En la actualidad el criterio básico, pero no único, en el diagnóstico de la dismorfofobia o trastorno dismórfico corporal, es que el individuo que lo padece está excesivamente preocupado por una imperfección o un defecto físico supuesto o real, en cuyo caso parece siempre sin importancia para otras personas. Este estigma, aunque no lo parezca, es más de naturaleza moral que física o estética y los que lo padecen llegan a convertirlo en el eje de su vida, llevándolos a crear conductas evitativas y al retraimiento, terminando por producirles siempre un deterioro a nivel físico, social y laboral.

Las preocupaciones se centran en las partes más visibles, sobre todo en la cara (manchas, boca, nariz, orejas, pelo, etc.) pero también en otras partes del cuerpo (mamas, genitales..). De forma muy frecuente pueden ser múltiples.
Suele aparecer casi siempre en la adolescencia y tiende a ser crónico. La prevalencia es igual en ambos sexos. Puede ir acompañado de otros trastornos, siendo el depresivo y el trastorno de personalidad los más frecuentes. En casos extremos puede llegar incluso al suicidio.

Por su clínica, actualmente es un trastorno que se clasifica y estudia en relación con el obsesivo-compulsivo, aunque se considera independiente a él.

Rasgos dismorfofóbicos, sin llegar a diagnosticarse una dismorfofobia propiamente dicha, pueden encontrarse también en sujetos con otros trastornos psiquiátricos como la anorexia nerviosa o la hipocondría (a la que antaño se ligó) pero hay claras diferencias, así en el primero la alteración de la propia imagen corporal, además de alcanzar un matiz distinto, no deja de ser un síntoma más del amplio cuadro clínico y en el caso de la hipocondría, en ésta la preocupación excesiva por el defecto real o supuesto queda justificada, más que por motivo de apariencia, por el miedo a enfermar.

También hay que distinguir la dismorfofobia de otras situaciones no patológicas como puede ser la simple insatisfacción con la propia imagen, típica y frecuente en muchos adolescentes.

La dismorfofobia fue ampliamente descrita por el psiquiatra italiano Henry Morselli (1852-1929) en 1886, quien la bautizó así y la asoció a conductas obsesivo-compulsivas, como también lo hicieron otros autores como Emil Kraepelin (1856-1926) o Sigmund Freud (1856-1939). En la obra de este último, se hace referencia a la dismorfofobia en el caso del “Hombre de los lobos”, que es, dicho de paso, la obra de la que más se ha escrito en la historia del psicoanálisis. Posteriormente Hermann Stutte (1909-1982) acuñó en 1962 el término de “complejo de Thersites”, con el que también se conoce el trastorno, haciendo referencia al feísimo guerrero mitológico que describe Homero en la ilíada y al que da muerte Aquiles.

Hoy por hoy, la etiología sigue siendo desconocida, aunque hay teorías en el campo de la neurobiología que ligan el trastorno a una alteración de la sensopercepción óptica con base neurológica. Para explicar su génesis también podríamos recurrir una vez más a la ontología, implicando a las “engañosas ventanas de los sentidos” que, como decía Descartes (1596-1650), separan al sujeto (res cogitans) encerrado en el cuerpo (res extensa). Pero si seguimos hablando de filosofía, es la fenomenología la que nos lleva a profundizar en el

significado de este trastorno y mejor aún el pensamiento existencialista de Jean-Paul Sartre (1905-1980), basado en su premisa de que el ser humano ha destruido una y otra vez la objetividad de una cosa (que es básicamente igual pese al paso del tiempo), aplicando así constantemente a los objetos significados extraños a ellos hasta el punto que aquél acaba por confundir el objeto real con el significado que le aplica. Así, a modo de ejemplo y ya no referido a lo corporal, decía el filósofo, vemos una maraña de cartón y lino con unos garabatos y lo convertimos automáticamente en un libro. Para Sartre, la mirada del otro siempre termina produciendo alienación, y si lo aplicamos al caso del dismorfofóbico, este fenómeno alcanzaría un grado patológico significativo, viviendo constantemente y de forma más temerosa aún la mirada dirigida y centrada en ese “defecto”, que vulnera una y otra vez su corporalidad, destruyendo en definitiva su tranquilidad y su silencio, exponiendo esa su “insatisfecha intimidad” ante los demás y ante sí mismo.

De ello se deduce que la acción de un médico y más concretamente de un cirujano estético o un dermatólogo (ya que son los profesionales a los que acuden más estos pacientes) que, gracias a su experiencia profesional, intuye estar ante un dismorfofóbico y no ante un paciente con un problema estético más o menos evidente, en vez de prestar toda su atención a tal “defecto” (objeto) planificando la intervención quirúrgica, intenta hábilmente encaminarlo y remitirlo al psiquiatra quien centrará su estudio “buceando” en ese “sentir estigmatizado del paciente”, que es donde reside el verdadero problema. El psiquiatra certificará su conclusión en un documento que remitirá de nuevo al cirujano, quien, aunque tenga firmado el consentimiento informado del paciente, será el que decida ya practicar o no la intervención.

Se sabe que, en definitiva, este procedimiento ha disminuido la frecuencia de querellas por mala praxis o demandas civiles a las que están sometidos profesionales que operan una y otra vez a un singular paciente, que a su vez le exige una precisión más milimétrica en sus resultados y que encima nunca acaba satisfecho. Igualmente, con ello han disminuido otras dos complicaciones frecuentes y que no se pueden pasar por alto, una, los litigios con agresiones físicas a estos médicos y dos, el índice de suicidios de los pacientes graves cada vez más disconformes con los resultados.

También puede precisarse la valoración psiquiátrica por sospecha de dismorfofobia, cuando tras accidentes que dejaron atrás secuelas de cicatrices mínimas y poco apreciables, los pacientes vuelven a solicitar revaloraciones médicas para tratamientos “estéticos” más que para indemnizaciones que, a diferencia de otros cuadros (simuladores o rentistas), siempre quedan en un segundo plano.

A modo de conclusión, recordar que a nivel legal y atendiendo a criterios generales de funcionalidad, la dismorfofobia puede originar situaciones de discapacidad grave, sobre todo psíquica pero también física, y es que realmente el paciente puede acabar “hecho un cromo” de tanto pasar por el quirófano.