

## **El Pensamiento Irracional y las Personas con Trastorno Dismórfico Corporal**

*Marisela Rojas Torres*

### **Resumen**

Los seres humanos se ven afectados física y emocionalmente por las situaciones que les rodean, ya que crean juicios o ideas que no siempre reflejan la realidad de los hechos. Al creer esta persona que su pensamiento es “correcto o racional”, experimentan y emiten una serie de emociones y conductas que desembocan en otras creencias, también irracionales, elaborando una cadena de pensamientos disfuncionales, los cuales intensifican la insatisfacción emocional y las conductas disfuncionales (Ellis, 1999).

Los pensamientos que generan malestar son variados, aunque Ellis (1980) propone 11 creencias que usualmente las personas manifiestan pensar; sin embargo, las creencias que afectan a las personas, se encuentran determinadas por el padecimiento afectivo-fisiológico de la persona.

En el Trastorno Dismórfico Corporal el pensamiento irracional, se afecta tanto por la percepción biométrica propia como por aspectos generales de la vida: auto-valía, frustración, éxitos, entre otros.

### **Trastorno Dismórfico Corporal**

El Trastorno Dismórfico Corporal nace como Dismorfia o Dismorfofobia; síntoma de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, específicamente de la Anorexia. Años después se le

atribuye este nombre al incluirle dentro de los Trastornos Somatomorfos como una patología propia (Hales y Yudofsky, 2000). Su descubrimiento se le atribuyen a Emil Kraepelin (Kaplan y Sadock, 1999), aun que Morselli también se refirió a este trastorno (Casalis, 1996).

El Trastorno Dismórfico Corporal consiste en una preocupación excesiva por un defecto en el aspecto físico, que puede ser imaginario o real. El defecto refiere a cuestiones de asimetría o desproporción, ya sea facial o corporal (American Psychiatric Association, 2002).

Las personas que padecen este trastorno se sienten insatisfechas con su imagen corporal, ya que la percepción cognitiva de sus medidas biométricas se distorsionan y provocan sentimientos de fealdad (Caballo, 1998). A pesar de la insatisfacción, las personas con este trastorno, poseen una conciencia escasa o nula de la patología, ya que están seguras de que la percepción de la parte del cuerpo afectada es real y no distorsionada (Walker, 1999).

El Trastorno Dismórfico Corporal no consiste sólo en una simple demanda cognitivo – sensorial, sino que desde el funcionamiento fisiológico cerebral existe una alteración, específicamente una disminución en los niveles de serotonina cerebral próximos al núcleo de rafé (Arce y López, 2002). De acuerdo con Carlson (1996), la serotonina (5-HT) desempeña un papel inhibitorio en la regulación del estado de ánimo, del control de comer, el dormir, el alertamiento, la conducta agresiva y la regulación del dolor.

Este Trastorno se presenta principalmente en la adolescencia, ya que la persona afronta una serie de cambios biopsicosociales, en donde el cuerpo desempeña un papel muy importante (Papalia y Wendkos, 1997). A esto Rice (2000), afirma que, “La mayoría de los adolescentes se preocupan mucho por la imagen corporal: atractivo físico, constitución física, peso y ritmo del propio desarrollo en la relación con lo normativo” (p.113).

Se presenta igualmente en hombres como en mujeres (Belloch y Sandí, 1995), puede ser gradual o repentina, pero una vez que se instaura, se muestra de manera continua, con pocos intervalos sin síntomas, aunque en algunas personas puede presentar periodos sin síntomas (Hales, Yudofsky y Talbott, 2000).

Debido a la sintomatología que manifiesta el Trastorno Dismórfico Corporal, éste suele manifestar similitud con otras patologías, en especial con los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en donde ambos se caracterizan por la insatisfacción con la apariencia. En el caso de la Bulimia y la Anorexia, la insatisfacción está sujeta al peso (Cervilla y García, 2000). Otros de los trastornos con los cuales se diferencia son: Trastorno de la Identidad Sexual, Episodio Depresivo Mayor, Trastorno de Personalidad por Evitación, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno Delirante de tipo Somático, Tricotilomanía y el Koro (Goldman, 1999).

### ***Terapia Racional Emotiva Conductual***

La Terapia Racional Emotiva Conductual fue desarrollada por Albert

Ellis en los años de 1955 – 1956; este último año fue cuando ésta presentó por primera vez al mundo durante el congreso de la Asociación Americana de Psicología, bajo el nombre de Terapia Racional. Posteriormente, con los años y ampliaciones a la teoría, se la llamó Terapia Racional Emotiva (Ellis y Abrahams, 1980). Actualmente se le conoce como Terapia Racional Emotiva Conductual, debido a que sus bases refieren tres aspectos presentes en la vida de los seres humanos: Pensamiento, Emoción y Conducta (Naranjo, 2004). Ellis y Blau (2000), añaden: “Puede afirmarse que el ser humano posee cuatro procesos básicos la percepción, el movimiento, el pensamiento y la emoción que se interrelacionan” (p. 153).

La influencia del pensamiento en la persona puede ser funcional o disfuncional. Los pensamientos funcionales se refieren a ideas racionales, las cuales permiten que la persona se desenvuelva de manera asertiva en la sociedad, mientras que las disfuncionales son todo lo contrario (Ellis y Lange, 1995). Sarason y Sarason (1996), comentan que los pensamientos inadaptados causan conductas inadaptadas, ya que es necesario el aprendizaje de nuevas organizaciones cognitivas para propiciar pensamientos sanos. Estos pensamientos inadaptados o irracionales son los que Ellis llama creencias o ideas irracionales (Dryden y Ellis, 1989).

La Terapia Racional Emotiva Conductual se encuentra fundamentada en el modelo ABC del comportamiento, en donde A es un acontecimiento activante, en otras palabras, es la situación que produce en los sujetos una

reacción ya sea positiva o negativa. La B son las creencias o interpretaciones que el sujeto realiza de A. Y la C es la consecuencia, que suele ser emocional y conductual (Ellis y Grieger, 2000).

La TREC explica que las personas se conceptualizan mediante exigencias absolutistas: “Debo de...” y “tengo que...”, las cuales están arraigadas en creencias irracionales como el tremendismo, que expresa el acontecimiento en exceso negativo, la baja tolerancia a la frustración, que es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación, y por último, la condenación global o suprageneralización, que consisten en una tendencia para evaluar como mala la existencia humana (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Ellis (1980) proponen 11 creencias irracionales básicas, en el libro Razón y Emoción en Psicoterapia:

1. La idea de que es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad.
2. La idea de que para considerarse a uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles.
3. La idea de que cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad.
4. La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.

5. La idea de que la desgracia humana es originada por cosas externas y que la gente tiene poca capacidad o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.
6. La idea de que si algo es o puede ser peligroso o terrible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
7. La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
8. La idea de que se debe depender de los demás y que se necesita a alguien más fuerte en quien confiar.
9. La idea de que la historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente.
10. La idea de que uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás.
11. La idea de que invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe.

### **Discusión**

La preocupación constante por que la apariencia física sea semejante a los modelos de estética actual, genera malestar debido a la rumiación de la idea de que “mi cuerpo no es como debería ser”. Pero adicional a las creencias de cómo debo o tengo que ser corporalmente, a parecen ideas de las que según Ellis y Harper (SF), todas las

personas presentan en algún momento de su vida, y que fueron descritas en el apartado anterior.

Phillips (1986), explica que las personas con el Trastorno Dismórfico Corporal presentan “obsesiones dolorosas” acerca del desorden, ya que su reiterado cuestionamiento, les produce un malestar continuo y tormentoso. Las ideas pueden asechar a la persona y aunque ésta desee desprenderse de las mismas le será casi imposible, lo cual genera dolor y perturbación en los individuos dismórficos debido a la impotencia en el manejo de sus cogniciones.

En un estudio que realicé acerca de la relación entre creencias irracionales y la presencia de características del Trastorno Dismórfico Corporal, en personas que asisten a gimnasios deportivos en el distrito central de Grecia, descubrí que las personas con este trastorno presentan creencias relacionadas con aspectos como la necesidad de auto-valía con base en logros, la búsqueda de soluciones perfectas como medida de control y finalmente la necesidad de afecto. Estas creencias podrían presentarlas cualquier persona con cualquier patología o premorbididad de alguna, sin embargo, estas pautas señalan la rigidez del trastorno como manera de aprobación social, y que al final de todo, sólo busca llenar un vacío afectivo, que socialmente se encubre con la belleza – perfección corporal.

En mi investigación, no indague las creencias propias del malestar estético, pero se logró determinar que al igual a como lo menciona Rosen y Reiter (1996), dentro del Trastorno Dismórfico Corporal existe una distorsión del pensamiento, quizás por la similitud de

este desorden con el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

### **Referencias**

- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Masson.
- Arce, E y López, C (2002) Imagen Corporal en Levantadores de Pesas: Estudio de su Relación con el Trastorno de Dismorfia Muscular. San José: Tesis De Licenciatura En Psicología, Facultad En Ciencias Sociales. Universidad Fidélitas.
- Belloch, A y Sandí, B (1995) Manual de Psicopatología. Madrid: Mc Graw Hill.
- Caballo, V. (1998). Manual Para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos. Barcelona: Siglo Veintiuno.
- Carlson, N. (1996) Fundamentos de Psicología Fisiológica. 3ª Edición. México: Prentice Hall.
- Casalis, D. (1996) Gran Diccionario de Psicología. Madrid: Ediciones del Prado.
- Cervilla, J. y García, C. (2000) Fundamentos Biológicos en Psiquiatría. Barcelona: Masson.
- Ellis, A. (1980) Razón y Emoción en Psicoterapia. España: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. (1999) Una Terapia Breve más Profunda y Duradera. España: Paidós.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (1980). Terapia Racional Emotiva. México: Editorial Pax.
- Ellis, A. y Blau, S. (2000). Vivir en una Sociedad Irracional. España: Paidós.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1989) Práctica de la Terapia Racional Emotiva. España: Desclée de Brouwer.

- Ellis, A. y Grieger, R. (2000). Manual de Terapia Racional Emotiva. 8a Edición. España: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A y Harper, R. (SF) Nueva Guía para Vivir Racionalmente. (Traducido) Argentina: Centro Argentino de Terapia Racional Emotiva Conductual.
- Ellis, A. y Lange, A. (1995). Basta Ya: Enfréntese con Éxito a las Presiones de los Demás. Barcelona: Grijalbo Mondadori.
- Goldman, H. (1999) Psiquiatría General. México: Manual Moderno.
- Hales, R. y Yudofsky, S. (2000). Sinopsis de Psiquiatría Clínica. Barcelona: Masson.
- Hales, R.; Yudofsky, S; y Talbott, J. (2000). Tratado de Psiquiatría: Tomo I. Barcelona: Masson.
- Kaplan, H y Sadock, B. (1999) Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la Conducta. Madrid: Médica Panamericana.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis A. (1997). Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo – Conductual. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Naranjo, M (2004) Enfoques Conductistas, Cognitivos y Racionales Emotivos. San José: Universidad de Costa Rica.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1997) Desarrollo Humano. México: Mc Graw Hill.
- Phillips, K. (1986) The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysnorphic Disorder. New York: OXFORD.
- Rice, P. (1997) Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital. México: Pearson.
- Rosen, J. y Reiter, J. (1996) Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. Behaviour Research and Therapy (34): 755-766.
- Sarason, I. y Sarason, B. (1996) El Problema de la Conducta Anormal. México: Prentice Hall.
- Walker, P (1999) Everything you Need to Know About Body Dysmorphic Disorder. New York: Rosen Publishing Group.