

I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2009.

## **Dismorfia corporal: ¿trastorno monosintomático o fenómeno transnosográfico?.**

Basualdo, Analia Beatriz, Piro, María Cristina y Sosa Córdoba, Graciela Carmen.

Cita:

Basualdo, Analia Beatriz, Piro, María Cristina y Sosa Córdoba, Graciela Carmen (2009). *Dismorfia corporal: ¿trastorno monosintomático o fenómeno transnosográfico?.* I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-020/592>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eYG7/zHu>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# DISMORFIA CORPORAL: ¿TRASTORNO MONOSINTOMÁTICO O FENÓMENO TRANSNOSOGRÁFICO?

Basualdo, Analia Beatriz; Piro, María Cristina; Sosa Córdoba, Graciela Carmen  
Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata, Argentina

## RESUMEN

El presente trabajo tiene por objetivo realizar un análisis crítico acerca del libro de Katharine R. Phillips "The Broken Mirror Understanding and treating Body Dimorphic Disorder", publicado por la Oxford University Press en el año 2005. La autora presenta una vasta casuística de sujetos "obsesionados con su apariencia" a los que agrupa bajo la denominación diagnóstica de "Body Dimorphic Disorder". Esta categoría monosintomática, que reconoce una causa única, en este caso, un defecto del metabolismo cerebral, la autoriza a indicar, para la totalidad de los pacientes allí incluidos, un tratamiento medicamentoso específico y una terapia que llama "de reversión de hábitos". Desde nuestro punto de vista, se trataría de presentaciones sintomáticas en las que podemos reconocer categorías clínicas bien diferenciadas y cuyo abordaje merece una consideración específica a la luz de la relación fenómeno-estructura. Palabras clave: B.D.D- terapia- mono-sintoma- estructura.

## Palabras clave

B.D.D Terapia Monosintoma Estructura

## ABSTRACT

BODY DYSMORPHIC: ¿MONOSYPTOM DIDORDER OR TRANSNOSOGRAPHIC PHENOMEMA?

This paper is about a critical comment on Katharine R. Phillips' book "The Broken Mirror. Understanding and treating Body Dimorphic Disorder" published by Oxford University Press (2005). The author presents here an astonishing number of cases "obsessed with their looks", which she gathers under the diagnosis of "Body Dimorphic Disorder", their cause being a defective brain metabolism. This "mono- symptomatic" category, owed to a unique cause, enables her to recommend a specific pharmacological treatment and a so called "therapy of habits reversion". From the point of view of this paper, on the contrary, the cases should be seen as presentations of symptoms belonging to quite different clinical categories, each one of them earning a more specific consideration, to understand whether it belongs to psychosis or neurosis field. It is specially important, then, to pay attention to the context and to their structural traits.

## Key words

BDD Therapy Monosymptom Structure

En el contexto de una investigación titulada "Clínica diferencial de las perturbaciones de la experiencia y percepción del cuerpo" nos hemos ocupado de analizar el libro The Broken Mirror. Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder[1], de la Dra. Katharine R. Phillips.[2] Este texto ha suscitado nuestro interés acerca de las presentaciones actuales de ciertas manifestaciones clínicas que se construyen sobre un rasgo o en tanto respuesta común a un fármaco y que se engloban bajo la calificación de mono-sintomas.

En un extenso tratado de 412 páginas, K.R. Phillips desarrolla de manera exhaustiva el Desorden Dismórfico del Cuerpo, (B.D.D. por su sigla en inglés) entidad cuya importancia descubre durante sus años de residencia médica en Harvard, conmovida por el sufrimiento de un número muy grande de personas (en sus pala-

bras, el 2% de la población mundial) sufrimiento que, por otra parte, resulta poco familiar para mucha gente. La autora se dedica a identificar y tratar específicamente a las personas afectadas por este monosintoma. Desde su Programa en el Butler Hospital, trata de llegar al mayor número de personas a quienes ofrece diagnosticar y tratar gratuitamente, si el caso lo amerita. Junto a sus numerosas referencias académicas, suele citarse que ha dado entrevistas televisivas, como en el Oprah Winfrey Show, CNN, así como a diarios de Nueva York y de Boston.

## Un poco de historia

El diagnóstico de B.D.D., llamado también ahora T.D.C (Trastorno Dismórfico Corporal), reemplaza un antiguo diagnóstico hecho por Enrico Morselli (1858-1929) quien, en 1886, llamó a este síntoma "Dismorfofobia", señalando con esta denominación a ciertos enfermos aquejados por la duda del padecimiento de alguna deformidad, con un sentimiento subjetivo de fealdad, a pesar de mantener la apariencia de una persona normal. Dentro de las clasificaciones internacionales, recién en el año 1987 el D.S.M.III, incluye por primera vez la dismorfofobia como una entidad independiente con la denominación de Trastorno Dismórfico, incluida en la sección de Trastornos Somatomorfos. Pero en el DSM III -R se descalifica este término y es reemplazado por el de dismórfico, por entender que resulta impreciso ya que reposaría sobre la base de su etimología (a saber, "miedo a la fealdad") desestimando la particularidad de este trastorno, que es una especial preocupación por la apariencia propia y por considerar, a su vez, que no conlleva una evitación fóbica. De esta manera se lo hace entrar en su clasificación como Trastorno Somático Atípico, diagnóstico que ese mismo año se subdivide en: Trastorno Dismórfico Corporal y Trastorno Alucinatorio de Subtipo Somático.

En el D.S.M. IV (1995) aparece dentro de los Trastornos Somatomorfos como Trastorno Dismórfico Corporal, categoría que comparte con Somatizaciones, Trastornos Indiferenciados, de Conversión, por Dolor, Hipocondría y No Especificados.

## CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO

El libro está escrito en un lenguaje intencionalmente coloquial, ya que no se dirige sólo a los profesionales sino al público en general y a los posibles afectados en particular. Por lo tanto define muy llanamente, a los que sufren de B.D.D. como personas que se preocupan acerca de cómo se ven, obsesionadas con la creencia de que hay algo malo en su apariencia física. Se describen como poco atractivas, desagradables, deformadas, anormales, desfiguradas u horrosas; algunas personas se ven monstruosas. La mayoría ocupa por lo menos ocho horas de su día en pensar en su trastorno y deben hacer un gran esfuerzo por concentrarse en otras tareas. Muchas veces estos pensamientos negativos giran en torno a una cirugía que piensan defectuosa y aunque tratan de resistirse a ellos, un porcentaje renuncia, frente al reiterado fracaso para lograrlo, refiriendo carecer de control sobre estas ideas. El núcleo del trastorno es, precisamente, la falta de control sobre sus preocupaciones y pensamientos. Los intentos de convencerlos de que en realidad su aspecto es normal, no surten efecto. El dolor frente a la falta de control de estos pensamientos negativos y estresantes está distribuido en porcentajes variables: molestias leves 6%; moderadas 40%; severas 44% y extremadamente discapacitantes 10%. Normalmente, esta percepción se acompaña de sentimientos de culpa, vergüenza, humillación y baja autoestima. Piensan que han podido ser causa de su defecto, o que no hacen lo suficiente para corregirlo. Algunos se sienten egoístas y vanos por preocuparse de cosas triviales, otros no. Muchos se aíslan de las otras personas por sentirse despreciables o por sentirse incomprendidos. El 60% presenta "pensamientos referenciales" asociando acontecimientos del entorno como referidos negativamente a ellos, con distintos grados de certeza. Este aspecto, particularmente, es el que la terapia cognitivo conductual que se recomienda, apunta a cambiar. En algunos casos inusuales llegan a pensar que, por ejemplo, " le miran su nariz con binoculares" o murmuran a su paso "ella es fea" o "perro".

Aparecen numerosas conductas tendientes a camuflar el defecto con ropas, sombreros, maquillaje o corregirlo con cirugías, consultas a dermatólogos, dentistas, endocrinólogos, médicos en general o recurren a medicinas alternativas. Hacen dietas, van a gimnasios y cosmetólogos. En muchos casos, el carácter irrisis-

tible de las conductas llamadas de reaseguramiento emparenta el T.O.C. (Trastorno Obsesivo Compulsivo) con el B.D.D. No obstante, la autora señala que, mientras los primeros se ven afectados por la persistencia y penetrante intrusión de las obsesiones, los segundos centrarían su preocupación en el contenido.

### DE LA VARIEDAD A LO HOMOGÉNEO

Phillips alterna la descripción de algunas características típicas del B.D.D con tablas de porcentajes referidas a distintos ítems, tales como las partes del cuerpo implicadas; las horas que los pacientes dedican a pensar en su trastorno; el porcentaje de control sobre el mismo; las áreas sociales afectadas; listas de conductas compulsivas, conductas compensatorias, consultas a cirujanos, tratamientos dermatológicos. Junto con esto, el texto está salpicado de variadas viñetas clínicas que muestran la diversidad de las manifestaciones que se asocian a esta enfermedad, a pesar de ser presentadas por la autora como prueba de su homogeneidad. El mensaje es el de equiparar todas las presentaciones en una sola categoría. En su sitio web[3] se expresa concretamente que “aunque nadie con B.D.D. tiene exactamente la misma experiencia, todas tienen en común cosas importantes, el sufrimiento o el no funcionar tan bien como debieran, ya sea por sus preocupaciones, por su aspecto o por cómo se ven”.

Esta homogeneización del síntoma, conceptualizado como trastorno, como algo a reducir, la autoriza a la autora a buscar una causa única que se remonta a lo biológico, y que se sustenta en la similitud de respuesta que las personas aquejadas de esta enfermedad presentan al fármaco, conclusión a la que arriba, no sin cautela. Ante la variedad de formas clínicas que las personas presentan, Phillips sitúa, además, otra similitud: la respuesta que los sujetos ofrecen al tratamiento cognitivo comportamental sugerido, situación que pone de relieve no sólo una devaluación de la clínica, sino el desplazamiento de la particularidad subjetiva hacia una compulsión a lo idéntico que indica el carácter social que este abordaje introduce.

Lo que la autora sí reconoce son gradaciones en el trastorno, que van de moderadas a severas, implicando estas últimas un riesgo de vida.

#### *De la terapéutica*

Como ya lo señaláramos, la Terapia Cognitiva Conductual es la recomendada. Se centra en “revertir la baja autoestima, el retraimiento y la influencia negativa que esto podría tener en la interacción con otros”. Un componente del tratamiento es “ayudar a entender a los afectados que la gente valora aspectos muy variados de aquellos que conoce y ama, tales como calidez, amabilidad y personalidad y que cuando perciben que ellos sufren, es poco probable que se centren en considerar su defecto”.

La respuesta del B.D.D. a los inhibidores de la recaptación de serotonina sugiere un rol importante de la química cerebral. La serotonina es un químico natural del cerebro que facilita las sinapsis y que “influye en funciones críticas como el humor, cognición, memoria, sueño, apetito, conducta frente a la comida, conducta sexual y dolor. Inhibe conductas agresivas y destructivas, tiene un papel importante en varios desórdenes psiquiátricos, depresión y T.O.C.” La similitud del B.D.D. con el T.O.C., aunque no son patologías iguales, apoyan la teoría de las anomalías del neurotransmisor que serían la base del trastorno.

Parece haber un gen “que chupa serotonina como una aspiradora de las sinapsis neuronales”. Desde esta perspectiva, el B.D.D., como otras enfermedades mentales, sería un desorden genético complejo, que predispone a obsesiones, luego canalizadas en B.D.D. Estos factores genéticos crean una “vulnerabilidad” que facilita la incidencia de otros factores culturales, sociales, familiares. Aunque no se ha hallado evidencia de zonas cerebrales afectadas, un raro caso de difusa enfermedad cerebral, una esclerosis panencefalítica sub-aguda, presentaba síntomas parecidos al B.D.D., de modo que un cerebro afectado puede llevar a preocupaciones corporales. La corteza caudada y orbitofrontal presenta mayor actividad metabólica en el T.O.C. y la amígdala también juega un papel muy importante como “botón de pánico” desencadenando una reacción frente a la amenaza, de miedo y huida.

La preocupación por la simetría del cuerpo en el B.D.D. podría basarse en un retraso en el marco de la evolución, ya que los animales buscan en sus parejas la simetría.

También cita ejemplos de conductas compulsivas en perros y en palomas, consistentes en lamerse hasta provocarse pérdida de pelo o arrancamiento de plumas, como demostración de que “conductas normales pueden salirse de cauce”.

La medicación con Prozac (fluoxetina) hace a los animales más dominantes y confiados, inhibiendo sus conductas compulsivas. Lo mismo ocurre con los afectados por el B.D.D.

### CON EL PSICOANÁLISIS

¿Cuál es el interés que han despertado estos desarrollos para el psicoanálisis? En la actualidad, la clínica psicoanalítica se ha confrontado con nuevas formas de presentación sintomáticas, formas clínicas que implican dificultades a la hora de arribar a un diagnóstico diferencial. Una multiplicidad de síndromes o trastornos mentales ha venido a ocupar el escenario de la salud mental, enfatizándose el estatuto singular de cada expresión del padecimiento, desestimándose de qué son signo, o qué solidaridad lógica guardan con la estructura en la que se inscriben, o bien de qué disfuncionamiento pueden ser la manifestación. Este movimiento de fragmentación de las categorías clínicas, tiene el efecto de transformar el síntoma en la unidad elemental de la clínica y reemplazar las entidades estructurales por diagnósticos monosintomáticos. Ante este estado de cosas, la designación que los diagnósticos monosintomáticos proponen a las diversas formas del malestar se establece en torno a una nomenclatura pre-establecida. Partiendo de una identidad constituida a partir de un trazo común, la elección del síntoma en la clínica monosintomática no responde a un criterio de subjetivación sino de asimilación.

En el libro que nos ocupa, la autora se aboca a enumerar, ordenar, clasificar, y caracterizar conductas y pensamientos asociados en diferentes sujetos y contextos atendiendo a un patrón comportamental único de la categoría clínica que aísla como B.D.D. El análisis de sus descripciones evidencia que coexisten en el material que sirve de sustento a su propuesta, con un idéntico valor diagnóstico, una certeza delirante y una idea sobrevalorada. Haciendo hincapié en una aparente envoltura formal común, y desestimando las precisiones causales, el B.D.D. se presenta como una verdadera enfermedad. Esta perspectiva intenta sostener un carácter homogéneo del malestar en relación a la causa, que para la autora responde a un desequilibrio bioquímico, “desorden genético complejo”, situación que determina la universalización de la terapéutica, sea en tratamientos psicoterapéuticos con enfoques biológicos o la terapia cognitivo conductual.

Para este enfoque, el sujeto se reduce a la categoría de individuo y el terapeuta a un diagnosticador y evaluador de los procesos desadaptativos, para lo que organiza experiencias de aprendizaje que modifiquen las cogniciones y los patrones de conducta relacionados con ellas.

¿Cómo impedir que esa variedad de síntomas se pierda en un relativismo clasificatorio poco eficiente en la práctica e inconsistente en la teoría cuando se recurre, por ejemplo a la noción de co-morbilidad?

La variabilidad fenomenológica no encuentra su elaboración sino a partir de coordenadas estructurales y es aquí donde la relación fenómeno- estructura se impone. El psicoanálisis, centrado en lo particular de cada caso, otorga una importancia fundamental a la recuperación de las categorías diagnósticas que los D.S.M. han diluido haciendo desaparecer el síntoma como causa en juego, por la idea de trastorno. Esta noción, en su afán de una pretenciosa exhaustividad, culmina en una proliferación ad infinitum de categorías con la ilusión de englobar, bajo una nominación, la multiplicidad de malestares. Unen los “trastornos” fragmentando categorías clínicas con una lógica de super-especialización que tiende a saber hacer con los afectados, controlándolos mediante terapias conductuales o farmacológicas. En este sentido, la noción de monosintoma, reforzando una lógica pretendidamente empírica de abordaje, desdibuja el rigor de la distinción clínica disolviendo la dimensión del sujeto en juego. ¿Cómo saber, sin un diagnóstico adecuado, en cada sujeto, qué papel juega su “monosintoma” en su economía libidinal? ¿Cómo saber si el B.D.D. en un sujeto no es una suplencia a respetar, que evita el desencadenamiento de una psicosis? ¿O cómo saber si no es precisamente lo contrario, el desencadenamiento de una psicosis? ¿Se puede actuar igual en estas estructuras que en las neuróticas? Esto no parece tener

relevancia en el libro que nos ocupa porque el conjunto monosintomático ha generado el mito de una causa única, de una cura única. Es en la consideración de estos cuestionamientos que el psicoanálisis retoma la pregunta por la causa y el estatuto singular inherente al padecimiento subjetivo. El acento está puesto en el privilegio otorgado a lo que hay de único en cada sujeto, más allá de un saber genérico desplegado a partir de una grilla nosográfica. En esta perspectiva, el fenómeno dismórfico resulta transnosográfico, en la medida en que puede presentarse en variadas categorías clínicas, adquiriendo un estatuto diferencial a partir de su delimitación a la luz de las coordenadas estructurales que lo enmarcan.

Bajo la rúbrica de clínica monosintomática se define una particular política del síntoma caracterizada por la compulsión a lo idéntico. Su fundamento social está en el carácter epidémico que esta política produce y que se evidencia en los llamados nuevos síntomas.

En la clínica monosintomática la elección del síntoma, como lo hemos planteado al comienzo del artículo, no responde a un criterio de subjetivación sino de asimilación. La compulsión a lo idéntico da lugar a agrupaciones reunidas a partir de lo que unifica y no de lo que diferencia. Aquí es donde el psicoanálisis instala una política diferente de la política contemporánea del síntoma: aquella que incluye al sujeto en su particularidad y al analista, en tanto lugar capaz de introducir en lo homogéneo, la diferencia.

Los monosíntomas son síntomas sociales, es decir, algo que perturba el lazo social establecido, el discurso del amo, y, frecuentemente, genera instituciones que se dedican a reducirlos o anularlos bajo las banderas del Bien. El precio de la homogeneización bajo un rasgo es el de identificarse con él, en la medida en que ese rasgo otorga un ser al sujeto. Las identificaciones horizontales reemplazan o suturan las vacilaciones del Otro. Las instituciones que se ocupan de los afectados por estos monosíntomas (toxicómanos, bulímicos, anoréxicos, víctimas de la violencia familiar, en este caso "afectados de B.D.D.") dan lugar, como vemos en este libro, a construcciones sociales de mucho peso en torno a su detección y su tratamiento. El psicoanálisis postula un camino inverso. Se trata en su práctica de deconstruir conjuntos para llegar a la singularidad de la economía libidinal de un sujeto. Mientras lo social busca erradicar el síntoma, el psicoanálisis busca hacerlo hablar. Si bien reconoce un núcleo duro de "goce autista", nunca lo aborda directamente. El olvido de las categorías clínicas tradicionales y las terapéuticas basadas en la homogeneización a través de una clasificación a partir de monosíntomas, determina constelaciones diagnósticas simplificadas, que muchas veces fijan a los sujetos en posiciones identificatorias irreversibles. Es la invención freudiana la que ofrece, nuevamente una respuesta ante lo errático de este abordaje. Frente a la globalización del malestar, siempre permeable al contexto social y discursivo de la época, el psicoanálisis reinstala, más allá de la estructura formal, su intervención a partir de lo que constituye su orientación: el síntoma en tanto particularidad del sujeto.

---

## NOTAS

[1] Phillips, K.R. *The Broken Mirror. Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. Oxford University Press. 2005

[2] K.R. Phillips es médica graduada en Dartmouth College y en Dartmouth Medical School, hizo su Residencia en Psiquiatría en el McLean Hospital/Harvard Medical School. Es Directora del Butler Hospital's Body Dysmorphic Disorder and Body Image Program. Es miembro del American College of Psychiatrists y del American College of Neuropsychopharmacology y, desde hace 10 años, sus investigaciones son financiadas por el National Institute of Mental Research.

[3] [www.butler.org/body\\_cfm?id=129\\_85k](http://www.butler.org/body_cfm?id=129_85k)

## BIBLIOGRAFÍA

Autores varios (1994) *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales*. Barcelona, Masson, 1995.

DI CIACCIA, A. (2005) *Lo singular. Una práctica de la época. El psicoanálisis contemporáneo*. Grama ediciones, 2005.

FREUD, S. *El Sentido de los síntomas y modos de formación de síntomas. Introducción al Psicoanálisis, Obras Completas, T. II, Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.*

FREUD, S. *Más Allá del Principio del Placer, Obras Completas. T. I, Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.*

FREUD, S. *El Malestar en la Cultura. Obras completas T III, Biblioteca Nueva. Madrid. 1968.*

LACAN, J. *De nuestros antecedentes. Escritos I, México, Siglo XXI, 2000.*

LACAN, J. *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. Escritos 2. Siglo XXI Editores. 1987.*

LAURENT, E. *El Blog-Note del Síntoma. Tres Haches. Bs.As., 2006.*

MILLER, J.-A. *El Otro que no existe y sus Comités de Ética. Paidós. Bs. As., 2005.*

PHILLIPS, K.R. *The Broken Mirror. Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder. Oxford University Press. 2005.*

PHILLIPS, K.R. [www.butler.org/body](http://www.butler.org/body)

RECALCATI, M. *Depresiones contemporáneas. Una práctica de la época. El psicoanálisis contemporáneo. Grama ediciones, 2005.*

RECALCATI, M. *Cuatro notas sobre clínica psicoanalítica, ciencia y arte.* [http://www.antroposmoderno.com/word/cuatro\\_notas.doc](http://www.antroposmoderno.com/word/cuatro_notas.doc)

TICIO, H. *Conferencia inédita sobre el monosíntoma. U. N. L. P. 3 / 8 / 2004.*

YARYURA, T.J.A. y otros, *Obsesiones Corporales. Editorial Polemos, 2003*

ZENONI, A. *¿Qué respuesta al monosíntoma? Una práctica de la época. El psicoanálisis contemporáneo. Grama ediciones, 2005.*

*Body Dismorphic: ¿mono- symptomatic disorder or transnosographic phenomena?*