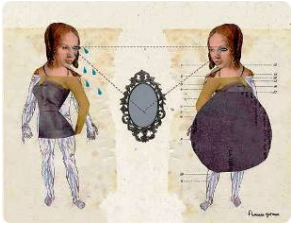


Dos terapias permiten corregir una imagen corporal distorsionada

2010-04-12 20:27:12



Afirman que tanto las cognitivas como las farmacológicas son útiles para el trastorno dismorfofóbico

¿Existe una parte de usted que odia mirar o trata de esconder ante los demás? Muchos estamos avergonzados o insatisfechos con alguna parte de nuestro cuerpo. Recuerdo que desde los 11 hasta los primeros años de mi adolescencia me sentaba en el colegio con una mano sobre lo que yo creía un bulto feo en mi nariz. Y conozco a una joven de peso normal que se niega a sentarse en el subte porque cree que eso hace que sus muslos parezcan enormes.

Pero ¿qué pasa cuando esta vergüenza por un defecto facial o corporal aparente se convierte en una obsesión o paranoia que inhibe a una persona de concentrarse en el estudio o el trabajo, de tener una vida social normal, o incluso de dejar la casa para ir de compras o al médico? ¿Y si desemboca en un intento de suicidio?

Estos son los desafíos de quienes sufren de trastorno dismorfofóbico corporal (BDD, por sus siglas en inglés), un síndrome conocido desde hace más de un siglo, pero sólo reconocido hace poco por el manual oficial de diagnóstico psiquiátrico. Más recientemente se han desarrollado tratamientos efectivos para combatirlo, y distintas investigaciones han comenzado a revelar sus raíces emocionales y neurológicas.

Un investigador pionero, el doctor Jamie D. Feusner, de la Universidad de California en Los Angeles, halló un patrón en la actividad cerebral de pacientes con BDD que parece ser diferente del de otras personas. Las diferencias se observaron en las áreas involucradas en el procesamiento visual. En la revista *The Archives of General Psychiatry*, Feusner publicó un trabajo que explica que cuanto más severos son los síntomas, más difiere la actividad cerebral de los niveles promedio normales.

Estos cambios cerebrales podrían ayudar a explicar cómo una persona puede volverse demasiado obsesionada por un aparente defecto en su cara, pelo, piel o forma facial o corporal que los demás tal vez ni siquiera noten, e incluso puede no existir.

Algunos se vuelcan al alcohol o las drogas para tratar de hacer frente a esta angustia extrema. Otros buscan una solución en las cirugías cosméticas, que no logran aliviar la ansiedad y que incluso pueden empeorar el problema, dejando cicatrices donde antes no había nada.

Incluso algunos hombres sufren una forma de BDD llamado trastorno dismorfofóbico muscular: piensan que se ven débiles cuando, en realidad, sus músculos están muy desarrollados gracias a un entrenamiento compulsivo de musculación.

La doctora Katharine Phillips, profesora de psiquiatría en la Escuela Médica de Brown, es quizá la mayor autoridad en BDD. En una entrevista, describió qué tan incapacitante puede volverse este desorden para aquellos que pasan horas frente al espejo tratando de “arreglar” su “pelo horroroso” o de disfrazar una

mancha en su rostro que sólo ellos pueden ver. Hay quienes no saldrán de su casa a menos que puedan tapar completamente su cara y cabello. Y los que se aventuran a salir sin enmascarar el área afectada a veces huyen y se esconden cuando creen que alguien los está mirando fijo.

Sin trauma

Muchos relacionan su problema con algún trauma emocional de la infancia, como haber sido objeto de burla a causa de su apariencia, o a negligencia por parte de sus padres, angustia por su divorcio, o abuso físico, emocional o sexual. Pero Phillips dice que la mayoría sobrevive a estos traumas sin desarrollar BDD, especialmente si poseen otros factores en sus vidas que elevan su autoestima.

Más bien, explica Phillips, el trastorno parece ser una combinación de razones genéticas, emocionales y neurobiológicas. “Probablemente, los genes con que uno nace provean una base fundamental para el desarrollo más tarde del BDD”, escribió Phillips. Además, llamó la atención acerca de que en el 20% de los casos un padre, hermano o hijo también sufre del desorden.

Extrañamente, el énfasis social en la apariencia es un factor mucho menos importante de lo que uno puede llegar a creer. Phillips sostuvo que la incidencia de BDD era casi la misma en todo el mundo, más allá de las influencias culturales. Además, a diferencia de los desórdenes alimentarios, que afectan mayoritariamente a mujeres, casi tantos hombres como mujeres sufren de BDD.

La buena noticia es que se han encontrado tratamientos que ayudan a la gran mayoría de los afectados, siempre y cuando reconozcan su problema y logren sobreponerse a la vergüenza el tiempo suficiente para encontrar un terapeuta calificado.

Los dos acercamientos más efectivos son, juntos o por separado, las terapias cognitivas-comportamentales y el tratamiento con drogas que aumentan la serotonina. En la terapia cognitiva, los pacientes aprenden gradualmente a reordenar sus pensamientos, exponer su “defecto” frente a otros y verse a sí mismos de manera más realista, como individuos enteros, más que ver sólo el supuesto defecto.

En estudios en los que se utilizaron drogas que aumentan la serotonina, entre la mitad y el 75% de los pacientes con BDD mejoraron, aunque Phillips advirtió que puede llevar hasta tres meses ver los resultados.

Lo que no funciona es la cirugía plástica y otros tratamientos cosméticos. Incluso si el tratamiento modifica el supuesto defecto, la persona seguramente va a encontrar otro y después otro y otro, y entrará en un círculo vicioso muy caro e inefectivo, que en general la dejará deforme.

[La Nación](#)