

Tratamiento Hipnocognitivo del Trastorno Dismórfico Corporal

Protocolo de Intervención

Isidro Pérez Hidalgo

Resumen

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es un problema común dentro de la salud mental. Ha habido diversos estudios que muestran que la terapia cognitivo-conductual (TCC) resulta efectiva.

Dado que hay cierta evidencia empírica de la eficacia de la hipnosis como coadyuvante de la TCC, establecemos la hipótesis de que el TDC es un problema que puede asociarse al concepto de "hipnosis negativa".

Por ello parece plausible añadir un componente hipnótico a una intervención cognitivo-conductual sobre la dismorfofobia.

Hemos desarrollado un protocolo flexible que ha resultado exitoso en una muestra de casos de tamaño reducido. Presentamos un estudio de caso único para ilustrar este punto y sugerimos algunas pautas de tratamiento.

Abstract

Body Dysmorphic Disorder (BDD) is a common mental health problem. There have been several studies that have found that Cognitive Behavior Therapy (CBT) has proven effective.

As there is some empirical evidence on the efficacy of Hypnosis as an adjunct to CBT, we hypothesize that BDD is a problem that may be linked to the concept of "negative hypnosis".

Therefore it seems plausible to add a hypnotic component to a cognitive behavioral intervention on dysmorphophobia.

We have developed a flexible protocol that has proven successful in a small size sample of cases. A single case study is presented to illustrate this and suggest some guidelines.

Introducción

Este trastorno, también denominado Dismorfofobia, afecta según algunos estudios a un 5% de los pacientes que requieren de cirugía plástica. Parece ser que el síndrome fue descrito por el psiquiatra italiano Enrico Morselli hace más de un siglo. La noción de esquema corporal ha sido muy importante para la explicación de determinados trastornos, distinguiéndola de la de imagen corporal. Incluso

algunos autores llegan a afirmar que todas las formas de "personalidad neurótica" presentan trastornos de la consciencia y de la identidad corporal (Bernard y Trouvé, 1978).

El estudio de Koran, Abujaoude, Large y Serpe (2008), llevado a cabo con población de Estados Unidos, arroja los datos de una prevalencia del 2,4% con una ligera diferencia entre mujeres y hombres (2,5% en mujeres y 2,2 % en hombres). Se emplearon para este estudio los criterios DSM IV. Una investigación con estudiantes alemanes arroja cifras de un 5% (Bohne y Wilhems, 2002).

Una complicación frecuente es la ideación suicida que en algunos estudios como el de Phillips y Menard (2006) asciende a un 57,8% de la muestra en un periodo de un año. Se registró un porcentaje de intento de suicidio del 2,6% y un 0,3% de suicidio consumado. Un estudio anterior de Perugi y colaboradores (1997), encontraba un porcentaje de 45% de ideación suicida. En cuanto a estudios de comorbilidad, es interesante que un 39% de pacientes anoréxicas presentan un TDC según el estudio de prevalencia de dicho trastorno en la conducta alimentaria de Grant y otros (2002). También se observa una similitud entre el trastorno obsesivo compulsivo y el TDC con una comorbilidad del 15% (Frare y colaboradores, 2004).

El Trastorno Dismórfico Corporal fue considerado como entidad nosológica independiente a partir de 1987, según recoge el DSM III-R. Este trastorno se define a partir de al menos tres características:

Preocupación por algún defecto imaginario de la apariencia física o preocupación excesiva por anomalías físicas de poca importancia aunque sean reales.

La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales como se observa en la anorexia nerviosa.

El inicio del problema suele ocurrir al final de la adolescencia y puede ir acompañado de depresión, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, abuso de sustancias y trastornos de personalidad.

En la clínica observamos que la persona tiene en general poca conciencia de que su problema es psicológico y en no pocos casos acude a tratamiento por la presión de familiares y allegados. Con frecuencia, observamos que evita situaciones importantes para su calidad de vida: entrevistas de trabajo, presentaciones académicas o laborales, citas y reuniones de amigos, etc. En no pocas ocasiones el paciente se siente incomprendido cuando se niega directamente que existan alteraciones físicas que justifiquen su preocupación y sus conductas evitativas.

También es frecuente una conducta muy compulsiva de mirarse a los espejos o emplear recursos, a veces extravagantes, para camuflar los supuestos defectos físicos.

La etiología general del problema es objeto de diferentes puntos de vista y se resalta por los investigadores la necesidad de más estudios sobre este cuadro.

Un estudio reciente sugiere que el Trastorno Dismórfico está relacionado con un procesamiento anormal de los detalles visuales. Se entiende que este fallo no es estructural sino operativo. En este estudio se utilizaron técnicas de resonancia magnética funcional, comparando personas que sufren esta patología con otras que no padecen el TDC (Feusner, 2007).

Desde el punto de vista médico, se han empleado como tratamiento más efectivo los inhibidores de la recaptación de la serotonina (Phillips y Najjar, 2003).

En cuanto a los abordajes psicológicos, la opción considerada más eficaz es la terapia cognitivo-conductual con estrategias diversas: prevención de respuesta, exposición, experimentos de conducta y reestructuración cognitiva. Véase Marks y Isham (1988), Neziroglu y Yaryura-Tobias (1993), Rosen, Reiter y Orosan, (1995).

Fiori y Giannetti (2009) concluyen después de considerar que el trastorno dismórfico corporal es un problema complejo y polimórfico y que la terapia cognitivo-conductual estimula la autoconciencia, reestructura la imagen corporal, promueve la atención a la salud y mejora la capacidad relacional.

Alladin (2008) considera que, aunque no ha sido demostrada la efectividad de las intervenciones basadas en la hipnosis para el tratamiento de la Dismorfofobia, la hipnosis resulta una forma efectiva para el tratamiento de problemas de imagen corporal en relación con trastornos de alimentación, como se expone en el trabajo de Barabasz y Watkins (2005), y que se podrían utilizar estrategias similares para el TDC.

Reseña de un caso clínico

A lo largo de nuestra práctica clínica hemos encontrado algunos casos de dismorfofobia que cumplieran los criterios de diagnóstico DSM en sus sucesivas revisiones. Como ilustración, pasamos a exponer uno de dichos casos para entender mejor las características del trastorno y sugerir algunas líneas de tratamiento contando con la hipnosis como catalizador.

Luis (nombre ficticio) acude a consulta derivado por un psiquiatra que ha verificado que el tratamiento farmacológico no proporcionaba el beneficio terapéutico esperado.

Luis tiene 28 años en la fecha en que se celebra nuestra primera consulta. Se queja de que su cabeza tiene un tamaño desproporcionado, algo que no se ajusta a la realidad pero que le ha llevado a evitar relaciones sociales, a mantenerse en el paro sin darse opción a buscar trabajo y a una inexistencia de relaciones afectivas y/o sexuales.

En su vida cotidiana, pasa casi todo el tiempo en casa. Vive con sus padres, es hijo único y emplea mucho de su tiempo en el ordenador, comunicándose a veces con otros usuarios de Internet, siempre que no haya intercambio de fotos o videos. A veces sale a hacer "jogging" a horas en las que las calles no están transitadas y cuando la situación le exige comunicarse directamente con las personas, utiliza una gorra o una capucha en un intento de disimular la morfología de su cabeza.

No tiene una explicación sencilla de las causas de su trastorno, aunque dice no estar tan seguro de que su problema sea psicológico, sino físico. A veces, cree que se le está tratando de engañar cuando se le dice que el tamaño y la forma de su cabeza son normales.

Datos de la exploración psicológica

Junto con un Cuestionario Biográfico, se aplican otros inventarios. Lo más destacable son puntuaciones elevadas en depresión y obsesionalidad.

También se evalúa la sugestionabilidad mediante pruebas clásicas (sugestiones vigiles) y la escala de Absorción de Tellegen. Las observaciones nos sugieren que Luis podría responder bien a un tratamiento hipnótico.

Se estudian una serie de pensamientos disfuncionales que son típicos en el autodiálogo de las personas que padecen TDC:

"La gente me mira como a un monstruo".

"No espero nada de la vida".

"Se rien de mí con frecuencia".

"Si estoy solo puedo vivir tranquilo".

"Si algún día tengo hijos pueden heredar mi enfermedad, ser deformes".

"Puede que haya alguna operación en el futuro que me sirviera de ayuda".

"Los demás tienen también defectos, pero son insignificantes al compararlos con los míos".

En lo referente a conductas de evitación, recogemos los datos necesarios para llevar a cabo un programa de exposición gradual, con una jerarquía que podemos desglosar de forma resumida en los siguientes ítems:

- Asomarme a la terraza de casa y que me pueda ver la gente desde la calle (4 USAS).
- Ir a comprar el pan o el periódico, recorriendo unos 50 metros desde mi portal sin capucha, gorra, gafas de sol, etc. (5 USAS).
- Utilizar el Metro o el autobús sin capucha, etc. (7 USAS).
- Poner su foto en Internet en una red social (7 USAS).
- Quedar con un antiguo conocido, varón (8 USAS).
- Quedar con una antigua conocida (9 USAS).
- Acudir a una reunión social con gente conocida y desconocida (9 USAS).
- Hablar en público (10 USAS).
- Asistir a un curso (10 USAS).
- Incluir un video que le muestre presentándose en una red social de ámbito global (10 USAS).
- Invitar a una chica a salir (10 USAS).

Después de esta fase de evaluación, diseñamos un plan de intervención basado en técnicas cognitivo-conductuales e intervenciones hipnóticas que actúan como catalizadores y auxiliares del núcleo terapéutico principal.

Como señalan Kane y Reinecke (2006), “los hipnoterapeutas han postulado que estas técnicas pueden ser usadas en conjunción con la hipnosis y proporcionan más beneficios a los pacientes que cuando las terapias cognitivo-conductuales se emplean solas.

Los resultados de algunos estudios recientes proporcionan cierto apoyo a esta afirmación”. Entendemos aquí que no consideramos la hipnosis como una forma de psicoterapia sino como un conjunto de técnicas que facilitan el proceso terapéutico. No obstante, existen otras aplicaciones de la hipnosis que se salen de la esfera estricta de la TCC, pero que pueden articularse de un modo que resulta muy productivo desde el punto de vista clínico. (Véase por ejemplo Ginandes, 2002).

Sesiones de tratamiento

Tras la recogida de datos, procedimos a un Plan de Intervención que en síntesis tuvo las siguientes fases: Sesiones 3 y 4. Destinadas a la obtención de un trance hipnótico con la suficiente estabilidad y profundidad. Valoramos el estado conseguido como trance medio-profundo. Observamos fenómenos hipnóticos espontáneos como Distorsión de Tiempo, Amnesia Posthipnótica Parcial y Anestesia en miembros.

Sesiones 5, 6 y 7. Trabajamos con replanteamiento cognitivo en la forma habitual con esquemas A-B-C y A-B-C-D-E (para una revisión general de estas técnicas, puede consultarse Mc Mullin, 2000).

Sesiones 8 y 9. Grabamos sesiones hipnóticas en CD con sugerencias de fortalecimiento del ego (ego-strengthening) y sugerencias para contrarrestar los pensamientos irracionales registrados previamente, promoviendo un auto-concepto racional y saludable. A partir de ahí, escucha en casa de los dos CDs grabados, con periodicidad diaria. (Para una revisión de las técnicas de ego-strengthening, ver Hammond, 1990).

Sesiones 10, 11 y 12. Dedicadas a exposición gradual a situaciones ansiógenas.

Sesión 13. Le explicamos el concepto de práctica masiva, aplicándolo a las conductas de comprobación en el espejo.

Sesión 14. Grabamos CD con sugerencias de proyección temporal, mejorando las habilidades sociales y la comunicación, para escucha en casa.

Sesión 15. Damos por finalizado el tratamiento observando que se han cumplido las metas terapéuticas que nos habíamos trazado. Se le pide mantenernos informados en el caso de que produjese algún retroceso o dificultad. Se le dan instrucciones para utilizar las herramientas terapéuticas por sí mismo.

Ocho meses después de finalizado el tratamiento, tenemos una comunicación del paciente de que se (¿en la que refiere que?) mantiene una mejoría en general, pero aparece un estado de ánimo deprimido reactivo a una situación de ruptura de pareja (había salido durante tres semanas con una mujer, y ella decide interrumpir la relación). Durante dos sesiones más, tratamos este tema y comprobamos que aunque su autoestima se ha deteriorado como consecuencia de la situación anterior, no se registran signos claros de recuperación de las conductas dismorfofóbicas.

En comunicaciones posteriores no se registra ninguna anomalía digna de mención. El estado depresivo mencionado remitió en un mes y medio.

Conclusiones

El caso arriba descrito es similar a otros que hemos tenido ocasión de tratar con una metodología parecida. Estamos hablando de alrededor de una docena de casos y sería necesario un estudio a mayor escala y con un enfoque más específico para la investigación. Sin embargo, consideramos que podría ser un punto de partida para trabajos más ambiciosos o que puede dar a los clínicos una orientación general o un marco donde encuadrar sus intervenciones.

El trastorno dismórfico es, por su estructura y su desarrollo, un problema que podría aparecer ligado a ese concepto de “hipnosis negativa” al que se han

referido algunos autores como Araoz (1981). Se trata de una sintomatología claramente ligada a una serie de fenómenos hipnóticos como podrían ser las alucinaciones no psicóticas, la sugestión posthipnótica o la regresión, si examinamos los problemas típicos del trastorno dismórfico bajo la consideración de la idea de “trances negativos” que defienden autores como Wolinsky (1991) o Crabtree (1999). Es relativamente fácil equiparar las cogniciones negativas consideradas irracionales con las sugerencias posthipnóticas que adquiriríamos en una serie de experiencias con afectividad negativa intensa y su traslación a imágenes con características patológicas, en éste caso relacionadas con la percepción de nuestra propia imagen corporal.

Existe como hemos visto una base importante para tratar la dismorfobia desde una orientación cognitivo-conductual. Las investigaciones nos muestran que la TCC podría ser el tratamiento de elección. Creemos, no obstante, a partir de nuestra experiencia clínica, que pueden elaborarse protocolos de tratamiento hipnoconductual en la línea que propone Alladin (2008), que pueden demostrar una vez más el efecto catalizador que puede tener la hipnosis cuando se combina con técnicas cognitivo-conductuales.

Referencias

- Alladin A. (2008) *Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders*. West Sussex. Wiley & Sons.
- Araoz D. (1981) Negative self-hypnosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. Volume 12 Number 1. Pag. 45-52.
- Barabasz A. & Watkins J.G. (2005) *Hypnotherapeutic Techniques*. Hove: Brunner-Routledge.
- Bernard P. y Trouvé S. (1978) *Semiología Psiquiátrica*. Barcelona. Toray-Masson. Pag. 163.
- Bohne, A; Wilhems K. (2002) Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in a German College Student Sample. *Psychiatry Research*; 109:101-4
- Corove, M.B.& Gleaves, D.H. (2001) Body Dysmorphic Disorder: A review of conceptualizations, assessments, and treatment strategies. *Clinical Psychology Review*, 21: 949-70
- Crabtree A. (1999) *Trance Zero*. New York. St. Martin Press.
- Feusner J. D. (2007) Visual Information Processing of Faces in Body Dysmorphic Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 64(12):1417-1425.
- Fiori P., Giannetti L.M. (2009) Body Dysmorphic Disorder: A Complex and Polymorphic Affection. *Neuropsychiatric Disease Treatment*, 5:477-81.
- Frare F., Perugi G., Ruffolo G., Tono C. (2004) Obsessive-compulsive Disorder and Body Dysmorphic disorder: Aof Clinical Features. *Eur Psychiatry*, 19(5): 292-8
- Ginandes C. (2002). Extended Strategic Therapy for Recalcitrant mind/body Healing: An integrative model. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45,91-102
- Grant J. E. (2002). Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: Prevalence, clinical features, and delusionality of body image. *International Journal of Eating Disorders*. Vol. 32. Pag.291-300
- Hammond C. Editor (1990). *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. New York. Norton. 109-153.
- Kane y Reinecke (2006). Cognitive Behavior Therapy and the utility of Hypnosis as an Adjunct to Treatment, en Chapman R. (Editor): *The Clinical Use of Hypnosis in Cognitive Behavior Therapy: A Practitioner's Casebook*. New York. Springer.
- Koran, Abujaoude, Large y Serpe (2008): [CNS Spectr](#). Apr;13(4):316-22
- Marks, I., & Mishan, J. (1988). Dysmorphophobic avoidance with disturbed bodily perception: A pilot study of exposure therapy. *British Journal of Psychiatry*, 152, 674-678.
- Mc Mullin R. (2000) *The New Handbook of Cognitive Therapy Techniques*. New York. Norton.
- Neziroglu, F. A., & Yaryura-Tobias, J. A. (1993). Exposure, response prevention, and cognitive therapy in the treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 24, 431-438.
- Perugi G., Giannotti D., Frare F., di Vaio S., Valeri E. Maggi L., Cassano GB., Akiskal Hs. (1997) Prevalence, Phenomenology and Comorbidity of Body Dysmorphic Disorder (Dysmorphophobia) in a Clinical Population. *Int J Clin Pract* 1: 77-82
- Phillips K. (2009): *Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide*. Nueva York. Oxford University Press.
- Phillips K. & Menard, W. (2006) Suicidality in Body Dysmorphic disorder : A Prospective Study. *Am J Psychiatry* ; 163 (7): 1280-2
- Phillips K. & Najjar, (2003) An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. [J Clin Psychiatry](#). Jun; 64 (6):715-20.
- Rosen J., Reiter J, Orosan P. (1995) Cognitive-Behavioral Body Image Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 63, No. 2, 263-269
- Wolinsky S. (1991). *Trances People Live*. Connecticut. Bramble Company

Isidro Pérez Hidalgo

Psicólogo Clínico

Director CHC PSICÓLOGOS Madrid

Director del Departamento de Psicopatología del Institut de Reumatologia Barcelona