

EVALUACIÓN PERICIAL PSICOLÓGICA EN UN SUPUESTO DE DISMORFOFOBIA CON DELIRIO SOMÁTICO: EL PEREGRINAJE MÉDICO-JUDICIAL EN BUSCA DE LA REPARACIÓN DEL DAÑO IMAGINARIO

Laura González Guerrero
Tribunal Superior de Justicia de Madrid

Resumen

Se presenta el caso de una mujer convencida de haber sufrido un importante perjuicio físico-estético como consecuencia de una cirugía, demandando la reparación del presunto daño causado.

La evaluación pericial psicológica del caso, junto a las valoraciones médicas previas de la demandante, permite detectar un trastorno somatomorfo (dismorfofobia) con delirio somático, colaborando así a explicar y frenar o reconducir el peregrinaje médico y judicial en el que la peritada estaba inmersa.

PALABRAS CLAVE: *trastorno somatomorfo, trastorno dismórfico corporal, dismorfofobia, trastorno delirante somático, informe pericial.*

Abstract

This article presents the case of a woman who is convinced of having suffered important physical and aesthetic damage as a result of surgery, thus claiming compensation for alleged damage caused.

The expert psychological assessment of the case, together with previous medical assessments of the plaintiff, allows the detection of a somatoform disorder (body dysmorphic disorder) with somatic delusions, thus contributing to explain and stop or redirect the medical and judicial pilgrimage in which the subject has been immersed.

KEYWORDS: *somatoform disorder, body dysmorphic disorder, dysmorphophobia, somatic delusional disorder, expert report.*

¹ *Correspondencia:* Dra. Laura González Guerrero. Psicóloga Forense adscrita al Tribunal Superior de Justicia de Madrid. E-mail: lgonzalez@cop.es
Fecha de recepción del artículo: 24-02-2011.
Fecha de aceptación del artículo: 14-04-2011.

Introducción

Los trastornos somatomorfos son descritos en la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2002) como un conjunto de cuadros diagnósticos que tienen como característica común la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental. A diferencia de lo que ocurre en los trastornos facticios y en la simulación, los síntomas físicos no son intencionados o controlados voluntariamente, por lo que se hace necesaria una exploración psicopatológica que permita realizar el diagnóstico diferencial. Como apuntan García-Campayo y Sanz (2000), la categoría de los trastornos somatomorfos se creó en 1980 y su validez conceptual ha sido muy discutida. El principal argumento a su favor es su incuestionable utilidad clínica.

Estas patologías, además de causar malestar clínicamente significativo o deterioro en alguna de las esferas vitales de quien las padece, pueden llegar a representar un gran coste económico y asistencial a los servicios sanitarios debido al sometimiento de estas personas a reiteradas exploraciones y a la búsqueda incesante de un tratamiento que alivie la enfermedad o corrija el defecto físico que creen tener (García-Campayo y Sanz, 2000; Trimble, 2004; Fink, Hansel y Oxhoj, 2004).

El subtipo denominado trastorno dismórfico corporal o dismorfofobia se caracteriza por la preocupación excesiva por algún defecto en el aspecto físico, defecto que inclusive puede ser imaginario. La preocupación, principalmente estética al sentirse feos, deformes, etc., lleva a estas personas a ser clientes habituales de estomatólogos o cirujanos estéticos (Ferreri, Godefroy, Mirabel y Alby, 1990).

En ocasiones quien lo sufre está tan convencido de la exactitud de la percepción que tiene del supuesto defecto que no puede ser convencido de lo contrario, presentando auténticas ideas delirantes que llegan a converger en el diagnóstico adicional de un trastorno delirante, tipo somático (APA, 2002; Ferreri y cols., 2002). Si concurre esta intensidad sintomática, puede que estas personas lleguen a mostrar comportamientos litigantes e interpongan denuncias cuando creen conocer el origen de su malformación física, buscando que sea reparado el presunto daño sufrido. De este modo, y en consonancia con lo propugnado en estudios relacionados (Allaz, Vannotti, Desmeules, Piguet, Celik, Pyroth, Guez y Dayer, 1998; Casado del Pozo y Romera Sanz, 2001,2002; Carrasco y Maza, 2005) en el ámbito forense no será extraño tener que efectuar periciales sobre valoración de secuelas dentro de procedimientos (de reclamación de indemnizaciones, querellas contra sanitarios o denuncias por mala praxis) que pueden haber sido impulsados por un trastorno somatomorfo de

base. Tal y como explican Carrasco y Maza (2005), podemos encontrarnos ante situaciones en las que estos trastornos se atribuyen y ponen en relación con haber sido desencadenados, o agravados, por alguna circunstancia traumática, física o psicológica (accidentes de tráfico, agresiones, violaciones, robos, etc.) En este sentido, y al responder a una etiología traumática, son trastornos que se consideraban como “neurosis traumáticas” y en cuyo desarrollo y mantenimiento se invoca una dinámica de ganancias secundarias, búsqueda de renta o de indemnización. Siguiendo con lo que señalan estos autores, en estos casos la valoración deberá tener en cuenta, por un lado, si el estado alegado guarda relación o no con la vivencia traumática o el traumatismo físico y, por otro, la investigación del estado anterior y la incidencia que sobre el mismo se hubiera generado. En cualquier caso, la valoración forense de los trastornos somatomorfos deberá ir dirigida a realizar un correcto diagnóstico, descartando otra etiología que no sea la psicológica, y posteriormente valorar la relación de causalidad (según el procedimiento judicial planteado, ej. denuncia por mal praxis médica). A la vista de la descriptiva realizada y aportaciones de diversos autores, parece recomendable un abordaje multidisciplinar para la detección, valoración e intervención en estos casos y lograr así ofrecer la ayuda que precisan quienes padecen estos trastornos, frenando además el uso innecesario de recursos médicos, psicosociales y judiciales.

Objeto del informe

A través de oficio judicial se solicita pericial en aras a determinar si existe en la denunciante perjuicio psicológico ocasionado por el daño físico o estético derivado de la intervención médica practicada.

Breve descripción de los hechos

La presente pericial se enmarca dentro de una causa de reclamación de daños y perjuicios contra una Clínica Dental por una supuesta actuación negligente en la intervención quirúrgica efectuada.

La denunciante se sometió a una frenectomía (sección del frenillo labial superior) en el año 2004. Alega que “meses después comenzó a sentir molestias y dolores en el labio superior, así como un descolgamiento del tercio medio facial”. Como consecuencia de tal perjuicio estético sostiene encontrarse muy afectada psicológicamente, con estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo y rechazo hacia el aspecto de su rostro, rehuyendo las apariciones en público y reuniones con amigos y familiares en lugares de pública concurrencia,

mostrando escasa socialización, incluso con respecto a sus compañeros de estudios universitarios.

A pesar del malestar referido, no es hasta el año 2007 cuando la denunciante acude a diversos centros médicos y a varios especialistas de cirugía maxilofacial (derivada por su Médico de Atención Primaria acudió a un Hospital General y desde éste a otro para obtener segundas opiniones ante la disconformidad de la paciente). Según consta en el informe emitido por el segundo centro hospitalario, la paciente acudió a consulta tras haber sido vista por los Servicios de Cirugía Maxilofacial, Cirugía General y de Urgencias. Concluye el informe señalando que “en el momento actual, ninguno de los dos cirujanos plásticos que hemos explorado a la paciente ha detectado patología alguna susceptible de corrección quirúrgica por nuestro Servicio”. A conclusión similar habían llegado los especialistas del primer hospital al que acudió la demandante, profesionales que tuvieron que emitir un nuevo escrito en contestación a la reclamación efectuada por la presunta perjudicada ante el servicio de atención al paciente por la actuación del profesional que la atendió. En el escrito de contestación se reitera que no se valoró que existiera causa alguna para someterla a la intervención quirúrgica que solicitaba (por supuesto descolgamiento facial).

Por su parte el demandado (Clínica Dental), se opuso e impugnó la demanda y solicitó la realización de un informe médico forense “sobre las circunstancias que rodearon el tratamiento que realizó a la demandante”. El médico que efectúa la pericia, basándose en la información disponible y en sus conocimientos sobre la materia, concluye que a) la frenectomía es un tratamiento muy simple para el que no hay complicaciones específicas descritas, salvo las propias de una intervención mínimamente invasiva; b) la frenectomía se efectuó tras consentimiento de la paciente y no constan complicaciones posteriores; c) la queja de “descolgamiento” del tercio medio facial y molestias y dolores en el labio superior se recogen aproximadamente dos años y seis meses después de la frenectomía; d) no existe ninguna explicación clínica posible al hecho de que una frenectomía cause descolgamiento del tercio medio facial, ni molestias, ni dolores del labio superior, y menos después de aproximadamente dos años y medio de su realización.

La presunta perjudicada solicita ser indemnizada por los presuntos daños estéticos, psicológicos y morales ocasionados.

Metodología

- *Vaciado de Autos*: revisión exhaustiva de la documentación obrante en el expediente judicial.

- *Entrevistas semi-estructuradas con la peritada (dos sesiones) y aplicación de las siguientes pruebas psicodiagnósticas:*
- SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis. TEA Ediciones, 1994.
 - Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987).
 - MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2. TEA Ediciones, 1998.
 - MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon. TEA Ediciones, 2007.
 - SIMS. Inventario estructurado de simulación de síntomas. TEA Ed., 2009

Aproximación psicobiográfica

Mujer de 34 años de edad. Nació y se crió en Marruecos junto a su familia de origen. Según sus propias referencias procede de familia numerosa estructurada, siendo la tercera de un total de seis hermanos. Rememora infancia y adolescencia normalizada y feliz, sin eventos significativos. Padre empresario, madre ama de casa; familia con estatus socioeconómico medio-alto y formación universitaria. Buenas y fluidas relaciones familiares, sin que consten conflictos de interés. Sus progenitores permanecen residiendo en Marruecos y uno de sus hermanos en Suiza, encontrándose el resto de la fratría en España. La peritada reside junto a uno de sus hermanos y familia de éste (esposa y tres hijos). Por motivos de estudios pasa también bastante tiempo en Sevilla, donde dispone de un piso alquilado junto a otras chicas.

Niega antecedentes médicos/psicológicos familiares o personales (a excepción de lo relativo a la problemática objeto de Autos). Tan solo admite tratamiento psicofarmacológico (“Lexatin”), prescrito por médico de atención primaria, para ayudarla a conciliar el sueño. No ha contemplado la posibilidad de acudir a ningún servicio psicológico / psiquiátrico para el abordaje de la sintomatología afectiva que describe “porque no hay ningún tratamiento que me saque de esto, solo necesito una reparación de la boca”.

Niega hábitos tóxicos (alcohol, tabaco u otras drogas).

Niega antecedentes de malos tratos o experiencias traumáticas en su familia de origen o a nivel personal.

Decidió trasladarse a España en el año 2004 para completar sus estudios. Rememora su adaptación a España de modo positivo, sin haber acusado diferencias significativas en su estilo de vida (muy marcado siempre por la dedicación a sus estudios). La evaluada describe una fructífera trayectoria

académica: licenciada en Biología, diplomada en Informática y actualmente estudiante de 4º curso de Farmacia que simultanea con estudios de doctorado en Hematología.

Informa haber realizado trabajos temporales propios de estudiantes, especialmente durante periodos estivales. No obstante prioriza siempre sus estudios, explicando estar centrada en la culminación de los mismos. Su padre se hace cargo de sus gastos.

No tiene pareja sentimental. Informa que un año atrás rompió con una pareja con la que llevaba saliendo aproximadamente dos años. No describe problemática en el área de pareja que sea relevante a efectos de la presente pericial (la evaluada se muestra reticente a abordar esta esfera personal).

La peritada niega haber estado implicada en procedimientos legales previos a la presente causa.

Exploración psicopatológica

A las entrevistas realizadas la evaluada se presenta adecuadamente vestida y aseada. A primera vista no se aprecia ningún tipo de malformación en su área facial, ni inmovilización labial o inexpresividad facial. Actitud colaboradora. Orientada en tiempo, espacio y persona. Buena comprensión y expresión lingüística. Atención mantenida durante la evaluación, respondiendo a las preguntas que se le plantean. Escaso contacto ocular.

Estado de ánimo aplanado, moderadamente distímico. Acusa afectación emocional (se cubre la cara, se inclina sobre su cuerpo, llanto intermitente) al abordar directamente las consecuencias que sobre ella dice haber tenido la intervención quirúrgica (frenectomía) a la que se sometió en el año 2004.

Niega trastornos de alimentación o de sueño (aunque informa tomar psicofármacos para ayudarla a conciliar el sueño). Dice no haber experimentado aumento o pérdida de peso en los últimos años. Completamente autónoma en la realización de sus actividades cotidianas y cuidado personal (puntualiza que aunque otras personas quieran ayudarla o realizar las tareas domésticas que la conciernen prefiere hacerlo ella por quedarse más satisfecha con el resultado).

No aparece ideación autolítica ni heterolítica.

Ofrece planes de vida realista y coherente con la información autobiográfica que ofrece (completar sus estudios y trabajar en su área de formación: abrir una farmacia o trabajar como hematóloga, ya sea en España o en su país natal).

El discurso en relación a los supuestos daños padecidos tras la frenectomía a la que se sometió, se observa rígido y resistente a la confrontación,

crítica o sugerencia de alternativas. Rechaza las conclusiones, contrarias a su creencia, alcanzadas en los distintos informes obrantes en Autos. Durante la entrevista se obtiene un discurso que contradice las evidencias disponibles en Autos: afirma que los profesionales que la han valorado han estado de acuerdo en que la frenectomía está mal hecha y por eso se ha producido el “descolgamiento facial”, sin que hayan podido proporcionarle ninguna solución. En ningún momento reconoce que los especialistas que la han visto hayan determinado la inexistencia de patología; ni siquiera lo hace al mostrarle las evidencias contrarias a su discurso (conclusiones de informes médicos), efectuando una interpretación en la que su versión pudiera tener cabida: “lo que dicen en los informes no es lo que me dijeron a mí y a mi abogado, pero no lo ponen porque se apoyan entre ellos. Me dijeron que no hay técnicas para levantar el músculo, la piel...y que se iba a parar el descolgamiento solo, pero no dijeron que no lo hubiera”.

Asevera percibir nítidamente el descolgamiento facial, proporcionando unas verbalizaciones que, además de no estar avaladas por los informes médicos disponibles, impresionan de extrañas (“yo siento ese descolgamiento, el cuerpo está formado por el sistema nervioso y como el descolgamiento no está causado por el envejecimiento sino que es inducido lo noto”; “a veces el descolgamiento para, pero luego sigue y me pone fatal. Siento cuando la cara se descuelga o no. Noto como se mueve. Es un descolgamiento recurrente. Lo siento más cuando estoy en reposo, cuando hago actividades no lo noto tanto. Noto el movimiento del descolgamiento¹”; “el año pasado tuve el peor descolgamiento de todos. Lo noté por la movilidad de la piel, se cae. No es un descolgamiento simultáneo, a veces es más debajo de los ojos, otras debajo de la boca, otras al lado de la oreja...el lado izquierdo se nota más. Siento que me sobran los labios”; “denuncié en el 2007 porque mi cara se empezó a descoldar aproximadamente después de dos años. Sentía picor, líneas de expresión más acentuadas...a partir de esos dos años mi cara se fue descoldando mucho y siento dolor en la cara...no me han dado una solución por eso decido llevarlo por vía judicial”; “hoy no noto descoldamiento, ayer por la tarde sí, lo noto, la sensación de descoldamiento es como de irritación en el sitio donde se mueve la piel...desde fuera no se ve, pero al final todo el mundo nota el cambio de cara y boca”).

Afirma haber sufrido un importante perjuicio estético (“antes era guapa, ahora ya no”, “se nota mucho la boca, me ha cambiado el labio, llama mucho la atención, me han destrozado la sonrisa”) y psíquico, que ha repercutido de forma

¹ Conviene destacar que la descripción que realiza la peritada acerca de su perjuicio físico / estético va más allá de una mera percepción estática dado que realiza descripciones de sensaciones corporales dinámicas (movimiento de la piel, movimiento de la musculatura facial descoldándose).

notable en su esfera social y personal (“antes yo tenía muchos amigos y amigas, ahora no...desde que me hicieron la maldita operación esa he perdido mucha alegría...con el descolgamiento de la cara tengo una sensación mala con cada cosa que hago”; “me afecta lo primero en mi sonrisa, siempre la corto, la sonrisa es fatal, en grupo estoy fatal, se nota un defecto en la boca, mis amigos lo han notado, mi cara no era así, está más caída, cómo se va a sentir una persona que se le descuelga la cara, fatal”; “he cambiado mucho, no tengo ganas de nada, siempre tengo presente este problema”; “yo antes era muy feliz, alegre, tenía muchos amigos, siempre estaba sonriendo, pero desde esa cirugía he cambiado mucho, no puedo ser yo, desde entonces me cambió la vida y he ido a peor”). La peritada cree que el padecimiento que refiere ha minado directamente su autoestima (“actualmente soy una persona muy triste, vivo una tristeza tremenda, antes era muy alegre, atrevida...pero ahora siempre está presente este problema”).

Informa no haber hecho partícipe de la problemática a prácticamente nadie de su entorno (“solo lo sabe una amiga médico, es que nadie me puede ayudar, cómo van a hacerlo, lo que siento dentro nadie lo va a cambiar”; “no se lo dije a mi pareja, no sé si por vergüenza o por qué”). Tampoco en su esfera familiar ha buscado apoyo explícito, si bien refiere que las personas más próximas a ella sí se han percatado de los cambios físicos descritos (“nadie me ayuda...mis padres no lo saben, bueno, mi padre sí, pero no se lo podemos decir a mi madre porque sufriría mucho...mi madre me lo ha notado, pero le digo que es porque con el tiempo cambiamos...de mis hermanos solo lo sabe uno, no quiero que todo el mundo lo sepa, no me van a ayudar...”; “mi hermano – con el que vive – sí lo sabe porque lo ha notado, ha notado cambios en la boca y que tengo la cara cambiada, él cree que se puede solucionar con este procedimiento judicial, pero él no me puede ayudar”; “yo sé que nadie me puede ayudar, no sé para qué voy a hablar de esto”).

Hasta comenzar a padecer la sintomatología que describe ha llevado una vida muy metódica, organizada y dirigida a metas, observándose rasgos de personalidad obsesiva, perfeccionista y con afán de superación. Su vida diaria la describe centrada en sus estudios. No realiza actividades de ocio, excepto alguna salida puntual con amigos. Identifica el problema que denuncia como un pensamiento recurrente que no es capaz de apartar de su cabeza, provocándola importante malestar emocional. Informa que su única expectativa en relación al procedimiento judicial es que la proporcionen una solución al supuesto perjuicio sufrido, considerando que esta solución pasa irremediamente por una intervención quirúrgica.

Resultados de las pruebas administradas

Inventario de simulación de síntomas (SIMS). (Widows y Smith, adaptado por González Ordi y Santamaría, 2009)

[PS = 2; Dn = 0, Am = 0; Bi = 1; Af = 7; Total = 10]

No se detecta simulación. La puntuación total en el SIMS resulta inferior a la recomendada como punto de corte para determinar sospecha de simulación, lo que sugiere que sus respuestas respecto a síntomas relacionados con trastornos psicopatológicos o alteraciones neurocognitivas son consistentes con los síntomas descritos por individuos que presentan un trastorno genuino.

Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)

La entrevistada informa sentir que los hechos denunciados han afectado muy negativamente en las distintas áreas de su vida, especialmente en su vida social y de tiempo libre (restricción social).

Cuestionario de 90 Síntomas de Derogatis (SCL-90-R). (Derogatis, L.R., 1977; versión española de TEA ediciones, 1994).

Utilización de baremo de muestra psiquiátrica, tal como convienen los autores de la prueba en función de los resultados métricos obtenidos. Los índices globales informan de amplitud e intensidad sintomática, reportando sufrimiento emocional. Se aprecia tendencia en la evaluada (consciente o inconsciente) a maximizar o aumentar la patología referida. El perfil resultante muestra comorbilidad psicopatológica, destacando una acusada sensibilidad interpersonal (sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales), ideación paranoide (pensamiento proyectivo, suspicacia, ideación delirante: ej. “la impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás”; “la idea de que uno no se puede fiar de la gente”; “sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted”), depresión (signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos), síntomas obsesivo-compulsivos (conductas, pensamientos e impulsos que la evaluada considera absurdos e indeseados, que generan angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar, además de otras vivencias y fenómenos cognitivos característicos de los trastornos y personalidades obsesivas: ej. “tener que hacer las cosas muy despacio para estar segura de que las hace bien”, “tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace”), somatización (vivencias de

disfunción corporal, manifestaciones psicósomáticas) y ansiedad fóbica (relacionada con una restricción y evitación de las relaciones sociales: ej. “tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo”; “sentirse incómoda entre mucha gente”).

Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III (MCMI-III) (Millon, 1994; adaptación de TEA Ediciones, 2007)

Código de personalidad: -**1*756A8B6B+2A8A2B”43 //-**-*//
Código de síndrome: -**D*//-**_*//

Atendiendo en primer lugar a los índices relativos al estilo de respuesta de la examinada [P.D. X = 100; PREV Y = 50; PREV Z = 63; V = 0], el perfil resultante se considera válido e interpretable. La evaluada parece haberse enfrentado a la prueba en disposición sincera, no detectándose sesgos distorsionadores significativos en sus respuestas (deseabilidad social o devaluación). Las escalas básicas de personalidad reflejan rasgos de personalidad esquizoide. Este dato caracteriza a la evaluada como una persona con tendencia a mostrarse apática, desganada, distante y asocial, con emociones y necesidades afectivas mínimas y escaso interés por las relaciones interpersonales. No es descartable que este dato o rasgo aparezca acentuado por el estado emocional y actitudinal que se atribuye la peritada (restricción de las interacciones sociales derivada de su creencia de que la gente se dará cuenta del defecto físico facial que ella refiere). No se detecta estructura patológica grave de la personalidad. Respecto a los síndromes clínicos evaluados, destacan las puntuaciones relativas a trastornos *depresivos* (trastorno distímico = prev 77; depresión mayor = prev 70), informando de sentimientos crónicos de desánimo, apatía, baja autoestima y pesimismo). Se aprecia también una puntuación moderadamente alta (prev 70) en la escala de trastornos somatomorfos (psicosomatizaciones, quejas somáticas recurrentes y múltiples – presentadas a menudo de forma dramática, vaga o exagerada – y/o síntomas hipocondríacos). Al margen de estos datos, no se obtienen indicadores de síndromes psicopatológicos de mayor gravedad ni relacionados con la presencia de un trastorno de estrés postraumático.

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota – 2 (MMPI-2) (Butcher, Grant Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989; adaptado por Ávila-Espada y Jiménez-Gómez, 1998).

Código de Welsh: -**-'20—5639/781:4# L´KF/

El análisis de las escalas clínicas permite destacar sintomatología depresiva moderada (insatisfacción con su vida, preocupaciones, baja energía, dificultad de concentración, quejas somáticas, problemas de sueño, autodepreciación, disforia) e introversión social. Las escalas de contenido reflejan malestar social (sentimientos de intranquilidad cuando está rodeada de gente y preferencia por estar sola). Las escalas suplementarias muestran una baja fuerza del yo (inhibición, percepción de enfermedad física y de sentimientos de incapacidad para afrontar presiones del entorno, bajo autoconcepto). Por último, la revisión de las puntuaciones en las subescalas de Harris Lingo es sugerente de evitación social (evitación de las actividades de grupo y las muchedumbres; elude el contacto con otras personas), enlentecimiento psicomotor (baja energía, evitación de los demás) y depresión subjetiva (sentimientos de infelicidad y depresión, sentimientos de inferioridad, incomodidad en situaciones sociales).

Integración de datos recabados en la exploración psicológica

Las pruebas psicométricas aplicadas son congruentes entre sí y coherentes con la impresión clínica. A través del conjunto de datos de la exploración pericial no se constatan indicadores de simulación (entendida como el fingimiento consciente de sintomatología médica-psicológica con la intención de obtener algún tipo de beneficio externo o económico). Se detecta sufrimiento emocional en la peritada relacionado con la deformidad física facial que ella está convencida de padecer (a consecuencia de una presunta mala praxis médica). Refleja sintomatología depresiva y tendencia a la evitación social. No se aprecia estructura patológica de la personalidad, más allá de rasgos obsesivos.

El conjunto de síntomas psicopatológicos apreciados, es compatible con el padecimiento por la evaluada de un trastorno somatomorfo, concretamente de un *trastorno dismórfico corporal* [F45.2; 300.7], comórbido a un *trastorno delirante de tipo somático* [F22.0; 297.1].

Discusión forense

Sobre el estado psicológico de la peritada

La evaluación psicológica efectuada detecta sufrimiento emocional en la peritada que no impresiona ni se valora de simulado.

El análisis del conjunto de datos recabados para la presente pericial, permite inferir la presencia de un trastorno somatomorfo, concretamente de un

trastorno dismórfico corporal [F45.2; 300.7], comórbido a un *trastorno delirante de tipo somático* [F22.0; 297.1].

Tal y como recoge la nosología vigente (DSM-IV-TR), la característica esencial del trastorno dismórfico corporal (o dismorfofobia) es la preocupación por algún defecto en el aspecto físico (criterio A). El defecto es imaginario o, si existe, la preocupación del individuo es claramente excesiva². La preocupación causa malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (criterio B) y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (criterio C). Los síntomas más usuales se refieren a defectos imaginarios o de poca importancia en la cara o la cabeza (entre otras se alude a hinchazones, asimetría o desproporción facial). Estas personas también pueden preocuparse por la forma, el tamaño u otros aspectos de su nariz, ojos, párpados, cejas, orejas, boca, labios, dientes, mandíbula, barbilla, mejillas y cabeza. A pesar de que las quejas son normalmente específicas (ej. labios torcidos o nariz prominente), algunas veces llegan a ser considerablemente vagas (p.ej. una cara “caída”). Debido al malestar que les ocasionan las preocupaciones, o bien por otras razones, los individuos con trastorno dismórfico corporal tienden a evitar describir con detalle sus “defectos” y se limitan a hablar de su fealdad. La mayoría de los sujetos experimentan un malestar intenso en relación con su supuesto defecto y a menudo describen sus preocupaciones como “muy dolorosas”, “torturantes”, o “devastadoras”; les resulta difícil controlar y dominar sus preocupaciones y hacen poco o nada por superarlas. Como resultado, pueden pasar horas pensando en su “defecto”, hasta el punto de que estos pensamientos pueden llegar a dominar sus vidas por completo. En muchos casos cabe objetivar un deterioro significativo en muchas áreas de la actividad del sujeto. La conciencia del defecto puede llevar a estos individuos a evitar situaciones laborales y sociales (en el supuesto que nos ocupa se encuentra afectada especialmente el área social).

En algunas ocasiones, como ocurre en el presente caso, las personas con un trastorno dismórfico corporal pueden llegar a presentar ideas delirantes; es decir, están completamente convencidos de que su visión del defecto es exacta y no distorsionada, y no pueden ser convencidos de lo contrario. Las ideas delirantes de referencia al defecto imaginario también son frecuentes: los individuos que padecen este trastorno piensan a menudo que los otros pueden

² En el caso que nos ocupa, los informes médicos existentes hasta la fecha y valoración médico pericial niegan la existencia de la patología o del perjuicio físico-estético referido por la peritada. Por otra parte, si bien es cierto que se desconoce el aspecto previo de la evaluada, no es observable externamente defecto físico en su área facial que hiciera fijar la atención en ella por este motivo (sin embargo la explorada restringe su vida social por su convicción de que los demás se fijan en “su defecto, en su cara”).

percibir (o están percibiendo) su supuesto defecto, e incluso mofarse y hablar de él. Es esperable también que estas personas busquen y reciban tratamientos médicos generales, odontológicos y quirúrgicos con el fin de corregir sus defectos imaginarios o leves.

La alta intensidad de la preocupación por su defecto físico (imaginario o leve), así como la rigidez en el discurso o acusada resistencia de la evaluada a aceptar alternativas o evidencias contrarias a su discurso y la descripción de sensaciones corporales extrañas (ej. descolgamiento recurrente, intermitente, especialmente percibido por la peritada en situación de reposo...), son datos que permiten proporcionar el diagnóstico adicional de trastorno delirante, tipo somático. Es habitual que secundariamente a este trastorno, y tal como le ocurre a la evaluada, la persona desarrolle un estado de ánimo irascible o disfórico, que normalmente puede interpretarse como una reacción a sus creencias delirantes. Es frecuente también que se sometan a pruebas y exploraciones médicas innecesarias, en su afán de encontrar una evidencia a favor de sus convicciones. Por último conviene señalar, que estas personas tienden a manifestar una aparente normalidad de su comportamiento y de su aspecto cuando sus ideas delirantes no son cuestionadas o puestas en juego. En general, es más fácil que esté deteriorada la actividad social y de pareja que la intelectual y laboral.

Sobre la relación entre la frenectomía practicada a la peritada y la psicopatología detectada

La evaluación pericial efectuada no permite considerar que la afectación emocional que manifiesta la evaluada tenga como causa el padecimiento de un perjuicio físico-estético real derivado de la presunta mala praxis médica (si bien la intervención quirúrgica practicada puede considerarse como un detonante que incidió sobre un estado anterior vulnerable). Sin embargo, la demandante está convencida plenamente del daño físico (área fácil) sufrido como consecuencia de la intervención quirúrgica odontológica (frenectomía) a la que se sometió hace ya cinco años, convencimiento que tiene como consecuencia sintomatología depresiva asociada, merma de su autoestima y evitación social.

La etiología de los trastornos dismórfico corporal y delirante de tipo somático detectados no es atribuible a la vivencia de la supuesta intervención quirúrgica negligente denunciada (alegando que habría causado un perjuicio físico o estético a la denunciante y consecuentemente alteraciones emocionales y daño moral). Más bien los trastornos descritos pueden ser la causa del sufrimiento de la peritada y de la necesidad de acudir reiteradamente a distintos servicios médicos buscando una explicación que explique y avale sus convicciones o que le proporcionen soluciones al defecto que percibe, así como que su resistencia a evidencias contrarias la impulsen a interponer quejas o

demandas contra los profesionales que no sustentan sus argumentos (para ella evidentes) o no la ofrecen soluciones satisfactorias.

Conclusiones

En respuesta al objeto de la pericial psicológica solicitada y en base a los resultados obtenidos a través de la exploración realizada, la perito abajo firmante ha emitido el presente informe con total imparcialidad y atendiendo a su leal saber y entender. Con todos los respetos a S.S^a y al Tribunal que corresponda señala las siguientes conclusiones:

PRIMERA: Los abundantes informes médicos emitidos por los distintos especialistas sobre la peritada, descartan la existencia del perjuicio físico-estético que refiere así como cualquier relación que pudiera tener (en el supuesto de existir el citado perjuicio) con la intervención quirúrgica (frenectomía) a la que se sometió hace cinco años.

SEGUNDA: Dña. M.C.J. presenta síntomas psicopatológicos compatibles con la presencia comórbida de un Trastorno Dismórfico Corporal [F45.2; 300.7] y un Trastorno Delirante de tipo somático [F22.0; 297.1]. Se observan síntomas distímicos y afectación de la esfera social de la evaluada (restricción de interacciones sociales) que puede explicarse por los anteriores diagnósticos (reactivos a la creencia delirante). El análisis efectuado en esta pericial descarta que exista relación de causalidad entre la frenectomía practicada a la demandante y los trastornos referidos.

TERCERA: Se valora conveniente que Dña. M.C.J. reciba atención psicológica / psiquiátrica desde el centro de salud mental que le corresponda con objeto de abordar la sintomatología psicopatológica descrita y mejorar su estado de ánimo.

Es cuanto cumple informar,

En Madrid, a (día) de (mes) de (año)

Fdo: xxxxxxxxx

Referencias

- APA (Asociación de Psiquiatría Americana) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Allaz, A.F.; Vannotti, M.; Desmeules, J.; Pigué, V.; Celik, Y.; Pyroth, O.; Guez, P.; Dayer, P. (1998). Use of the label "litigation neurosis" in patients with somatoform pain disorder. *General Hospital Psychiatry*, 20, 91-97.
- Argüera Ortiz, L. y Hernández Concepción, R. (1999). Trastorno Dismórfico Corporal: Dismorfofobia. *Revista Masson Newsletter de Psiquiatría*, 4, 1-6.
- Carrasco Gómez, J.J. y Maza Martín, J.M. (2005). *Manual de Psiquiatría Legal y Forense* (3 ed). Madrid: La Ley.
- Ferreri, M., Godefroy, M., Mirabel, V. y Alby, J.M. (1990). Dysmorphofobies. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37-146-A-10
- Fink, P., Hansen, M.S.; y Oxhøj, M-L. (2004). The Prevalence of Somatoform Disorders among internal inpatients. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(4), 413-418.
- García-Campayo, J. y Sanz Carrillo, C. (2000). *Unidad de trastornos somatomorfos: el modelo Zaragoza*. I Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de Febrero - 15 de Marzo; Conferencia 49-CI-C: [21 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa49/conferencias/49_ci_c.htm
- Millon, T. (2007) *Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III*. Madrid: TEA Ediciones.
- Trimble, M. (2004). *Somatoform Disorders: A medicolegal guide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Silvain, P. B. (1983). The psychosocial and forensic analysis of injuries and disfiguring disorders that influence human development. *Dissertation Abstracts International*, 44 (12B).