencias falsas y percepciones equivocadas. Los pacientes manifiestan excesiva preocupación por un defecto realmente mínimo o completamente imaginario, emprendiendo conductas que consumen horas de su vida [12]. El paciente toma su cuerpo como objeto pasible de alcanzar un ideal de belleza, ideal imaginario, ideal inalcanzable, y por inalcanzable, genera frustración, angustia y ansiedad, quedando atrapado en un círculo vicioso frente al espejo [13].

El TDC fue descrito por Morselli en 1886, aunque pasó casi un siglo hasta que fue incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM). Actualmente el DSM-V lo incluye dentro del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Según el grado de percepción (*insight*), las ideas que exhiben estos pacientes oscilan desde obsesiones, en las cuales el paciente reconoce su dificultad, a ideas sobrevaloradas, con una percepción pobre que pone en duda la veracidad de sus deformidades supuestas; pudiendo llegar a delirios, donde los pacientes se sienten completamente deformes, lo que repercute negativamente sobre su vida social [10,13,14]. Para ellos el defecto que perciben está presente y es realmente importante. El foco de las preocupaciones va fluctuando, siendo más común en los aspectos faciales, cutáneos o capilares; aunque todo está bajo constante escrutinio con una preocupación permanente [10,13,15,16].

CUADRO CLÍNICO

El TDC se inicia alrededor de la pubertad, con distribución similar por sexos. Su prevalencia varía según la población estudiada, siendo de alrededor del 2,5% en la población general, pudiendo ascender hasta el 11% en consultorios dermatológicos, y alcanzando hasta el 53% en ciertas prácticas de cirugía estética [16-18].

De manera similar al TOC, son pacientes con alto grado de exigencia estética, demandantes de perfeccionismo y simetría, que presentan pensamientos intrusivos y comportamientos repetitivos con gran pérdida de tiempo [17]. Presentan distorsión de la imagen corporal, basada en un componente perceptual, magnificando un supuesto defecto [13]. A esto se agregan déficits cognitivos que involucran dominios de atención, función ejecutiva y memoria, así como también alteración del procesamiento visual. La excesiva atención autofocalizada, con monitoreo y observación de su apariencia, da lugar a los rituales de chequeo y acicalamiento. Estos pacientes exhiben dificultad en el manejo de la atención selectiva, prestando mayor atención sobre el defecto percibido por encima de una mirada global; además se acompaña de presencia de errores cognitivos, como creencias catastróficas acerca de su futuro y su supuesta fealdad, interpretando las miradas ajenas con sesgo de amenaza o rechazo [11,18].

El distrés y la disfuncionalidad aumentan en situaciones sociales, generando ansiedad y depresión. Se menciona que los cuadros depresivos son diez veces más comunes y los episodios de ansiedad cuatro veces en pacientes con TDC [19]. La ansiedad suele canalizarse a través de rituales de camuflaje, como maquillajes, vestimentas, peinados y/o gafas. A esto se suman los rituales de chequeo frente a espejos o cualquier superficie reflejante. Estos rituales suelen ocupar por lo general muchas horas de sus vidas [20]. Los períodos depresivos desencadenan conductas de evitación social, que van aislando paulatinamente al paciente y, en muchos casos, conduce al cese escolar o laboral [21,22].

En estos pacientes son muy frecuentes las conductas autoagresivas, como la dermatilomanía o pellizcado de la piel hasta grados de excoiación (*skin picking disorder*) o procedimientos realizados para disimular supuestos defectos, como el caso de pacientes que intentaron una lipoexéresis con cuchillo o *lifting* mediante engrapado [16]. Así mismo, es frecuente que concurren adicciones a distintas sustancias.

Es destacable que hasta el 75% de los pacientes con TDC ha presentado al menos un episodio de ideación suicida en algún momento del curso de la enfermedad y en el 25% se han informado intentos de suicidio. Es importante tener en cuenta que la posibilidad de suicidio está estimada en

Appendix 1. Body Dysmorphic Disorder Questionnaire–Dermatology Version

Are you very concerned about the appearance of some part of your body, which you consider especially unattractive? Y N

If no, thank you for your time and attention. You are finished with this questionnaire.

If yes, do these concerns preoccupy you? That is, you think about them a lot and they're hard to stop thinking about? Y N

What are these concerns? What specifically bothers you about the appearance of these body parts? _____

What effect has your preoccupation with your appearance had on your life? _____

Has your defect often caused you a lot of distress, torment or pain? How much? (circle best answer)

1	2	3	4	5
No distress	Mild, and not too disturbing	Moderate and disturbing but still manageable	Severe, and very disturbing	Extreme, and disabling

Has your defect caused you impairment in social, occupational or other important areas of functioning? How much? (circle best answer)

1	2	3	4	5
No limitation	Mild interference but overall performance not impaired	Moderate, definite interference, but still manageable	Severe, causes substantial impairment	Extreme, incapacitating

Has your defect often significantly interfered with your social life?
 If yes, how? _____ Y N

Has your defect often significantly interfered with your school work, your job, or your ability to function in your role? Y N

Are there things you avoid because of your defect? Y N

Figura 2. Cuestionario para TDC, versión dermatológica. Tomado de Dufresne *et al* (2001)29.

45 veces más respecto de la población general, por encima del trastorno depresivo mayor [23].

Conviene saber que existe la posibilidad de conductas heteroagresivas, muchas veces dirigidas hacia sus médicos tratantes, que van desde amenazas e insultos hasta los daños físicos o demandas judiciales infundadas. En casos extremos se han documentado asesinatos sobre los médicos responsables [22, 24].

Tres de cada cuatro pacientes con TDC acuden a la consulta de medicina estética y emprenderán un tratamiento innecesario con la casi constante insatisfacción posterior y el empeoramiento de los síntomas [25].

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico habitualmente es tardío, en parte porque generalmente los pacientes deambulan por consultas dermatológicas y estéticas durante años o décadas, y no acuden a un profesional en salud mental salvo en etapas de alto deterioro, consultando muchas veces por comor-

bilidades [19]. Entre los cuadros asociados más frecuentemente se encuentran el trastorno depresivo mayor, las fobias sociales, adicciones a sustancias, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos alimentarios, trastornos de personalidad y trastornos de ansiedad [19,26,27]. Hay que remarcar que muchas veces son pacientes que acaban hospitalizados por cuadros de autolesiones [28].

Para abordar el diagnóstico se acepta que la herramienta más útil es el cuestionario para TDC, con una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de alrededor del 90% [14,19,29] (Figura 2).

Los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-V son los que siguen.

- A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico, que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.
- B. En algún momento, durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos

repetitivos, tales que mirarse en el espejo, asearse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas o presentar actos mentales recurrentes, como comparar su aspecto con el de otros como respuesta a la preocupación por el propio aspecto.

- C. La preocupación es causa de malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.

En el momento del diagnóstico debe establecerse si cursa con dismorfia muscular y especificar el grado de percepción del paciente, ya que reviste gran importancia en el momento de plantear un plan terapéutico [12].

CONCLUSIONES

El TDC es un cuadro grave, crónico y de diagnóstico tardío. Agravado por la posibilidad de ideación suicida e intentos de suicidio en números altísimos y que lleva al enclaustramiento doméstico, con baja escolar o laboral, configurando una muy baja calidad de vida.

El médico estético se encuentra en una situación estratégica ideal para identificar esta entidad. Los obstáculos por vencer son la falta de conocimiento, la frivolidad de la consulta estética y la estigmatización del diagnóstico psiquiátrico.

La estrategia es la comunicación clara, la empatía, la información para el paciente y su entorno y la fortaleza del vínculo terapéutico. Se deberá desplegar toda la pericia técnica, experiencia, intuición y empatía para atender una demanda que muchas veces excede la esfera de lo corporal.

BIBLIOGRAFÍA

- (1). Stein DJ, Carey PD, Warwick J. Beauty and the beast: Psychobiologic and evolutionary perspectives on body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*. 2006 Jun;11(6):419-22. <https://doi.org/10.1017/s1092852900014590>
- (2). Wald C. Neuroscience: The aesthetic brain. *Nature*. 2015 Oct 8;526(7572):S2-3. <https://doi.org/10.1038/526S2a>
- (3). Dayan SH, Arkins JP. The subliminal difference: a new treatment philosophy. *J Drugs Dermatol*. 2012;11(suppl 3):s10-s11.
- (4). Fink B, Penton-Voak I. Evolutionary psychology of facial attractiveness. *Current Directions in Psychological Science*. 2002;11(5):154-158. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00190>
- (5). Aharon I, Etcoff N, Ariely D, Chabris CF, O'Connor E, Breiter HC. Beautiful faces have variable reward value: fMRI and behavioral evidence. *Neuron*. 2001 Nov 8;32(3):537-51. [https://doi.org/10.1016/s0896-6273\(01\)00491-3](https://doi.org/10.1016/s0896-6273(01)00491-3)
- (6). Sarwer DB. Body image, cosmetic surgery, and minimally invasive treatments. *Body Image*. 2019 Dec;31:302-308. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.01.009>
- (7). ISAPS International Survey. *Aesthetic/Cosmetic Procedures in 2020*.
- (8). Rajanala S, Maymone MBC, Vashi NA. Selfies-Living in the Era of Filtered Photographs. *JAMA Facial Plast Surg*. 2018 Dec 1;20(6):443-444. <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2018.0486>
- (9). McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH, Masters J. Photoshopping the selfie: Self photo editing and photo investment are associated with body dissatisfaction in adolescent girls. *Int J Eat Disord*. 2015 Dec;48(8):1132-40. <https://doi.org/10.1002/eat.22449>
- (10). Tomas-Aragones L, Marron SE. Body Image and Body Dysmorphic Concerns. *Acta Derm Venereol*. 2016 Aug 23;96(217):47-50. <https://doi.org/10.2340/00015555-2368>
- (11). Hosseini SA, Padhy RK. Body Image Distortion. 2022 Sep 5. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.

- (12). American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington. 2013.
- (13). Yaryura JA, et al. Obsesiones corporales. Ed. Polemos, Buenos Aires, 2003.
- (14). Nicewicz HR, Boutrouille JF. Body Dysmorphic Disorder. 2022 Jan 14. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.
- (15). Higgins S, Wysong A. Cosmetic Surgery and Body Dysmorphic Disorder - An Update. *Int J Womens Dermatol.* 2017 Nov 20;4(1):43-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.09.007>
- (16). Shivakumar S, Jafferany M, Sood S, Sushruth V. Cosmetic Presentations and Challenges of Body Dysmorphic Disorder and Its Collaborative Management. *J Cutan Aesthet Surg.* 2021 Jan-Mar;14(1):20-25. https://doi.org/10.4103/JCAS.JCAS_180_20
- (17). Krebs G, Fernández de la Cruz L, Mataix-Cols D. Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder. *Evid Based Ment Health.* 2017 Aug;20(3):71-75. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102702>
- (18). Toh WL, Castle DJ, Rossell SL. How individuals with body dysmorphic disorder (BDD) process their own face: a quantitative and qualitative investigation based on an eye-tracking paradigm. *Cogn Neuropsychiatry.* 2017 May;22(3):213-232. <https://doi.org/10.1080/13546805.2017.1300090>
- (19). Herbst I, Jemec GBE. Body Dysmorphic Disorder in Dermatology: a Systematic Review. *Psychiatr Q.* 2020 Dec;91(4):1003-1010. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09757-y>
- (20). Phillipou A, Castle D. Body dysmorphic disorder in men. *Aust Fam Physician.* 2015;44(11):798-801.
- (21). Fang A, Matheny NL, Wilhelm S. Body dysmorphic disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2014 Sep;37(3):287-300. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.003>
- (22). Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12(2):221-32. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/abjornsson>
- (23). Shaw AM, Arditte Hall KA, Rosenfield E, Timpano KR. Body dysmorphic disorder symptoms and risk for suicide: The role of depression. *Body Image.* 2016 Dec;19:169-174. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.09.007>
- (24). Rieder E. Approaches to the cosmetic patient with potential body dysmorphia. *J Am Acad Dermatol.* 2015 Aug;73(2):304-7. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.04.016>
- (25). Robles ME, Buenaventura M. El espejo miente. Comprender y tratar el trastorno dismórfico corporal. *Medicina Estética.* 2021 Nov.69(4):17-21. <https://doi.org/10.48158/MedicinaEstetica.069.02>
- (26). Bowyer L, Krebs G, Mataix-Cols D, Veale D, Monzani B. A critical review of cosmetic treatment outcomes in body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2016 Dec;19:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.07.001>
- (27). Siegfried E, Ayrolles A, Rahioui H. L'obsession de dysmorphie corporelle : perspectives d'évolution de la prise en charge [Body dysmorphic disorder: Future prospects of medical care]. *Encephale.* 2018 Jun;44(3):288-290. French. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.08.001>
- (28). Eskander N, Limbana T, Khan F. Psychiatric Comorbidities and the Risk of Suicide in Obsessive-Compulsive and Body Dysmorphic Disorder. *Cureus.* 2020 Aug 17;12(8):e9805. <https://doi.org/10.7759/cureus.9805>
- (29). Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatol Surg.* 2001 May;27(5):457-62. <https://doi.org/10.1046/j.1524-4725.2001.00190.x>