



TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y DELIRIO COMPARTIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Carmen Blanco Sánchez.

blanco.carmenblanco.carmen@gmail.com

RESUMEN

El trastorno dismórfico corporal es un trastorno relativamente frecuente entre la población general, pero que con frecuencia pasa desapercibido sino se pregunta específicamente por sus síntomas durante la entrevista clínica.

El delirio compartido es un trastorno poco frecuente, que encontramos de forma ocasional en nuestra consulta.

En este trabajo, presentamos el caso clínico de un paciente que presentaba ambos trastornos, lo cual ha dificultado de forma importante el tratamiento habitual de los mismos. Aprovechamos el caso clínico para hacer una revisión bibliográfica de ambos trastornos.

INTRODUCCIÓN

Dismorfia ("dis" que significa "alteración" y "morfia" que significa "forma"). También se le ha llamado Dismorfestesia, Preocupación excesiva por un defecto físico. Se trata de un cuadro psicopatológico descrito por primera vez en 1891 por el italiano (1852-1929), quien acuñó el término dismorfofobia en 1886.

El Trastorno dismórfico corporal (TDC) fue reconocido por la Asociación Psiquiátrica Americana en 1987 y fue registrado y reconocido oficialmente como trastorno psiquiátrico en 1987 en el DSM-III-R. Desde entonces se ha cambiado el nombre de dismorfofobia a trastorno dismórfico corporal.

En su práctica, Freud tuvo al menos un paciente con este trastorno; el aristócrata ruso Sergéi Pankéyev, llamado "El hombre de los lobos (der Wolfsmann)" por Freud, para proteger su identidad, Pankejeff manifestaba una excesiva preocupación por su nariz e incluso llegó al punto de evitar exponerse en público.

El trastorno dismórfico corporal es un trastorno relativamente frecuente entre la población general, pero que con frecuencia pasa desapercibido sino se pregunta específicamente por sus síntomas durante la entrevista clínica. Se estima que el 1-2 % de la población mundial reúnen

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y DELIRIO COMPARTIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

los criterios diagnósticos propios del TDC, el inicio de los síntomas generalmente ocurre en la adolescencia o en la edad adulta temprana, donde comienzan la mayoría de críticas personales relacionadas con la imagen corporal, aunque los casos de aparición de TDC en niños y adultos mayores no son desconocidos. Se cree erróneamente que el TDC afecta principalmente a mujeres, pero las investigaciones muestran que afecta a hombres y mujeres por igual. Phillips documentó que el 97 por ciento de los pacientes con TDC evitan las actividades sociales normales y ocupacionales. La mayoría son solteros o divorciados.

Se ha de hacer un diagnóstico diferencial con la ansiedad social, con preocupaciones normales por la apariencia, con trastornos de la identidad sexual y de la conducta alimentaria, con el trastorno obsesivo y depresivo y con trastorno delirante e histriónico, entre otros.

Las causas del TDC difieren de una persona a otra. Sin embargo, la mayoría de los investigadores creen que podría ser una combinación de factores biológicos, psicológicos (Vulnerabilidad: yo frágil, timidez, perfeccionismo, disminución de autoestima, temor al rechazo) y ambientales de su pasado o presente. Malos tratos, abuso o abandono pueden ser también factores contribuyentes, alrededor del 60% de las personas con TDC informan de haber padecido reiterados episodios de humillación en su infancia y juventud... Una reciente investigación mediante visualización de escaneos cerebrales, pone de manifiesto que el cerebro de estas personas es, en principio, estructuralmente normal, pero el problema es que funciona de modo anormal cuando procesa los detalles visuales. Los pacientes con TDC utilizaban más a menudo su hemisferio cerebral izquierdo, la parte analítica, mejor preparado para procesar detalles complejos, incluso cuando procesaban las imágenes menos intrincadas, de baja frecuencia.

El delirio compartido es un trastorno poco frecuente, que encontramos de forma ocasional en nuestra consulta. Según Greenberg (2), la primera descripción fue hecha por Harvey, en 1651, seguido por Jules Baillager, en 1860, quien la llamó la psicosis de la comunicación. Para fines prácticos y teóricos, Lasegue y Falret (3) son los primeros en describirlo como se le conoce en la actualidad Folie à Deux, en 1877. Posteriormente, Marandon de Montiel subdivide el trastorno psicótico compartido en tres de sus cuatro subtipos, y los llamó según el patrón de interacción que predominaba en aquellos que conformaban la diada psicótica. Según esto, podían ser impuestas, simultáneas o de la comunicación, como la descripción original de Baillager. Posteriormente, Lehman adiciona la psicosis inducida, como el cuarto subtipo del trastorno. A principios de los años cuarenta, Garlnick (4), (5) y Grover (6) unifican los cuatro subtipos para aumentar aún más la dimensionalidad del trastorno. Las clasificaciones actuales lo incluyen dentro de la nosología a partir de 1980, cuando es incluido en el DSM III como trastorno paranoide compartido. En el DSM III-R cambió a trastorno psicótico inducido. Finalmente, en el DSM IV (1994) y IV-TR (2000) se unificaron conceptos y se denomina

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y DELIRIO COMPARTIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

trastorno psicótico compartido. En el CIE-10 se denomina trastorno delirante más trastorno psicótico inducido con similares criterios nosológicos.

El trastorno dismórfico corporal, es un trastorno somatomorfo que según el DSM-V ha de cumplir los siguientes criterios para poder ser diagnosticado:

Preocupación excesiva, fuera de lo normal y persistente, de un defecto físico, ya sea real o imaginado.

A. Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico, no son observables o parecen sin importancia a otras personas.

B. En algún momento durante el curso del trastorno, el sujeto ha realizado comportamientos (ej.: mirarse en el espejo, averse en exceso, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (ej.: comparar su aspecto con el de otros) repetitivos como respuesta a la preocupación por el aspecto.

C. La preocupación causa 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.

El delirio compartido según el CIE 10, debe cumplir los siguientes criterios diagnósticos:

- Dos o más personas comparten el mismo tema o sistema de ideas delirantes y se apoyan mutuamente en sus creencias.
- Ambas comparten una relación extraordinariamente estrecha.

c) Hay evidencia temporal y circunstancial de que las ideas delirantes están inducidas en la persona pasiva (dominada) de la pareja por el contacto con la persona activa (dominante).

Incluye:

“Folie á deux”

Trastorno paranoide inducido

Psicosis simbiótica

CASO CLÍNICO

Paciente de 51 años, está casada , es la 6ª de 16 hermanos , estudió hasta los 14 años , acude por primera vez a consulta en el año 2006 por realizar gesto autolítico y presentar

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y DELIRIO COMPARTIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

clínica depresiva , es derivada por su médico de cabecera a la unidad de salud mental , allí es atendida tanto por el psiquiatra como por psicología .

La paciente había sido diagnosticada de vih hace 10 años , en los años 80 durante 6 años fue adicta a consumo de drogas vía parenteral y al iniciar tratamiento con antirretrovirales pierde grasa facial y refiere que destaca más su nariz , la paciente refleja que desde pequeña se meten con ella por tener "nariz de cerdito".

Se evidencian síntomas de trastorno dismórfico corporal y clínica afectiva, se trata con medicación antidepresiva sin obtener mejoría y posteriormente la paciente decide operarse de la nariz a través de la seguridad social, tras la operación la paciente mejora su clínica afectiva y referencial.

De nuevo la paciente es derivada a los servicios de salud mental en abril del 2017, la paciente relata que lleva años que sólo sale de casa para trabajar por las mañanas cuidando a un matrimonio anciano, por las tardes y los fines de semana es incapaz de salir a la calle, al entrevistar al marido con el consentimiento de la paciente, con la idea de que pueda hacer de coterapeuta observamos que presenta un delirio compartido con su marido. Refieren que cuando sale a la calle todos le hacen fotos y hablan de su nariz, especialmente si son personas de origen árabe o de origen africano, también se observa clínica afectiva en la paciente asociada al delirio, se deriva de nuevo el caso a psiquiatría y se pauta antidepresivo y neuroléptico a dosis bajas a la vez que se realiza psicoterapia cognitivo conductual.

La psicoterapia y la medicación resultan insuficientes, quedando como única opción el ingreso de la paciente para poder tratar a la vez el delirio compartido con el marido que refuerza la conducta evitativa social de la paciente, así como las ideas deliroides.

El tratamiento consiste en separar a los integrantes de la díada psicótica, dar tratamiento formal al polo primario y esperar la mejoría en el polo secundario con el simple cese de la interacción. Esto tiene un valor tanto diagnóstico como terapéutico.

En segunda instancia, se decide qué intervención utilizar en el polo primario. Generalmente se requiere la instauración de tratamiento antipsicótico, así como intervenciones terapéuticas de apoyo, terapia cognitivo-conductual y psicoeducación.

En el seguimiento se ha de establecer un calendario de visitas breves pero regulares. Se ha de entender el sufrimiento del paciente y desarrollar una actitud interesada y centrada en el enfermo. Los síntomas pueden parecer exagerados, pero el sufrimiento del paciente es siempre real. Para evitar la frustración en ambas partes, el objetivo no debe ser eliminar totalmente los síntomas, sino ayudar al paciente a manejarlos o convivir con ellos.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y DELIRIO COMPARTIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

BIBLIOGRAFÍA

1. Porter T, Levine J, Dinneen M. Shifts of dependency in the Resolution of Folie à Deux. *B J Psychiatry* 1993;162:707-13.
2. Greenberg HP. Crime and Folie à Deux: review and case history. *J Ment Sci* 1956;102: 772-9.
3. Lasegue C, Falret J. La Folie à Deux. *Ann Med Psychology* 1877;18:31-355.
4. Gralnick A. Folie à Deux-the psychosis of association. *Psychiatric Quart* 1942;16:230-6.
5. Gralnick A. Folie à Deux-the psychosis of association. *Psychiatric Quart* 1942;16:491- 520.
6. Grover MM. A study of cases of Folie à Dux. *Am J Psychiatry* 1937;93:1045-62. Sony SD, Rockley GJ. Socio-clinical substrates of Folie à Deux. *Br J Psychiatry* 1974;15:230-5.
7. Layman WA, Cohen L. A modern concept of Folie à Deux. *Journal Nevrr Ment Dis* 1957;125:412-9.
8. Pulver SE, Brunt MY. Definition of hostility in Folie à Deux. *Arch Gen Psychiatry* 1961;5:65-73.
9. Pine F. On the pathology of the separation- individuation process as manifested in later clinical work: an attempt at delineation. *International Journal of Psicoanalysis* 1979; 60: 225-42.
10. Garety PA. Making sense of delusions. *On Psyquiatry interpersonal and Biological Processes* 1992;55:282-91.
11. Garety PA, Hemsley DR, Wessely S. Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid subjects: biases in performance a probabilistic inference task. *Journal of Bervous and Mental Disease* 1991;179:194-201.
12. Brooks S. Folie à Deux in the aged: variations in psychopathology. *Can J Psychiatry* 1987 Feb;3(1):61-3.
13. Michaud R. La Folie à Deux. *Am J Psychiatry* 1964;11:2-23.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington: APA; 1980.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington: APA; 1987.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*. 4th ed. Washington: APA; 1994.
17. Lazarus A. Folie à Deux: psychosis by association or genetic determinism. *Comprehensive Psychiatry* 1985;26:129- 33.
18. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, DSM-IV, de la American Psychiatric Association.
19. Veale D. Trastorno Dismórfico Corporal [Body Dysmorphic Disorder] *Postgraduate Medical Journal* 80:67-71, 2003

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y DELIRIO COMPARTIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

19. Phillips K. A. (2004) "Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness". World Psychiatry, vol 3, nº 1: 12-17.
20. Driesch G., et al. (2004) "Body dysmorphic disorder. Epidemiology, clinical symptoms, classification and differential treatment indications: an overview". Der Nervenarzt. vol 75, nº 9: 917-931.

TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Y DELIRIO COMPARTIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO