

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“Dr. JOSÉ ASSEF YARA”
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
“DR. ANTONIO LUACES IRAOLA”

SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y CAUMATOLOGÍA



Consideraciones psicológicas en pacientes de Cirugía Estética.

TRABAJO DE TERMINACIÓN DE RESIDENCIA PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN CIRUGÍA
PLÁSTICA Y CAUMATOLOGÍA

AUTOR: Dr. Eduardo Rojas Sifontes.

**CIEGO DE ÁVILA
2010**

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“Dr. JOSÉ ASSEF YARA”
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
“DR. ANTONIO LUACES IRAOLA”

SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y CAUMATOLOGÍA



Consideraciones psicológicas en pacientes de Cirugía Estética.

TRABAJO DE TERMINACIÓN DE RESIDENCIA PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN CIRUGÍA
PLÁSTICA Y CAUMATOLOGÍA

AUTOR: Dr. Eduardo Rojas Sifontes.
Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.
Residente de Cuarto Año de Cirugía Plástica y Caumatología.

TUTOR: Dr. Reinol García Moreiro.
Especialista de Segundo Grado en Cirugía Plástica y
Caumatología. Profesor Asistente.

ASESOR: MsC. Ernesto René Salcedo Rocha.
Licenciado en Psicología. Profesor Titular Adjunto.

**CIEGO DE ÁVILA
2010**

*“...la hermosura física vigoriza y dispone el espíritu del
hombre a la hermosura moral...”*

José Martí

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo para identificar los aspectos psicológicos más significativos en los pacientes que solicitaron cirugía estética, en el Hospital Provincial “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila en el período comprendido entre el 1^{er}o de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2009. Predominaron los pacientes del sexo femenino y color de piel blanca, con edades comprendidas entre 16 y 45 años, casados, con domicilio urbano y profesiones que requieren una apariencia física agradable. El tipo de cirugía predominante solicitada fue la Abdominoplastia, seguida de la Cirugía de Mamas. La mayor parte de los pacientes manifestó su deseo de operarse para mejorar su imagen estética y refirió llevar mucho tiempo deseando la operación sin especificar. El desconocimiento fue la principal causa que impidió que los pacientes acudieran a la consulta. La mayoría de los mismos admitió que su apariencia física estaba provocando efectos como: ansiedad, depresión y angustia, sobre su comportamiento. Mientras que la totalidad esperaba quedar satisfecho total o parcialmente con los resultados de su intervención.

Palabras Claves: Belleza, Aspectos Psicológicos, Cirugía Estética.

AGRADECIMIENTOS

A mis Profesores, los cuales supieron legarme el caudal de conocimientos necesarios para el desempeño de mi profesión.

A mis Amigos, por la fidelidad y el desinterés mostrado durante todos estos años.

A mi Familia, porque sin su apoyo no hubiera logrado realizar este sueño.

A todas las personas que contribuyeron a mi formación y me ayudaron a alcanzar la meta.

A todos ellos:

Gracias por su valiosa ayuda

DEDICATORIA

A mis padres, fuente de inspiración.

A mis hermanas, por su apoyo incondicional, por su comprensión y por formar parte de este sueño.

A la memoria de mis seres queridos, que desde el infinito guían mis pasos.

A mi maravillosa esposa y a mi hijo que crece en su vientre.

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- OBJETIVOS	5
III.- MARCO TEÓRICO.	6
IV.- MATERIAL Y MÉTODO.....	14
V.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	17
VI.- CONCLUSIONES.	31
VII.- RECOMENDACIONES.....	32
VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
IX.- ANEXOS.....	40

I.- INTRODUCCIÓN

La humanidad en su largo recorrido histórico, nada ha apreciado tanto, descartada la vida misma, como la normalidad y la buena apariencia de su aspecto físico. De ahí que la preocupación de la salud, la normalidad morfológica e incluso la belleza y el perfeccionamiento del cuerpo humano, haya constituido siempre la motivación más importante en todas las civilizaciones desde las épocas más remotas. ⁽¹⁾

Desde entonces, la ornamentación del cuerpo ha buscado la exaltación de los valores estéticos del momento histórico y cultural. ^(2,3)

El deseo de la belleza propia en la mujer y el deseo de ser reconocido en su valor, más específico en el hombre por razones histórico-sociales, tienen su raíz en la “Presunción natural del hombre” y parte básicamente del aspecto físico. ^(1,4)

La historia del ser humano es la de un individuo en constante búsqueda de abastecimiento de las necesidades vitales básicas, tanto fisiológicas como psíquicas. Es así como el hombre en su lenta evolución hacia la cúspide biológica fue adquiriendo una imagen que le permitió diferenciarse de los demás seres vivos, una imagen de cuerpo y mente: la imagen humana o bien autoimagen. ^(1,4)

Podemos definir la autoimagen como nuestro personal y propio concepto respecto al tipo de personas que somos en un momento dado siendo un concepto dinámico y cambiante según las circunstancias. ^(1,4) Así en la auto imagen se integra el reflejo de lo que el individuo aprecia en la mente de los que le rodean, por lo tanto, en cada encuentro existirán por lo menos dos auto imágenes. Lo que la persona piensa de sí, y lo que los demás piensan de él. Por lo tanto, gran parte de la satisfacción que uno

siente hacia su propia imagen corporal suele ser el reflejo de las actitudes de los que lo rodean. ^(1,4)

Mientras la autoimagen de un individuo cualquiera permanezca intacta, segura y consciente, no se sentirá amenazado y por lo tanto disfrutará de una sensación de plenitud y confort. En caso contrario reinará la ansiedad e inseguridad. ^(1,4)

Cuando se tiene la belleza como meta, considerando a la misma como un equilibrio armónico de formas, volúmenes, movimientos y acción recíprocos, se hace necesario una sensibilidad artística especial; pero a la determinación individual de modificar la apariencia física debe sucederle una adecuada valoración clínica, que incluye, como es natural los aspectos psicosociales. ⁽²⁾

Por las repercusiones psicológicas, la responsabilidad del cirujano plástico es muy grande, como especialidad quirúrgica, que tiene por objetivos la función prima sobre la estética. Obviamente lo ideal es alcanzar y lograr ambos aspectos para así reafirmar realmente la autoimagen de nuestro paciente. ⁽¹⁾

El aspecto sociológico de la cirugía estética constituye una de las vertientes más interesantes en relación con la explosión de la demanda cada vez más creciente de esa disciplina en todo el mundo. Nuestro país no escapa a ello, pues la población disfruta y es consciente de los avances en la salud. Así como en los países desarrollados, es normal que las personas por encima de los cuarenta años practiquen deportes y mantengan una actividad intensa en los aspectos físicos y psíquicos, también resulta normal que se preocupen porque su cuerpo mantenga una armonía que le dé una mayor seguridad espiritual. ⁽²⁾

En nuestra provincia también hemos podido apreciar un incremento notable en la demanda de la cirugía estética, muestra de esto es el número cada vez mayor de pacientes que acude a nuestra consulta solicitando algún proceder.

El tema de la estética es a veces calificado de superficial para los que la solicitan, ya que es habitual considerar a las personas preocupadas por su belleza exterior de superficiales y más tendientes a preocuparse menos por su belleza interior, ^(2, 5, 6) aspecto polémico que no se analiza en este estudio.

Generalmente las autoridades sanitarias no escapan a esta errónea valoración y analizan la cirugía estética como un frío proceder, subestimando la importancia de la misma, sin tener en cuenta que el cirujano plástico mediante la intervención reconstruye y mejora la apariencia de su paciente, mejora su autoestima y le ofrece la posibilidad de sentirse mejor y más seguro en sus actuaciones profesionales, sociales y afectivas. ⁽¹⁾

Hasta el presente los aspectos psicológicos en pacientes que solicitan una cirugía estética han sido poco estudiados y muchas veces pasados por alto por el personal especializado, de tal manera que decidimos estudiar su comportamiento en nuestros pacientes.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente y basándonos en el incremento de la demanda de la cirugía estética y la repercusión de estos procedimientos en el contexto psicosocial de cada individuo nos proponemos dar respuesta al siguiente problema científico: ¿Cuáles son los aspectos psicológicos más significativos en los pacientes que solicitan cirugía estética en el Hospital Universitario “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila? Y para ello daremos respuesta a las siguientes preguntas investigativas: ¿Qué situación presenta el comportamiento de algunas variables relacionadas con los pacientes que solicitan un proceder estético en nuestra institución?

¿Qué fundamentos teóricos sirven de sustento al manejo psicológico adecuado de los pacientes portadores de una deformidad? y ¿Cómo influye la intervención del cirujano plástico en la calidad de vida de su paciente?

II.- OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Identificar los aspectos psicológicos más significativos en los pacientes que solicitan cirugía estética, en el Hospital Provincial Dr. Antonio Luaces Iraola de Ciego de Ávila en el período comprendido entre el 1^{ero} de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2009.

2.2 Objetivos Específicos:

2.2.1 Identificar a los pacientes según las variables:

- Edad.
- Sexo.
- Color de la piel.
- Estado civil.
- Zona de residencia.
- Profesión.

2.2.2 Establecer el tipo de cirugía solicitada.

2.2.3 Identificar el motivo real por el cual el paciente desea operarse.

2.2.4 Determinar desde cuando el paciente desea la intervención y que había impedido que acudiera al especialista.

2.2.5 Describir la existencia de alteraciones psicosociales relacionadas con la deformidad física existente.

2.2.6 Determinar las expectativas de los pacientes con la cirugía estética solicitada.

III.- MARCO TEÓRICO

Al contrario de lo que muchos podríamos imaginar, la cirugía estética no es un invento de la modernidad sino que sus orígenes se remontan al 1500 A.C. En aquel entonces en el papiro de Ebers se mostraba que el trasplante de tejidos era practicado por los egipcios desde el año 3500 A.C. Además del procedimiento, también se contaba con un código ético, el código de Hammurabi (que data del 2000 A.C.) donde se expresaba que al cirujano que matase o destruyese el ojo de su paciente le serían amputados los dedos de sus manos.

También se tienen noticias que alrededor del 2500 A.C. en la India existían técnicas de reconstrucción de la nariz, las orejas y los labios. Vale aclarar que en la sociedad india era costumbre castigar a los prisioneros de guerra, adúlteros o delincuentes con la mutilación de la nariz o las orejas por lo cual también se ideó un método para reparar estas pérdidas.

En la Edad Media se vivió un periodo de oscurantismo también en lo relacionado con la cirugía estética, tanto es así que incluso se llegó a prohibir pero posteriormente, con los avances de la anestesia este tipo de cirugía vuelve a resurgir con más bríos. La Segunda Guerra Mundial le imprimió el último empujón necesario a este campo creándose sucesivamente las Sociedades de Cirugía Plástica y desde entonces las técnicas reconstructivas no han cesado de desarrollarse. ⁽⁷⁻¹⁰⁾

En el siglo XX y XXI, los acontecimientos históricos, de una parte, y la evolución científica, de la otra, han marcado los sucesivos cambios estéticos de la mujer. Los

cambios sociales han sido apresurados, y con ellos la moda y la estética, que se han amoldado a cada nuevo período. Lo que antes se mantenía durante décadas, dura actualmente unos pocos años. ⁽⁸⁾

El poder de la belleza en los asuntos humanos ha sido expuesto desde el advenimiento de la escritura. Platón entendió que ser bello era uno de los tres deseos de todo hombre, los otros dos eran buena salud y adquirir riquezas de una manera honrada. Aristóteles concurre, admitiendo que “la belleza es una recomendación mayor que cualquier carta de recomendación”. ⁽¹¹⁾

Si entre las propiedades que posee el mundo hemos encontrado las del orden, simetría y armonía (es decir una disposición de la belleza), el alma humana, tiene que poseer una cierta simpatía interior para captar y comprender este orden simetría y armonía de las cosas, es lo que se denomina concepto de belleza. ⁽⁴⁾

La belleza, según el Oxford English Dictionary, es "una combinación de cualidades, incluyendo la gracia de forma y el encanto de colores que agradan la vista u otros sentidos". ⁽⁵⁾ En la práctica, la belleza puede ser más fácil para reconocer que para definir. Cada uno de nosotros puede reconocerla cuando la vemos, oímos u olemos. ⁽⁶⁾

Aaron Spelling, el productor de Hollywood, explica que él “no puede definirla, pero la reconoce cuando pasea dentro de una habitación”. ⁽¹¹⁾ La belleza puede caracterizarse como una valoración individual o social de atractivos influenciado por las normas culturales. ⁽⁶⁾

Ciertas formas del cuerpo se aceptan universalmente como bellas. Se juzgan las caras de mujeres más atractivas cuando tienen las barbillas pequeñas, las mandíbulas delicadas, los labios llenos, las narices pequeñas, los pómulos altos, y ojos grandes y amplios. ⁽¹²⁻¹⁴⁾ Las proporciones faciales relativas entre las mujeres bonitas en su

adolescencia tardía y jóvenes de veinte años han sido evaluadas de forma computarizada, siendo típicamente casi las mismas de aquellas observadas a una edad cronológica de 6 a 7 años. ^(15,16) Las proporciones cintura a cadera que se aproximan a 0.7, la forma de las extremidades vistas en supermodelos, es considerado deseable por la mayoría. ⁽¹⁷⁻²¹⁾ Para los hombres, la cara ideal es una dominante, rectangular, repleta, con la barbilla prominente, ojos profundos, y una frente grande. Los hombres más altos, musculosos, con un torso en forma de V (con la proporción de la cintura a cadera de aproximadamente 0.9 es lo preferido, ⁽²²⁻²⁹⁾ pero la cara hipermasculina puede aparecer terrible. ^(30, 31) El cabello lustroso, abundante y la piel clara son señales de belleza en hombres y mujeres. ⁽³²⁾

La cirugía estética es solicitada cuando una persona localiza en su propio cuerpo algo que no corresponde a lo que desea como su ideal imagen corporal, entonces la cuestión fundamental no se concentra solo en la reconstrucción de la imagen física, sino de la autoimagen. Es fundamental abordar el lado psicológico, ya que se trata de un cambio permanente del cuerpo, con un gran poder sobre la autoestima. ⁽³³⁾ Gran parte de la autoestima depende del concepto de belleza o el canon estético. ⁽¹⁾

Los aspectos psicológicos y psiquiátricos engloban varias facetas: los efectos psicológicos causados por malformaciones congénitas, los originados por deformidades adquiridas y los debidos a desviación del canon estético. ^(4,8)

El paciente que padece una malformación congénita en cualquier parte del cuerpo, vive con angustia al verse en desventaja con sus semejantes y reacciona con el medio de diferentes formas, que van desde la neurosis a las psicopatías. ⁽¹⁾

La reacción ante una deformidad adquirida es muy individual y depende de la personalidad en su confrontación con el ambiente, y la vivencia subjetiva puede ser muy

diferente de la impresión general del ambiente. Indudablemente influye también la causa de la deformidad. ⁽¹⁾

Los efectos psicológicos causados por desviación del canon estético, es decir, del concepto de belleza, se deben a cambios en la autoimagen. Muchos temen al proceso de envejecimiento (paso obligado hacia el cual todos nos dirigimos) aun antes de llegar a la edad madura, otros van adquiriendo el temor a medida que pasan los años y ven menguar sus facultades psíquicas y físicas. ⁽¹⁾

Aunque las desviaciones objetivas de la armonía, de las proporciones y del prototipo característico de cada región puedan ser motivo suficiente para desear una corrección, no todas las personas que las presentan desean operarse, sino que dependen de su actitud psíquica frente al defecto. El sufrimiento psíquico del paciente no está en relación con la magnitud del defecto sino con la sensibilidad del portador. La afectación de la autoimagen se origina por comparación con el ambiente y depende primordialmente de la apreciación por parte de los demás. En la gran mayoría se trata de pacientes estables que presentan defectos reales. Un cierto sentimiento de culpabilidad y ansiedad son normales cuando el paciente manifiesta su deseo de intervenir y explica hasta que punto es consciente de su deformidad. Con frecuencia el deseo de operarse coincide con un momento difícil de la vida, y es como si con la intervención el paciente quisiera comenzar una nueva vida. ⁽⁴⁾

Las principales alteraciones de la autoimagen pueden agruparse en tres tipos: el relacionado con la cara, el relacionado con la estatura y el que abarca los caracteres sexuales secundarios. Entre este último grupo merecen especial interés los defectos de la región mamaria, la adiposidad abdominal y glúteo trocantérea y los defectos relacionados con la región genital. La destacada importancia de las mamas en los

aspectos estéticos, sexuales y a consecuencia de ello, psíquicos de la mujer, hace que sus defectos tengan una sensible repercusión en la paciente. ^(1,4)

Como dijera Barragán, desde un simple desequilibrio pasajero y circunstancial, hasta una verdadera psicosis, puede ser la causa de una determinación errónea en un paciente que se interesa por una cirugía plástica. Sin embargo los elementos más estables y constitucionales, como los rasgos de personalidad, que en ocasiones se estructuran patológicamente desarrollando un trastorno de personalidad, pueden ser elementos significativos que subyacen en la actitud del paciente hacia el ideal estético de sí mismo. ⁽²⁾

Los rasgos solo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles. Se entiende por trastorno de la personalidad, cuando estos rasgos se expresan en forma de un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; tiene su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y causa malestar o perjuicio para el sujeto. Los trastornos de la personalidad se agrupan en tres grupos de clasificación basados en las similitudes de sus características:

Grupo A: Trastornos de personalidad paranoide. Trastorno de personalidad esquizoide. Trastorno de personalidad esquizotípico. Los sujetos suelen parecer raros o excéntricos.

Grupo B: Trastornos de personalidad histriónica. Trastorno de personalidad narcisista. Trastorno de personalidad límite. Trastorno de personalidad antisocial. Los sujetos suelen parecer dramáticos, emotivos e inestables.

Grupo C: Trastornos de personalidad por evitación. Trastorno de personalidad por dependencia. Trastornos de personalidad obsesiva compulsiva. Los sujetos suelen parecer ansiosos y temerosos. ⁽²⁾

El trastorno paranoide es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.

El trastorno esquizoide es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.

El trastorno esquizotípico es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

El trastorno antisocial es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.

El trastorno límite es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, de los afectos, y de una notable impulsividad.

El trastorno histriónico es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.

El trastorno narcisista es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

El trastorno por evitación es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

El trastorno por dependencia es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.

El trastorno obsesivo es un patrón de preocupación por el perfeccionamiento, el orden y el control.

El no especificado es una categoría disponible para dos casos:

1. El patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de personalidad y hay características de varios trastornos de personalidad, pero no se cumplen criterios para ninguno específico.
2. El patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de personalidad, pero se considera que el individuo no está incluido en la clasificación (por ejemplo el trastorno agresivo de personalidad).⁽²⁾

Dado que la actitud ante la belleza y el criterio estético sobre uno mismo puede conducir a la elección de la cirugía plástica como opción para acercarse al modelo ideal personal, es importante conocer como los móviles y cualidades del sujeto solicitante actúan en esta elección.⁽²⁾

Algunos autores plantean que la cirugía estética, puede considerarse como “terapia psicológica con el bisturí”.^(34,35)

Las finalidades de la cirugía estética, se dirigen de hecho hacia modificaciones positivas de ciertas características somáticas, llevando a menudo una notable ventaja de los sufrimientos psicológicos del paciente, en el sentido que la imagen de sí mismo resulta más agradable y, aparenta ser menos desagradable para los demás.⁽³⁵⁾

Realmente el campo de la estética es muy amplio y no se limita simplemente a la corrección de las pequeñas imperfecciones sino que también abarca operaciones quirúrgicas necesarias para mejorar la calidad de vida de las personas. Y es que utilizar los adelantos en el campo de la estética en muchas ocasiones podría facilitarnos la vida.^(8, 36,37)

De tal manera, que actualmente se logra reconocer la importancia de la cirugía estética como especialidad que intenta no solo facilitar la vida a las personas a través de una operación quirúrgica sino que además cuida los aspectos psicológicos relacionados con

el proceso de cambio e intenta a la vez desmitificar los estereotipos relacionados con la cirugía plástica, lo que constituye una esperanza de cambio. Y es que probablemente de la mano de esta corporación estemos entrando en una nueva era de la cirugía estética que se preocupa realmente por mejorar la calidad de vida de las personas, concientizándolas con su cuota de responsabilidad en el proceso de cambio y poniendo límites precisos en cuanto a los alcances de cualquier procedimiento plástico.^(36,37) Estaríamos hablando entonces de una cirugía plástica más conciente de su papel social pero también de personas más concientes y responsables por sus destinos.

En el indicado amplio crédito que tiene la cirugía estética quedan, sin embargo, reservas que superar, debidas algunas a la ignorancia. Tales prejuicios no impiden definir la cirugía estética como una ciencia y un arte, ordenado en sí mismos al beneficio de la Humanidad, y también, en lo que concierne a la persona del cirujano, una profesión en que se encuentran empeñados importantes valores éticos y psicológicos.⁽³⁸⁾

IV.- MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo con el objetivo de identificar los aspectos psicológicos más significativos en los pacientes que solicitan cirugía estética, en el Hospital Provincial “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila en el período comprendido entre el 1^{ero} de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2009.

Universo:

El universo del estudio quedó constituido por el total de pacientes (232) que acudió a la consulta de cirugía estética de nuestra institución en el período comprendido entre el 1^{ero} de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2009, solicitando algún procedimiento quirúrgico.

Muestra:

Se utilizó una muestra conformada por 80 pacientes escogidos al azar y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, previo consentimiento informado. (Anexo 1)

Criterios de inclusión:

Pacientes que brindaron su consentimiento informado para participar en la investigación y tenían indicaciones de realizarse una cirugía estética de acuerdo con la patología presentada.

Criterios de exclusión:

Pacientes que no desearon participar en la investigación y/o no tenían indicaciones de realizarse una cirugía estética de acuerdo con la preocupación manifestada.

La información se obtuvo a través de un instrumento de trabajo (Encuesta) (Anexo 2), previamente confeccionada y validada por el autor, la misma constó de 12

preguntas elaboradas al efecto para dar cumplimiento a los objetivos propuestos, y fue aplicada por el autor lo que permitió la aclaración de las dudas surgidas en relación a los términos empleados.

Para la caracterización de los pacientes se operacionalizaron las variables de la forma siguiente:

Edad: Se analizó basado en los siguientes grupos:

0 - 15 años, 16 - 30 años, 31 - 45 años, 46 – 60 años, y más de 60 años.

Sexo: Masculino y Femenino.

Color de la piel: Blanco, Negro y Mestizo.

Estado civil: Consideramos soltero(a), casado(a) y unión estable.

Zona de residencia: Urbana o Rural.

Los datos se procesaron en una computadora Pentium IV, usando el paquete de datos estadísticos SPSS para Windows, la técnica de recolección de la información fue manual y computarizada.

Se realizó la revisión, validación y computación de la misma. Como medida de resumen de la información obtenida se usó la proporción (%).

Esta investigación fue realizada según los requisitos establecidos por el departamento de postgrado de la Universidad de Ciencias Médicas “Dr. José Assef Yara” de Ciego de Ávila y respetando los principios éticos de la investigación científica, se utilizó el método científico dialéctico materialista.

Se redactó un informe final donde los resultados se presentaron en tablas y gráficos, emitiéndose las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

V.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Tabla 1. Distribución de los pacientes atendidos en consulta de Cirugía Plástica del Hospital Universitario “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila desde el 1ero de Enero de 2007 hasta el 31 de Diciembre de 2009, según edad y sexo.

Grupos de Edades	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 15 años	4	5.0	2	2.5	6	7.5
16 - 30 años	27	33.7	2	2.5	29	36.2
31 - 45 años	31	38.7	1	1.3	32	40.0
46 – 60 años	8	10.0	2	2.5	10	12.5
61 y más años	3	3.8	0	0	3	3.8
Total	73	91.2	7	8.8	80	100.0

Fuente: Encuesta.

Al analizar las variables edad y sexo que se muestran en la tabla 1, se observa que el grupo de edad comprendido entre 31-45 años fue el predominante con un 40.0 %, seguido del de 16-30 años que representó el 36.2 %, o sea, el 76.2 % de los pacientes en el estudio tuvo una edad comprendida entre 16 y 45 años. Encontramos además un

predominio del sexo femenino con un 91.2 % sobre el masculino, con una relación de 10.4 x 1.

En estos grupos se encuentran los individuos que presumen y desean acercarse más a su ideal de belleza. Durante la juventud, más que en cualquier otra etapa anterior o posterior de la vida, preocupa la impresión visual que causamos en los demás y generalmente se piensa que un buen aspecto asegura amigos, reconocimientos por el sexo opuesto y en consecuencia triunfos en la vida. También es en esta etapa en que la mujer se expone al embarazo y la lactancia que presuponen importantes cambios en su aspecto físico.

Múltiples autores coinciden en que las mujeres están más predispuestas a desear un aspecto joven y saludable que indique fertilidad y los hombres están más interesados en desarrollar un aspecto fuerte, que pueda facilitar el avance de su carrera. ^(38,39) Además en nuestra sociedad todavía existe arraigado un fuerte sentimiento machista que muchas veces impide a los hombres acercarse a cirugía estética para corregir determinadas deformidades, aún cuando lo desee en su interior.

Estudios internacionales reportan que la proporción de hombres insatisfechos con su propio cuerpo creció del 15% en 1972 al 43% en 1996 y para las mujeres fue del 23% al 56% en esos mismos años. ^(38,39-45)

Tabla 2. Distribución de los pacientes según color de su piel.

Color de la piel	No.	%
Blanco	53	66.2
Negro	10	12.5
Mestizo	17	21.3
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta.

Como se aprecia en la tabla 2 el 66.2 % de los pacientes estudiados tenía el color de la piel blanco, seguidos del 21.3 que eran mestizos. Aunque en la bibliografía consultada no se encontraron estudios que analizaran esta variable, nos parece que esta característica reviste cierto interés, si tenemos en cuenta que cada raza posee su propio concepto de belleza que sufre mutaciones con la idiosincrasia y filosofía de cada época y dentro de una misma raza, cada ser humano tiene su propio concepto de acuerdo a su temperamento, cultura y sensibilidad, determinado por su forma particular de concebir y sentir el mundo, de razonar y juzgar. ^(2,3)

Tabla 3. Distribución de los pacientes según estado civil.

Estado Civil	No.	%
Casado	39	48.7
Soltero	24	30.0
Unión Estable	17	21.3
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta.

En la tabla 3 se muestra el estado civil de los pacientes, donde el 48.7 % de los mismos eran casados, seguido del 30.0 % que estaban solteros en el momento que acudieron a consulta. Resultados que se corresponden con los hallazgos de otros autores ⁽²⁾ que obtuvieron un 46 % de pacientes casados seguido de los divorciados con un 19 %.

Existe una observación hecha por Safo en la que la belleza es sinónimo de bueno y las personas son juzgadas como cualitativamente superiores. ⁽³⁹⁾La agudeza mental, las relaciones interpersonales, la facultad de conseguir empleo y la salud moral son características frecuentemente asociadas a la belleza física. Las personas guapas son juzgadas por otros individuos como personas que llevan una mejor vida, incluyendo un matrimonio feliz y trabajos mejor remunerados. También existen diferencias entre cómo perciben la belleza las mujeres y los hombres. Así la mujer juzga al hombre como una mezcla de atractivo físico y potencial financiero mientras que el hombre suele juzgar en la mujer exclusivamente si es bella o no a la hora de seleccionar su pareja. ⁽⁴⁶⁾

Tabla 4. Distribución de los pacientes según zona de residencia.

Zona de Residencia	No.	%
Urbana	66	82.5
Rural	14	17.5
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta.

En la tabla 4 se puede ver que los pacientes con residencia urbana (82.5 %) fueron los que en mayor número se presentaron, y solamente el 17.5 % vivía en una zona rural. Estos resultados en nuestra opinión están dados porque las personas que viven en la

ciudad están más pendientes de su imagen corporal, que aquellos que viven en zonas rurales, lo que sin duda está condicionado por el contexto sociocultural de la región.

El tema de la cirugía estética está muy relacionado con la urbanización, globalización y modernidad. ^(2,47) En el mundo actual, la distribución de los especialistas en cirugía plástica es muy desigual. Al igual que las riquezas, la proporción varía inmensamente entre cifras extremas; por ejemplo, mientras que en Brasil y otros países desarrollados hay 1 cirujano plástico por cada 35 000 habitantes, en África y Asia apenas llega 1 por cada 500 000. Por otra parte, algunas ciudades se encuentran atiborradas de especialistas, mientras que en extensas y pobladas zonas rurales no los hay. ^(8,48)

En nuestro país, a diferencia de otros países donde impera la sociedad de consumo, es respetada la dignidad del ser humano y se lucha incansablemente por la equidad y la solidaridad. ^(8,48)

Tabla 5. Distribución de los pacientes según tipo de profesión que realiza.

Tipo de Profesión	No.	%
Profesión que requiere buena apariencia física.	43	53.7
Profesión que no requiere buena apariencia física.	21	26.3
Sin vínculo laboral.	11	13.7
Estudiante	5	6.3
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta.

En cuanto a la profesión de los pacientes, como muestra la tabla 5, se determinó que el 53.7 % de los mismos tenía una profesión que requiere una buena apariencia física.

Dentro de estas se pueden citar profesiones tales como: trabajadores del turismo, de la salud, dependientes de tiendas, dependientes gastronómicos, secretarias, maestras, y otros empleos en que el individuo está en contacto o se enfrenta a un gran número de personas. Estos resultados coinciden con los de otros autores que obtuvieron que el 30.8 % de una serie de 26 pacientes eran artistas, seguidos en un 26.0 % de otras profesiones como interpretes, aeromozaza, secretarias y otras. Mientras que solamente el 3.8 % fue ama de casa. ⁽²⁾

En nuestra opinión esto se debe a que aquellos individuos que tienen un mayor contacto con público nacional o extranjero, que tienen profesiones en las que es importante una buena apariencia o mostrar buenas condiciones físicas, son más tendientes a preocuparse por su imagen corporal. También las profesiones pueden variar en cada territorio de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de la zona y las principales fuentes de empleo.

El periodista Antonio Caballero decía “que el embellecimiento o rejuvenecimiento puede ser una falsificación de la juventud desaparecida”, pero esta es una necesidad personal que, además de los beneficios de autoestima, puede significar un beneficio económico, ya que es bien conocido el castigo, por decirlo así, que impone el sector laboral y por qué no decirlo también, el social, al despedir, discriminar o subvalorar aquellas personas con sobrepeso o con arrugas, factores estos carentes de belleza o tenidos como feos aunque estén presentes en personas interiormente bellas o laboralmente muy capaces. ⁽⁴⁹⁾

En una sociedad tecnocrática y competitiva (como la del mundo capitalista) una apariencia joven es un marcador de vigor y las posibilidades de conseguir un empleo creativo son más altas. ^(50,51)

Tabla 6. Distribución de los pacientes según tipo de cirugía solicitada.

Cirugía Solicitada	No.	%
Abdominoplastia.	39	48.7
Cirugía de mamas.	24	30.0
Blefaroplastia.	9	11.3
Otoplastia.	5	6.3
Cirugía Facial.	3	3.7
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta.

El tipo de cirugía más solicitada fue la abdominoplastia en el 48.7 % de los casos, seguido de la cirugía de mamas con un 30.0 %. Dentro de las abdominoplastias, los procedimientos requeridos fueron la Lipectomía Abdominal, la Minilipectomía y la Liposucción Abdominal, así como combinaciones de estos procedimientos.

Pina Morales en un estudio realizado en el año 1990, en nuestra provincia, con una muestra de 20 pacientes escogidas al azar encontró que la cirugía más solicitada fue la Mastoplastia con un 85 %, ⁽⁵²⁾ resultado que no concuerda con nuestros hallazgos y en los cuales puede haber influido además de los valores estéticos del momento histórico y cultural, el hecho de que en ese momento no existía en la provincia el desarrollo que se ha alcanzado actualmente en la Lipoescultura y no se contaba con los recursos necesarios para realizar este proceder. Otros estudios más recientes en nuestro país, muestran resultados similares a los nuestros. ⁽²⁾

Tabla 7. Distribución de los pacientes según motivo de la intervención.

$\eta=80$

Motivo de la Intervención	No.	%
Por estética.	69	86.3
Por complejos.	49	61.3
Por razones de trabajo.	24	30.0
Por enfermedad.	7	8.7
Por uso de prendas extratalla.	6	7.5
Otras.	8	10.0

Fuente: Encuesta.

En cuanto al motivo por el cual los pacientes solicitan una cirugía estética, como se muestra en la tabla 7, se obtuvo que el 86.3 % refirió que lo hacía por estética, seguido de aquellos que lo hicieron por complejos con un 61.3 % y por razones de trabajo el 30.0 %. En la mayoría de los casos coincidieron varios motivos.

Abreu TC en su serie de 26 pacientes encontró que los motivos fundamentales por los cuales los pacientes deseaban la cirugía eran la estética y por su trabajo, representados por un 50 % y 23 %, respectivamente. ⁽²⁾

Son muchas las razones que pueden llevar a una mujer al consultorio de un especialista en cirugía estética: la nariz de esta forma, los pechos de esta otra, las arrugas, la papada, los párpados caídos... todas marcas que el tiempo fue dejando en la cara y en el cuerpo. ⁽⁵³⁾

Algunos autores consideran que existen motivaciones externas e internas que pueden llevar a un paciente a solicitar una cirugía estética. “Las motivaciones externas incluyen el evitar un prejuicio étnico, el miedo a la discriminación por la edad o la presión que

podiera ejercer el cónyuge, los padres o el jefe del trabajo.” (38,54) Muchas de las personas que se someten a una cirugía plástica, lo hacen porque ya cuentan con algún trastorno psicológico, creado por la percepción u opinión de terceras personas que a lo mejor inconscientemente provocan un trauma o complejo hacia la otra persona, pero como dice Hontanilla en su artículo, las motivaciones internas comprenden emociones que llevan a querer resolver un problema de miedo, ansiedad, insatisfacción, culpa, depresión, arreglando algún defecto físico que no les agrada de su persona.^(38,54)

Tabla 8. Distribución de los pacientes según tiempo deseando la operación.

Tiempo Deseando la Operación	No.	%
Meses.	12	15.0
Más de un año.	20	25.0
Más de tres años.	16	20.0
Hace mucho tiempo.	32	40.0
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta.

Como se observa en la tabla 8 el 40.0 % de los pacientes estudiados llevaba mucho tiempo, sin precisar exactamente cuánto, deseando la operación. Mientras que el 25.0 % lo deseaba desde hacía más de un año y el 20.0 % lo hacía desde más de tres años. Abreu TC y cols. en su estudio: Perfiles de personalidad en pacientes que solicitan cirugía estética, ⁽²⁾ obtuvieron resultados similares a los nuestros. En el mismo que incluyó a 26 pacientes, el 38 % respondió que hacia más de 12 años que lo deseaba, el 26.6 % un año y más de tres años el 19 %. Por otra parte solamente el 3.8 % manifestó que lo anhelaba desde hacía solo 6 meses.

En nuestro medio, a veces no resulta fácil acceder a realizarse una cirugía estética pues la demanda de estos procedimientos va en ascenso, y realmente la disponibilidad de turnos quirúrgicos es insuficiente, a pesar de los esfuerzos realizados por los factores implicados. Esto trae consigo que los pacientes muchas veces pasen períodos largos de tiempo desde que deciden acercarse a la consulta y reciben el tratamiento quirúrgico correspondiente, lo que puede crear insatisfacciones.

Tabla 9. Distribución de los pacientes según motivo que le impedía acudir a consulta.

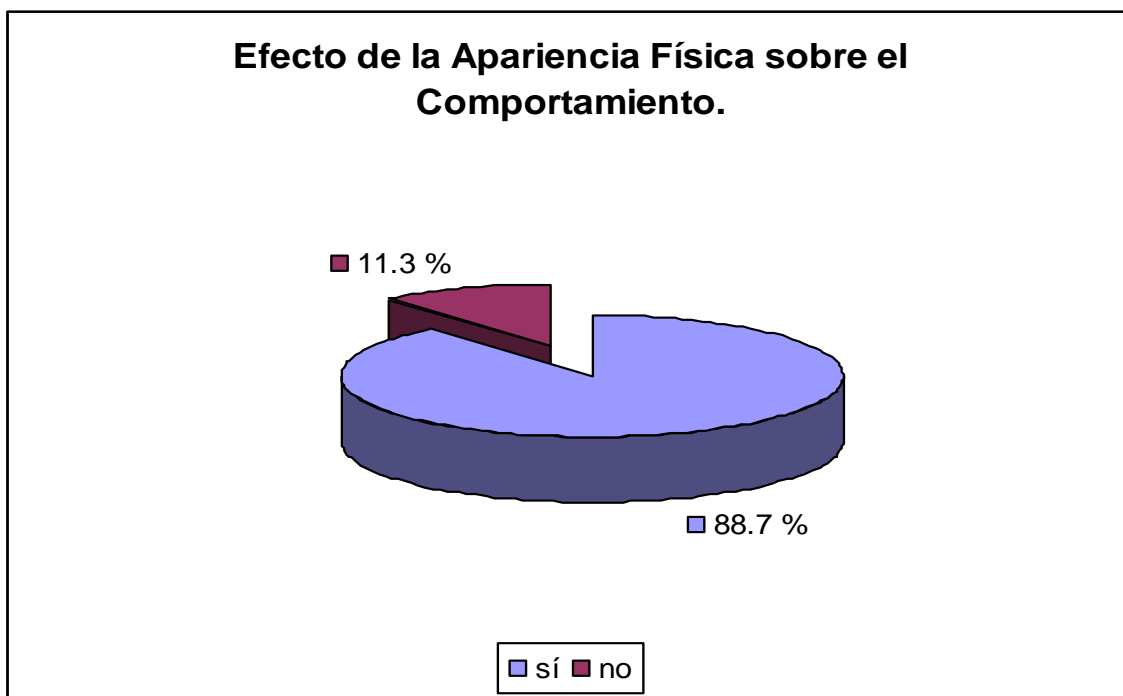
Motivo	No.	%
Desconocimiento.	24	30.0
Asuntos personales.	19	23.7
Problemas laborales.	13	16.2
Miedo.	10	12.5
Falta de tiempo.	9	11.3
Otros.	5	6.3
Total	80	100.0

Fuente: Encuesta.

En la tabla 9 se muestra el motivo por el cual el paciente no había acudido antes a la consulta, siendo el desconocimiento con el 30.0 % el motivo referido por el mayor número de pacientes, lo que sin dudas resulta algo comprensible. Los asuntos personales en el 23.7 % de los casos le siguió en orden de frecuencia. Los problemas de trabajo, el miedo, la falta tiempo y otros como la corta edad y malas condiciones

socioeconómicas fueron también motivos señalados por nuestros pacientes. Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros autores. ⁽²⁾

Cuando la persona está insatisfecha con su imagen al punto de querer cambiarla, consulta al cirujano especialista. El momento oportuno para realizar ese cambio es cuando esa persona que ha sido bien informada demuestra seguridad en aquello que está haciendo, sin ansiedad excesiva o depresión. Frente a la posibilidad de realizar este cambio, habitualmente el miedo y la ansiedad son esperables. Es por eso que la información correcta y detallada por parte del cirujano, y crear un vínculo que le dé seguridad y confianza al paciente, permitirán que se mantenga un equilibrio psicológico, dominando esta ansiedad y miedo. ⁽³³⁾



Distribución de los pacientes según el efecto de su apariencia física sobre su comportamiento. (Gráfico 1)

Fuente: Encuesta.

En el gráfico 1 se puede ver como el 88.7 % de los pacientes en estudio manifestó que su apariencia física o imagen corporal estaba teniendo efectos sobre su comportamiento. Siendo la ansiedad, la depresión y la angustia los efectos psicológicos más significativos en estos pacientes, lo que a su vez traía consigo dificultades para sus relaciones interpersonales y limitaciones en su desempeño social y laboral.

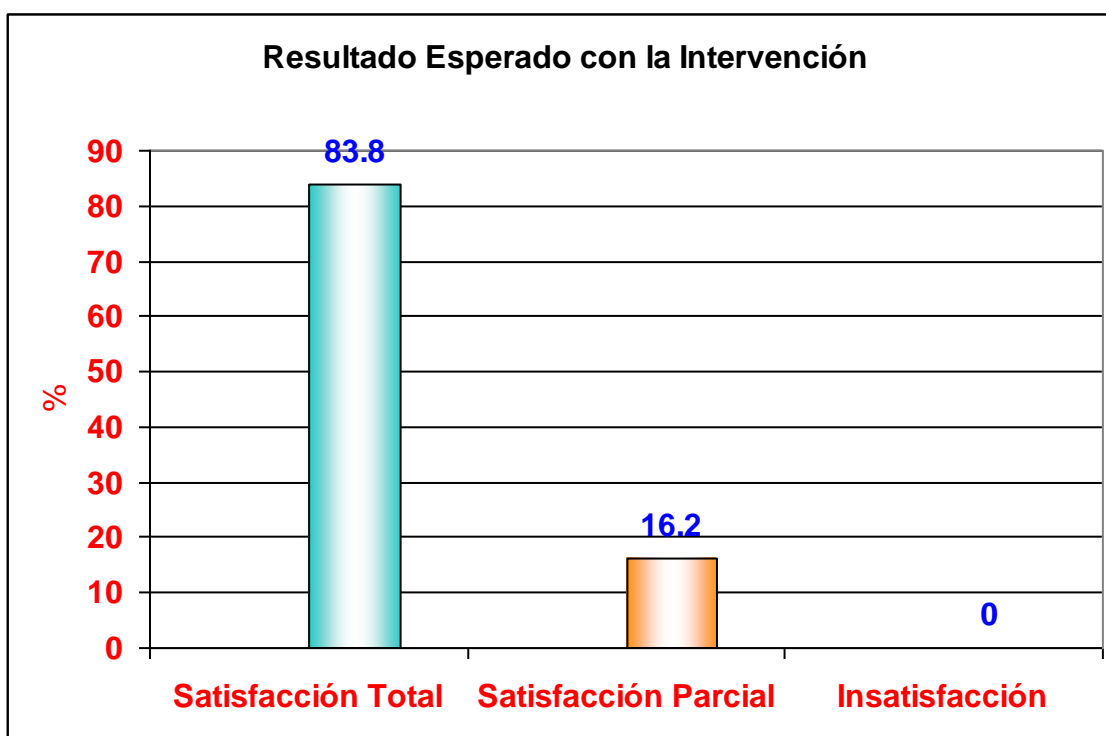
Strombeck comprobó que el 86 % de las pacientes intervenidas de hipertrofia mamaria habían padecido psíquicamente bajo su defecto. En especial las adolescentes afectadas de una hipertrofia mamaria puberal pueden tender al aislamiento y a fases depresivas. ^(1, 4)

El doctor Hontanilla, decidió estudiar e investigar el tema de las consecuencias psicológicas de las cirugías plásticas, a raíz de tratar a varios pacientes con trastornos de personalidad y alteraciones en su conducta, a demás de fobias, como por ejemplo a las plantas, para tratar de ayudarlos de una manera más acertada. ⁽³⁸⁾

Es difícil contestar si los pacientes que se someten a una intervención estética son colectivamente o individualmente anormales. Investigaciones iniciales mostraron una estrecha unión entre la enfermedad mental y la necesidad de la propia mejora física. Los psiquiatras y los cirujanos plásticos colaboraron entre los años 1950-1960 utilizando técnicas psicoanalíticas para entrevistar a estos pacientes y encontraron que muchos de ellos presentaban características psicopatológicas (frecuentemente trastornos de la personalidad más que trastornos neuróticos o procesos psicóticos). ⁽⁵⁵⁻⁵⁸⁾

Posteriormente, investigaciones similares en los años 70 encontraron que eran la depresión, la ansiedad y la baja autoestima las motivaciones más frecuentes para solicitar un tratamiento de cirugía estética. (59-61)

Recientemente se ha demostrado que los pacientes que llevan a cabo una rinoplastia, un lifting o un aumento de mamas parecen no estar más emocionalmente alterados que la población general. (62-67)



Distribución de los pacientes según el resultado esperado con la intervención. (Gráfico 2)

Fuente: Encuesta.

Al analizar las expectativas de los pacientes en relación a la intervención solicitada como se muestra en la gráfica 2, se observó que el 83.8 % de los pacientes espera la satisfacción total con los resultados de la intervención, mientras que solamente el 16.2 % esperaba quedar satisfecho parcialmente con los resultados una vez que se le

habían explicado las posibilidades de corrección quirúrgica de acuerdo a la patología presentada. Resulta significativo que ningún paciente tenía como expectativa quedar insatisfecho con el proceder.

La falta de una información adecuada puede llevar al paciente a tener expectativas que no corresponden con la realidad posible. ⁽²⁾

Confiar a un cirujano plástico el propio aspecto físico exterior es para muchas personas mucho más importante que confiarles órganos y aparatos “internos”. El cirujano plástico, especialmente, cuando debe efectuar una intervención de tipo estético, debe, por lo tanto, establecer una relación compleja con el paciente que se confía a su competencia. Existen algunos requisitos que son fundamentales (Meyer y Mendelson, 1961). Entre ellos: una relación de confianza, una comunicación correcta, una actitud estimulante, y una correspondencia entre las perspectivas del cirujano plástico y las expectativas del paciente. ⁽⁶⁸⁾

Como se puede evidenciar de lo aquí expuesto, el recurso a la cirugía estética puede favorecer una existencia más complaciente: personal, sexual, afectiva, social y laboral. Esto depende no sólo de la habilidad del cirujano plástico, sino también de su dimensión psicológica, que debe exponer en la práctica tratando de favorecer al paciente contra una mejor aceptación de su imagen corporal gracias a la intervención quirúrgica: esto puede implicar el establecimiento de una positiva modificación de la imagen compleja del yo y, por lo tanto, reforzar la personalidad.

VI.- CONCLUSIONES

En nuestro estudio predominaron los pacientes del sexo femenino (91.2 %) y color de piel blanca (66.2 %), con edades comprendidas entre 16 y 45 años (76.2 %), casados (48.7 %), con domicilio urbano (82.5 %) y profesiones que requieren una apariencia física agradable (53.7 %). El tipo de cirugía predominante solicitada fue la Abdominoplastia (48.7 %) seguida de la Cirugía de mamas con un 30.0 %. El 86.3 % manifestó su deseo de operarse para mejorar su imagen estética. La mayor parte de los pacientes (40.0 %) refirió llevar mucho tiempo deseando la operación sin especificar. El desconocimiento fue la principal causa que impidió que los pacientes acudieran a la consulta. El 88.7 % de los pacientes admitió que su apariencia física estaba provocando efectos como: ansiedad, depresión y angustia sobre su comportamiento. Mientras que el 100 % de los pacientes manifestó que esperaba quedar satisfecho total o parcialmente con los resultados de su intervención.

VII.- RECOMENDACIONES

- Divulgar los resultados de nuestra investigación como un elemento más de ayuda para elevar la calidad de la atención al paciente que solicita una intervención de cirugía estética en nuestra institución.
- Sensibilizar al personal hospitalario sobre el incuestionable valor de la Cirugía Estética, pues aunque de ella no dependa una vida humana si depende el equilibrio psíquico tan importante para el adecuado balance salud-enfermedad del individuo y la población en general.

VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arango Ospina F, MD: Psicología de la corporalidad en la Cirugía Plástica. Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica. Colombia, 2006.
2. Abreu T. C. y cols: Perfil de personalidad en pacientes que solicitan cirugía estética. *Cir Plast* 2000; 10 (3): 97-110.
3. Barragán Fernando. El Boom de la cirugía estética. Editorial Lidisa Madrid, 1981.
4. Coiffman, MD. Y cols: Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética 1996; 2nd ed: t 1: 37-43.
5. Simpson J. Weiner E, eds. Oxford English Dictionary. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 1989.
6. Murad Alam, MD; Jeffrey S. Dover, MD, FRCPC: On Beauty, Evolution, Psychosocial Considerations, and Surgical Enhancement. *Arch Dermatol*; 137, June 2007.
7. Azuara, E.: Breve reseña de la evolución histórica de la cirugía facial; pasado, presente y futuro. *Anales de Otorrinolaringología de México* 2009; 54(4): 175-182.
8. Sánchez, K. & Alessandrini, R.: Algunas consideraciones éticas sobre la cirugía plástica. *Revista Cubana de Cirugía* 2007; 46(4).
9. Historia de la belleza. [en Internet] Acceso 28 de Enero 2010. Disponible en: http://www.divinne.com/Historia_de_la_Belleza.htm
10. Salazar R. Historia de la cirugía plástica. En: Coiffman F, ed. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Bogotá: Científicas y técnicas, S.A; 1996. Pp.6–11.

11. Etcoff N. *Survival of the Prettiest: The Science of Beauty*. New York, NY: Doubleday; 2009.
12. Jonhston VS, Franklin M. Is beauty in the eye of the beholder? *Ethol Sociobiol.* 2008; 13: 183-189.
13. Schemo DJ. Among glossy blodes, a showcase for Brazil's black faces. *New York Times*. October 18, 1996:A13.
14. Pettijohn TF II, tesser A. Populrity in environmental context: facial feature assessment of American movie actresses. *Media Psychol.* 1999; 1:229-247.
15. Jones DM. *The Evolutionary Psychology of Human Attracivitiveness: Results From Five Populations*. Ann Arbor, Mich. Univercity of Michigan; 2006.
16. Jones D. Sexual selection, physical attracivitiveness, and facial neoteny. *Curr Anthropol.* 2007;36:723-748.
17. Singh D. Adaptive significance ot female sexual attractiveness: role of waistto-hip ratio. *J Pers Soc Psychol.*2006; 65:293-307.
18. Singh D. Female judgment of male attractiveness and desirability for relationships: role of waist-to-hip ratio and financial status. *J Pers Soc Psychol.* 2008; 69:1089-1091.
19. Singh D. Luis S. Ethnic and gender consensus for the effect of waist-to-hip ratio on judgment of women's attractiveness. *Hum Nat.* 2008; 6:51-65.
20. Singh D. Body-fat distribution and perception of desirable body shape by young black men and women. *Int J Eat Disord.* 2007; 16: 289-294.
21. Tovee MJ, Mason SM, Eneyr JL, McCluskey SE, Cohen-Tovee EM. Supermodels: stick insects or hourglasses? *Lancet* 2007; 350:1474-1475.

22. Jackson LA, Ervin KS. Height stereotypes of women and men: the liability of shortness for both sexes. *J Soc Psychol.* 1991; 132: 433-445.
23. Graziano W, Brothen T, Berscheid E. Height and attraction: do men see women eye to eye? *J Pers.* 1978; 46: 128-145.
24. Reffube-Scrive M. Regional adipose tissue metabolism in men and women during the menstrual cycle, pregnancy, lactation and menopause. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1987; 11: 347-355.
25. Thabara Y, Tsunawake N, Yukawa K, Yamaski N, Nishiyama K, Urata H, et al. Sex differences in interrelationships between percent body fat and waist-to-hip ratio in healthy male and female adults. *Ann Psychol Anthropol.* 1994; 13:293-301.
26. Larrakas PJ. Female preferences for male physiques. *J Res Pers.* 1975; 9: 324-334.
27. Maier RA, Larrakas PJ. Attitudes towards women, personal rigidity, and idealized physique preferences in male. *Sex Roles.* 1984; 11: 425-433.
28. Horvath T. Correlates of physical beauty in men and women. *Social Behav Pers.* 1979; 7:145-151.
29. Davis C, Brewer H, Weinstein M. A study of appearance anxiety in young men. *Soc Behav Pers.* 2006; 21:63-74.
30. Morselli PG. The minotaur syndrome: plastic surgery of the facial skeleton. *Aesthetic Plast Surg.* 1993;17: 99-102.
31. Rosa RA, Kothin HC. The acquired masseteric look. *J Dent Child.* 1996; 2:105-107.

32. Glamour Magazine and the American Beauty Association. The Beauty Salon Study. New York, NY: Glamour Magazine and The American Beauty Association; 2007.
33. Llamil KK. Aspectos psicológicos de la cirugía estética. Santiago de Chile. Rev Med; Vol 15 N° 1; 2006.
34. Rovera GG. Formación del sé e patología Borderline. Atque 1994; 9: 127-141.
35. Salir M. Psychothérapie du psychothérapeute. Psychothérapies 1995; 3: 119-123.
36. Amparo MC. Por qué la Bioética Hoy. [Internet]. Acceso 28 de Enero 2010. Disponible en: <http://uvirtual.sld.cu/actualización/showarticle.pdf>.
37. Prieto C. En torno a la Bioética. [Internet]. Acceso 13 de Febrero 2010. Disponible en: http://www.uchile.cl/bioetica/doc/art_fl.pdf.
38. B. Hontanilla, C. Aubá: Belleza Cirugía y Estética, consideraciones psicológicas y morales. Rev Med Univ Navarra; Vol 46, No 3: 2008; 45-51.
39. Sarwer DB, Grossbart TA, Didie ER. Beauty and society. In Kaminer MS, Dover JS, Arndt KA, ed. Atlas of Cutaneous Aesthetic Surgery. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 2007.
40. Mueller U, Mazur A. Facial dominance in West Point cadets as a predictor of later military rank. Soc Forces 1996; 74: 823-850.
41. Hamermesh DS, Biddle JE. Beauty and the labor market. Am Econ Rev 1994; 84: 1174-1194.
42. Cash TF, Kilicullen RN. The eye of the beholder: susceptibility to sexism and beautyism in the evaluation of managerial applicants. J Appl Soc Psychol 2005; 15: 591-605.

43. Frieze IH, Olson JE, Good DC. Perceived and actual discrimination in the salaries of male and female managers. *J Appl Soc Psychol* 2006; 20: 46-67.
44. Pertschuk MJ, Sarwer DB, Wadden TA, *et al.* Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plast Surg* 2008; 22: 20-24.
45. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, *et al.* Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101: 1644-1649.
46. Sigall H, Landy D. Radiating beauty: effects of having a physically attractive partner on person perception. *J Pers Soc Psychol* 2008; 28: 218-224.
47. Bradbury E. The psychology of aesthetic plastic Surgery. *Aesth Plast Surg* 1994; 18: 301-5.
48. Menéndez Loria A, Pomares Boris E. La estética y la práctica profesional en la salud. [seriada en Internet] Ed Med Sup. 2009; 15(2). Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol15_2_01/ems09201.htm.
49. Pacheco Claro O, MD. Factores de Belleza. [en Internet] Acceso 11 de Enero, 2009. Disponible en: [http://www.Sus médicos . com/ Artículos recomendados de Cirugía Plástica/art_fl.pdf](http://www.Sus_médicos.com/Artículos_recomendados_de_Cirugía_Plástica/art_fl.pdf).
50. Eagly AH, Ashmore RD, Makhijani MG, *et al.* What is beautiful is good, but...: a meta-analytic review of research on the physical attractiveness stereotype. *Psychol Bull* 2006; 110: 109-128.
51. Sullivan DA. *Cosmetic Surgery: The Cutting Edge of Commercial Medicine in America*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2007.
52. Pina Morales ER. Elementos psicológicos esenciales en pacientes de Cirugía Estética. *Rev Cubana Cir.* 1991; 17(1):5-12.

53. Carrero I. Cirugías Estéticas. Algunos aspectos psicológicos en el universo de la mujer. [en Internet] Acceso 15 de Julio, 2010. Disponible en: <http://www.Universo mujer.com/art./htm>.
54. Aguilar JM. Imagen corporal, cirugía estética y psicología – Entrevista a José Manuel Aguilar. Diario de Cordoba, en versión digital. Public 28 de Septiembre, 2007. Disponible en: <http://www. Infocop online./art./htm>.
55. Edgerton MT, Jacobson WE, Meyer E. Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: ninety-eight consecutive patients with minimal deformity. *Br J Plast Surg* 1960; 13: 136-145.
56. Edgerton MT, Meyer E, Jacobson WE. Augmentation mammoplasty, II, further surgical and psychiatric evaluation. *Plast Reconstr Surg* 1961; 27: 279-301.
57. Edgerton MT, Webb WL, Slaughter R, *et al*. Surgical results and psychosocial changes following rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 1964; 33: 503-521.
58. Meyer E, Jacobson WE, Edgerton MT, *et al*. Motivational patterns in patients seeking elective plastic surgery. *Psychosom Med* 1960; 22: 193-202.
59. Beale S, Lisper H, Palm B. A psychosocial study of patients seeking augmentation mammoplasty. *Br J Psychiatry* 2006; 136: 133-138.
60. Ohlsen L, Ponten B, Hambert G. Augmentation mammoplasty: a surgical and psychiatric evaluation of the results. *Ann Plast Surg* 2006; 2: 42-52.
61. Sihm F, Jagd M, Pers M. Psychological assessment before and after augmentation mammoplasty. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1978; 12: 295-298.
62. Baker JL, Kolin IS, Bartlett ES. Psychosexual dynamics of patients undergoing mammary augmentation. *Plast Reconstr Surg* 1974; 53: 652- 659.

63. Goin MK, Burgoyne RW, Goin JM, *et al.* A prospective psychological study of 50 female face-lift patients. *Plast Reconstr Surg* 2006; 65: 436-442.
64. Goin MK, Rees TD. A prospective study of patients' psychological reactions to rhinoplasty. *Ann Plast Surg* 2007; 27: 210-215.
65. Schlebusch L. Negative bodily experience and prevalence of depression in patients who request augmentation mammoplasty. *S Afr Med J* 1989; 75: 323-326.
66. Shipley RH, O'Donnell JM, Bader KF. Personality characteristics of women seeking breast augmentation. *Plast Reconstr Surg* 2007; 60: 369-376.
67. Wright MR, Wright WK. A psychological study of patients undergoing cosmetic surgery. *Arch Otolaryngol* 1975; 101: 145- 151.
68. Meyer E, Mendelson M. Psychiatric consultations with patients on medical and surgical wards: patterns and processes, *Psychiatry* 1961; 24: 191-197.

IX.- ANEXOS

Anexo 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, _____, estoy de acuerdo a participar en la investigación titulada: **Consideraciones Psicológicas en pacientes de Cirugía Estética.**

Se me ha explicado que este estudio tiene como objetivo identificar los aspectos psicológicos más significativos en los pacientes que solicitan cirugía estética.

Se me informó sobre la necesidad de responder las preguntas de la encuesta de forma sincera y sin reservas para que los resultados de la investigación sean confiables.

- En caso de no desear participar en la investigación puedo manifestarlo abiertamente, sin que esto constituya motivo de represalia.
- Se me aplicará un cuestionario de preguntas que he de responder con la mayor sinceridad posible.
- Mi participación es voluntaria, por lo cual y para que así conste, firmo el presente consentimiento informado junto al médico que me brinda las explicaciones.

A los _____ días del mes _____ de _____.

Firma del participante: _____

Nombre del médico: Dr. Eduardo Rojas Sifontes.

Firma: _____

Anexo 2.

Estimado paciente: usted esta participando en una investigación médica, se le realizará esta encuesta con el objetivo de identificar los aspectos psicológicos más significativos en los pacientes que solicitan cirugía estética, la misma es anónima y solo será utilizada con fines científicos, por lo que agradeceremos su cooperación.

Encuesta.

1. Edad: _____ años
 2. Sexo: Masculino _____ Femenino _____
 3. Color de la piel: Blanca _____ Negra _____ Mestiza _____
 4. Estado civil:
Casado(a) _____ Soltero(a) _____ Unión estable _____
 5. Zona de residencia: Urbana _____ Rural _____
 6. Profesión: _____
 7. ¿Qué tipo de cirugía desea le sea realizada?
 - a) Cirugía de cara _____
 - b) Cirugía de párpados _____
 - c) Cirugía de cuello _____
 - d) Cirugía de mamas _____
 - e) Cirugía de abdomen _____
 - f) Cirugía de brazos _____
 - g) Cirugía de muslo _____
 - h) Cirugía de una deformidad congénita _____
 - i) Otra _____ ¿Cuál? _____
 8. ¿Cuál es el motivo real por el que desea operarse?
 - a) Deseo tener una mejor apariencia física _____
 - b) Mi aspecto físico me produce complejos _____
 - c) Tengo dificultades para encontrar pareja _____
 - d) No puedo usar la ropa que quisiera _____
 - e) Mi trabajo requiere una buena apariencia física _____
 - f) Por enfermedad _____
 - g) Mi imagen me produce ansiedad _____
 - h) No puedo practicar deportes _____
 - i) Con frecuencia sufro depresión _____
 - j) Otros motivos _____ ¿Cuáles? _____
-
9. ¿Desde cuándo desea esta operación? _____

10. ¿Qué había impedido que acudiera al especialista?

- a) Problemas personales _____
- b) Problemas de trabajo _____
- c) Falta de tiempo _____
- d) Desconocimiento _____
- e) Tenía miedo a la cirugía _____
- f) Inseguridad _____
- g) Mis familiares se oponen a mi operación _____
- h) Tenía dudas sobre el resultado _____
- i) Otras causas _____ ¿Cuáles? _____

11. ¿Tu apariencia física tiene algún efecto sobre tu comportamiento?

- a) Con frecuencia me siento triste _____
- b) A veces no tengo deseos ni de ir a trabajar _____
- c) En ocasiones no quisiera salir a la calle _____
- d) Me cuesta trabajo relacionarme con las personas _____
- e) No puedo practicar deportes _____
- f) Me cuesta trabajo encontrar la ropa apropiada _____
- g) No puedo estar a la moda _____
- h) No puedo trabajar en lo que yo quisiera _____
- i) Otro aspecto _____ ¿Cuál? _____
- j) Ninguno de los anteriores _____

12. ¿Qué esperas de esta cirugía?

- a) Mejorar mi aspecto físico _____
- b) Eliminar la causa de mis complejos _____
- c) Alcanzar la imagen que deseo y necesito _____
- d) Voy a poder vestir a la moda _____
- e) Voy a tener más oportunidad para encontrar pareja _____
- f) Aliviar mis molestias físicas _____
- g) Voy a alcanzar mi felicidad _____
- h) Otros aspectos _____ ¿Cuáles? _____