

11241 5
24.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

TESINA PARA LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA

TITULO :

ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL EN
PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA ESTETICA

PRESENTA :

DRA. JOSEFINA CANADA LOPEZ

SEDE

HOSPITAL GENERAL " DR. MANUEL GEA GONZALEZ "

SERVICIOS

PSIQUIATRIA Y CIRUGIA PLASTICA

11241 - 5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

ASESOR METODOLOGICO

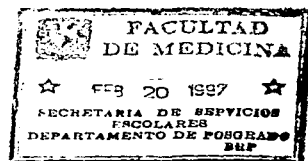

DR. HECTOR A. ORTEGA SOTO.

ASESOR TEORICO


DR. JORGE ANDRES PEÑA ORTEGA.

ASESOR DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"


DR. MIGUEL ANGEL HERRERA ESTRELLA.



PSICOLOGIA
MEDICA

UNIV. DE PSQUIATRIA
Y S. COGNOSCITIVA
G. R. 1. 1. 1.



ANTECEDENTES

La descripción de las alteraciones de la imagen corporal se inició en el siglo XVI cuando Ambrosio Paré (6,8) describió por primera vez el fenómeno del miembro fantasma, notando su frecuente ocurrencia en los pacientes amputados.

Head (6) en 1920, en sus estudios de neurología desarrolló y describió los primeros conceptos básicos sobre imagen y esquema corporal, y también interpretó su significado para las percepciones del funcionamiento corporal en relación a la motilidad, localización del estímulo táctil y del fenómeno fantasma. Visualizó el esquema corporal no sólo como la integración de experiencias sensoriales pasadas, sino como la unidad derivada de experiencias anteriores y sensaciones actuales organizadas en la corteza sensorial. Ese esquema corporal, a menudo, funciona fuera de la conciencia central, en donde se considera que las impresiones son transformadas en impulsos sensoriales para su localización en la superficie corporal. En contraste con Head, Schilder (6,8) amplió el concepto de imagen corporal para incluir no sólo un investimento personal o psicológico en el cuerpo y sus partes, sino como un medio sociológico de interacción entre el cuerpo y la sociedad. Para Schilder, la imagen corporal es un esquema de nuestro propio cuerpo el cual formamos en nuestras mentes como una unidad tridimensional que involucra factores temporales, medioambientales e interpersonales. En sus consideraciones, la línea divisoria entre imagen corporal y el concepto psicoanalítico del yo es oscura, Schilder lo concibe como constante y subyacente a través de la vida y como algo que en ocasiones toma el cuerpo como un objeto mediante el cual puede percibir, pensar y tener sentimientos, establece que esta imagen puede ser elaborada y alterada durante el desarrollo por las experiencias vividas en relación con las acciones y actitudes de la demás gente. Basándose en el proceso de identificación de la teoría psicoanalítica, postuló que por éste medio se pueden incorporar partes de la imagen corporal de una persona significativa y así se explicarían las

actitudes particulares hacia ciertas partes del cuerpo. En resumen, Schilder propuso que cuando existe una alteración de la imagen corporal, la parte afectada del cuerpo puede tener una representación simbólica para el sujeto fundada en características del objeto que fueron integradas a través de la identificación.

Stekel (1950) (6,8), postuló que pueden utilizarse el desplazamiento y la simbolización, mencionando que la motivación subyacente era un sentimiento de inferioridad psíquica, que se proyecta en la esfera física. El paciente puede tener profundos sentimientos de culpa producto de un conflicto inconsciente que se desplaza y simboliza en forma de una molestia física. Por su parte los autores europeos han analizado a los pacientes desde un punto de vista fenomenológico. Ellos enfocan su estudio a la entidad denominada dismorfofobia, término acuñado por Morselli hace 100 años y que generalmente se define como un sentimiento subjetivo de fealdad o defecto físico que el paciente piensa que es notable para otros, a pesar de tener una apariencia normal. El término deriva, de acuerdo a Philippopoulos, de dismorfia, una palabra griega que significa fealdad, específicamente de la cara y que apareció por primera vez en la historia de Herodoto refiriéndose al mito de la "mujer más fea de Esparta" (8). Kraepelin (1909) y Janet (1903) (2,6,8) describieron un síndrome dismorfofóbico. El primero lo consideró como una neurosis obsesiva, ya que observaba en él un carácter egodistónico. Del mismo, Janet lo clasificó como la "obsesión de la vergüenza del cuerpo", junto con un gran número de síndromes similares al trastorno obsesivo compulsivo, él creía que el síndrome era muy común y ocasionaba intensos sentimientos de fealdad y vergüenza entre los que lo padecían.

Ladee en 1930 (8) captó las características centrales del trastorno en su descripción de la hipocondriasis de la belleza: "la preocupación está exclusivamente centrada en un aspecto de la apariencia física y es experimentada como deforme y repulsiva, inaceptable y ridícula, tanto que la existencia completa es dominada por ésta preocupación y ninguna otra cosa puede tener un significado mayor". Stekel (8) en 1949 describió acerca de "un grupo peculiar de ideas obsesivas acerca del cuerpo, existe

gente quien continuamente está preocupada con alguna parte específica del cuerpo".

Más recientemente Thomas y colaboradores (17) comparan a un grupo de pacientes programados a Rinoplastia contra un grupo control, encontrando que los primeros estaban más insatisfechos con su apariencia física, y expresaban más ansiedad, depresión y neurosis y eran menos extrovertidos.

A pesar de que el trastorno dismórfico ha sido estudiado ampliamente en Europa, éste no se incluye en el ICD-8 o ICD-9, es menos sorprendente su ausencia en el DSM-I, DSM-II y el RDC, ya que éste trastorno era mencionado sólo en forma ocasional en los Estados Unidos. La primera ocasión que se incluyó en la nosología norteamericana fue en el DSM-III, como un trastorno somatoforme atípico. En la tercera edición revisada del DSM (1), ya se incluye como una entidad autónoma y se le designa como trastorno dismórfico, ya que el trastorno no provoca evitación fóbica, por lo que se consideró inadecuado el término dismorfofobia. En éste manual se define el trastorno como la "preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal, y cuando existen leves anormalidades físicas, la preocupación del individuo es excesiva". La creencia en la existencia del defecto no llega a ser delirante, ya que la persona acepta la posibilidad de que pueda estar exagerando la magnitud del defecto e incluso de que no exista ninguno.

Sin embargo el trastorno se ha investigado a nivel de prevalencia y fenomenología en pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Simeon y colaboradores (15) estudiaron a un grupo de 442 pacientes que de acuerdo al DSM-IV eran diagnosticados bajo ésta entidad y de los cuales el 12% cumplía criterios para un trastorno dismórfico agregado y cursaban con psicopatología caracterizada por más ansiedad y rasgos impulsivos o esquizotípicos.

MARCO DE REFERENCIA

La rinoplastia es una de las intervenciones quirúrgicas electivas

más frecuentes, su técnica está bien establecida y los estudios de seguimiento a largo plazo indican que el resultado de la cirugía es satisfactorio. Sin embargo, existe un grupo de pacientes que quedan insatisfechos por lo que la valoración preoperatoria de las motivaciones para someterse a ésta intervención toma una importancia relevante, ya que cuando el problema se encuentra, el cirujano puede sentirse abrumado por los síntomas y las demandas de éste grupo de pacientes. Pero, cuál es la motivación del paciente?, superficialmente, esto puede verse como una cuestión simple y de poca importancia. No obstante, la teoría e investigación psicoanalítica han demostrado que la conducta humana está motivada no sólo por factores racionales y de fácil comprensión, por fuerzas subjetivas altamente personales e inconscientes; por lo tanto, en la rinoplastia las motivaciones tanto conscientes como inconscientes ejercen influencia para la decisión de someterse a ésta intervención. Observando estos aspectos, podemos colocar a unos pacientes en un extremo de un continuum, en el cuál éstos requieren rinoplastia por razones objetivas y muy racionales, como cuando el defecto nasal es muy evidente. La mayoría de las intervenciones caen dentro de esta categoría y la rinoplastia es apropiada y benéfica.

Por otra parte, en el otro extremo, se encuentran los pacientes que presentan serias reacciones psicológicas a la cirugía y llegan a estar intensamente alterados, o quienes se sienten infelices a pesar de que se les ha realizado una intervención perfecta y que en ocasiones llegan a ser litigantes. En éste extremo se encuentra la gente que desea tener una nariz perfecta, aunque sólo demuestre defectos mínimos. O también las personas que demandan cirugía a pesar de sus razones son vagas e inadecuadas. Es éste grupo de personas el que está motivado por necesidades profundas o deseos no expresados, todos ellos inconscientes. Estos deseos y necesidades se encuentran comúnmente relacionados con sentimientos de inadecuación. Estas personas más que enfrentarse a ellos mismos o a sus defectos de personalidad, se quejan de su nariz. Es más fácil relacionar su infelicidad a un defecto físico insignificante, que reconocer sus propios defectos de personalidad.

Si aceptamos esto como verdadero, qué elementos subjetivos motivan el deseo de rinoplastia ?, porqué sentimientos inconscientes de inadecuación se proyectan a la nariz ?. En primer lugar, esto podría ser relacionado con el hecho de que la cara es la representación física más importante de nuestras emociones. La cara de un individuo puede demostrarnos si está cansado, tranquilo, enojado, a pesar de que él pueda negarlo. Así, no es inesperado que otros aspectos de la personalidad, aspectos inconscientes, tales como el sentimiento de inadecuación, deban también encontrar su representación en la cara.

A pesar de esto, porqué la nariz ?. La razón de que la nariz llegue a ser elegida está relacionado con dos factores. Primero, la nariz es una parte prominente de la imagen corporal. Después de todo, está en la línea media, protruye y subyace un significativo crecimiento durante la adolescencia. La segunda razón, es un poco más compleja. Jacobson y otros autores (1960) le dan un mayor peso a la identificación que presentan los pacientes con alguno de sus padres, provocando en ellos una motivación inconsciente para solicitar la intervención. Estos autores mencionan que la nariz se identifica frecuentemente con una característica paterna, y por lo tanto el conflicto de identificación se "enfoca" en ella. Stekel y Schachter, entre otros autores, sugieren que los trastornos de la imagen corporal se originan en un desplazamiento de conflictos sexuales, emocionales, o de sentimientos de infelicidad, culpa y una pobre autoestima sobre una parte del cuerpo. El autor Olley propone que los trastornos de la imagen corporal reflejan un intento por controlar un déficit en el manejo social y de la comunicación, liberando al individuo de la necesidad de contender con el mundo exterior o de explicar el sufrimiento y las fallas propias adjudicándolas al sexo opuesto. Por último, Ladee postula la importancia de una "intensa" y ambivalente dependencia hacia uno de los padres, generalmente la madre, para quien la belleza física es sumamente importante, y quien aplica este criterio para la valoración del hijo, llevando a éste a compararse con sus hermanos provocando intensos sentimientos de envidia. Estudiando estas alteraciones, Hill y Silver (1950) propusieron que si el paciente estaba

utilizando el síntoma como un mecanismo de defensa u obtenía una ganancia secundaria de él, la cirugía estaba contraindicada. MacGregor y Schaffner (1950) criticaron y cuestionaron estrictamente el valor de la cirugía y sugirieron que estos pacientes deberían ser cuidadosamente valorados ya que a menudo sus motivaciones podían encontrarse en la negación inconsciente de profundos disturbios psicológicos o en el deseo de eliminar una característica similar a la que los padres rechazaban.

Se han realizado varios estudios para tratar de determinar las características de los pacientes que muestran inconformidad con los resultados de la cirugía estética. Se ha tratado de determinar el porcentaje de pacientes que no se encuentran satisfechos de la cirugía en diferentes estudios, Klabunde y colaboradores en 1964, realizaron un estudio en 300 pacientes y encontraron que el 95.6% se encontraban insatisfechos después de la intervención a pesar de que en 10% de los casos fue necesario realizar uno o más procedimientos secundarios. Otros autores proponen que el porcentaje de insatisfacciones alcanza hasta el 10%. Barsky en 1944, se dedicó a estudiar a sus pacientes quirúrgicos clasificándolos en dos grupos. El primero, al que él llamó neuróticos básicos, en quienes la deformidad es vista como el foco de desajustes inconscientes, y pensaba que en ellos la cirugía no sería benéfica, ya que posteriormente encontrarían otro síntoma para cambiar su neurosis. Al segundo grupo lo llamó neuróticos situacionales, en éste caso no se trata de una personalidad realmente neurótica, el estrés y la ansiedad estuvieron limitados al tiempo en que estuvo presente la alteración, el estado psicológico comenzó como un rechazo a un defecto físico real. A partir de éste autor, la literatura ha tratado de enfatizar esos dos grupos y su argumento implica por supuesto, que esos pacientes con alteraciones físicas mínimas, forman un grupo caracterizado por disturbios psicológicos importantes. En 1953 MacGregor argumentó que los pacientes que se someten a cirugía por defectos físicos mínimos tienen más alteraciones psicológicas que otros y postuló que en esos casos los sentimientos de inadecuación de la personalidad son transferidos a un defecto físico, mediante el cual el paciente se explica el origen de su

desajuste emocional.

Hay (1970) (4), realizó un estudio en pacientes sometidos a rinoplastia y comparó sus características con un grupo control. El primer grupo estaba compuesto por los pacientes que tenían un defecto físico mínimo y eran pacientes neuróticos que utilizan el defecto para evitar enfrentarse a dificultades emocionales más profundas. En el grupo control a pesar de que en ellos los defectos físicos eran importantes, tenían un buen ajuste de personalidad. El llegó a las siguientes conclusiones: los pacientes que se sometieron a cirugía y el defecto físico era mínimo, tuvieron más alteraciones psicológicas como grupo que los controles; sus características de personalidad fueron el ser obsesivos, introvertidos y autopunitivos; 18 de los pacientes tuvieron alteraciones de la personalidad importantes y uno estaba psicótico; comparando a los pacientes con alteraciones de la personalidad con los pacientes del grupo control y los pacientes sin diagnóstico, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la autopercepción del defecto físico, tendiendo a sobreestimarlos los pacientes con trastorno de la personalidad. Por último, él sugiere que a los pacientes del primer grupo es un riesgo someterlos a la intervención y los del segundo grupo pueden beneficiarse con ella y controlar las manifestaciones que el defecto les provoca. Knorr (5) en 1972 reportó que en cinco años de trabajo reclutó a 9 pacientes que después de someterse a una rinoplastia estética presentaron un síndrome que él llamó de "pérdida de identidad", en el cual los pacientes se sentían insatisfechos con los resultados de la cirugía a pesar de que para el médico había sido exitosa y reclamaban otras intervenciones para corregir el daño provocado por la cirugía. Entre las manifestaciones emocionales referían un estado parecido a los ataques de pánico, tenían sensaciones de pérdida de control y de haber sido agredidos. El autor concluye que estos casos para ser explicados debe tomarse en consideración dos aspectos: 1) que el conflicto involucra la relación del paciente con el cirujano, y 2) que enfoca en el defecto físico un trastorno emocional subyacente. El establece que cuando la cirugía cosmética se solicita como primera opción en un paciente que

tiene una historia de insatisfacción de su apariencia física, esto puede indicar que la cirugía agravará un trastorno de la imagen corporal subyacente.

En 1978 Connolly y Gipson realizaron un estudio de seguimiento en 187 pacientes, quienes se habían sometido a rinoplastia 15 años antes. Dividieron a sus pacientes en dos grupos, uno con 86 pacientes quienes se intervenían únicamente por razones estéticas y el otro grupo, que sirvió como control, estaba formado por 101 pacientes que se sometieron a la intervención a consecuencia de una enfermedad o traumatismo. Al comparar los resultados de una evaluación psiquiátrica encontraron que del grupo de pacientes de cirugía estética 32 estaban severamente neuróticos y 6 pacientes padecían de un trastorno esquizofrénico; en el otro grupo sólo 9 presentaron alteraciones neuróticas y uno sufría de esquizofrenia. Los autores concluyen que es necesaria una evaluación psiquiátrica porque la queja de un defecto físico puede corresponder a un caso de trastorno dismórfico que se presentó como inicio del padecimiento psiquiátrico actual (2). Se han utilizado diversos tipos de escalas y procedimientos para la valoración de la imagen corporal, obteniéndose resultados heterogéneos y con poca confiabilidad. En 1953 Secord y Jourard desarrollaron una escala como instrumento para valorar las catexias corporales, lo que permite determinar la autoimagen de los candidatos a cirugía y determinar la aceptación de la imagen corporal. Como puede observarse en la literatura consultada, los autores de los diferentes estudios, mencionan que un cierto porcentaje de pacientes presentan motivaciones inconscientes para solicitar que se les practique la rinoplastia. Esto es, que los pacientes perciben una imagen corporal alterada, teniendo un defecto físico real pero mínimo, o sin él, y subyacente a esto se encuentran alteraciones psicológicas inconscientes.

En 1991, Bronheim y colaboradores (2,3) revisan los aspectos psiquiátricos presentes en aquellos pacientes que eran intervenidos por patologías en oído nariz o garganta; en la primera parte se discuten fundamentalmente las consecuencias psiquiátricas por la cirugía -trastornos afectivos y de adaptación fundamentalmente, por lo que se

concluye el valorar e identificar prequirúrgicamente los riesgos psicológicos. En la segunda parte, los mismos autores profundizan sobre los cambios en la imagen corporal secundarios a la intervención y se plantea la importancia del manejo preoperatorio conjunto entre cirujano y psiquiatra. También puede observarse que se han utilizado diferentes tipos de intervención psicológica para tratar de discriminar a los pacientes que no deben someterse a cirugía, ya que no obtendrán ningún beneficio e incluso puede agravarse la patología oculta por el defecto.

En éste mismo sentido Nicolini y Laborde en 1973 (10,15) han revidado los aspectos relativos a la interrelación entre la psiquiatría y la cirugía plástica, describen los problemas psiquiátricos más frecuentes en éste tipo de intervención e igualmente resaltan la importancia del trabajo en equipo entre ambas disciplinas. Proponen una clasificación de los trastornos psiquiátricos en la cirugía plástica, dividiendolos en dos grupos, los primarios en los que el padecimiento psiquiátrico deforma la percepción de la anatomía y existe un problema aparente (dismorfofobia, trastorno obsesivo-compulsivo, síndrome de Munchausen, entre otros), y los secundarios en donde el problema psiquiátrico es una consecuencia de diversos problemas anatómicos y/funcionales, de solución quirúrgica total o parcial y que comprometen la salud mental del paciente (mastectomía, problemas congénitos, labio y paladar hendidos entre los más frecuentes).

Como queda demostrado en los diferentes estudios las actitudes hacia el cuerpo y sus partes pueden ser valoradas durante la entrevista psiquiátrica y pueden utilizarse también escalas que permitan valorar la autoimagen, el autoconcepto y la autoestima, que nos permitan discriminar a los pacientes que son buenos candidatos para la cirugía estética.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha reportado que la frecuencia con la que los pacientes después de someterse a una cirugía estética de nariz se muestran inconformes con el resultado puede llegar a ser hasta el 10%, y que en estos casos es posible que la decisión de someterse a la cirugía esté

motivada por sentimientos de inadecuación que alteran la percepción de la imagen corporal: Cuál es la incidencia de insatisfacción que presentan los pacientes a los resultados de la rinoplastia estética en el servicio de cirugía del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

La aplicación de un instrumento clinimétrico permitirá discriminar a los buenos candidatos para la cirugía de quienes no lo son ?. Existen diferencias en la autopercepción entre los pacientes que se someten a cirugía estética y los pacientes a quienes se interviene para cirugía funcional ?.

Si la cirugía es favorable, modificará la autoimagen de los pacientes sometidos a la intervención ?.

Existen diferencias en los rasgos de personalidad entre los pacientes sometidos a cirugía estética y los sometidos a cirugía funcional ?.

JUSTIFICACION

Dentro de las cirugías que se practican a nivel facial, las más comunes son las que se realizan sobre el área nasal tanto en la porción interna (cirugías funcionales de tabique) como en la sección cartilaginosa externa (rinoplastias funcionales y estéticas). En el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", el número de intervenciones quirúrgicas que involucraron el área nasal fueron en 1991 aproximadamente 500 cirugías. En la bibliografía consultada se realizaron varios estudios para determinar la incidencia de rechazo o insatisfacción del resultado de la cirugía estética variando el porcentaje de 5 a 10% de los casos.

En el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", datos empíricos proporcionados por los médicos de los servicios de cirugía plástica y reconstructiva apuntan a una incidencia aproximada del 7% de rechazo del resultado de las cirugías en el área nasal. Específicamente sobre la insatisfacción de los resultados de las cirugías, se han realizado varios estudios que han documentado la presencia de características psicológicas (perfil) que pudieran, sustentadas en un estudio controlado, tener un

valor predictivo sobre esta variable.

El presente estudio se plantea necesario para esclarecer la incidencia real de insatisfacción con los resultados de la cirugía nasal dentro del servicio de cirugía del Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Además de determinar el perfil psicológico de la población que muestra insatisfacción con el resultado, trabajando sobre dos instrumentos confiables de descripción de rasgos de personalidad y de características de autoimagen.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Evaluar la incidencia de insatisfacción con el resultado de la rinoplastia estética en el servicio de cirugía del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Describir las características demográficas y rasgos de personalidad de los pacientes que se someten a rinoplastia estética en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Evaluar la percepción de la imagen corporal en los pacientes que se someten a rinoplastia estética mediante la escala de catexias corporales de Secord y Jourard.

Describir los rasgos de personalidad, obtenidos mediante el SCID II, en los pacientes de cirugía estética.

Evaluar si los pacientes que obtienen una calificación en la escala de Secord y Jourard compatible con una sobreestimación de sus defectos corporales, permite discriminar a los pacientes que no se encontraran satisfechos con los resultados de la rinoplastia.

Evaluar si el resultado favorable de la rinoplastia estética se asocia a una mejora en la percepción de la imagen corporal en los pacientes.

HIPOTESIS

La percepción de la imagen corporal y los rasgos de personalidad de

los pacientes que se someten a cirugía estética de nariz cambia después de la cirugía.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un escrutinio abierto, observacional y descriptivo.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron a los pacientes que acudieron al servicio de cirugía del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" para someterse a cirugía estética de nariz. Se les explicó que el objetivo de la investigación era obtener datos que nos permitieran conocer las características psicológicas de los pacientes que se someten a cirugía. Después de obtener su consentimiento, se procedió a realizar las entrevistas clínicas y la aplicación de las escalas. Se les aplicó por uno de los investigadores una escala para obtener los datos demográficos, el SCID II para obtener los rasgos de personalidad y la escala de Secord y Jourard para valorar su imagen corporal.

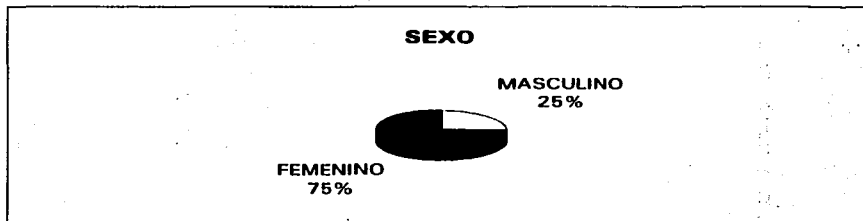
RESULTADOS

En éste trabajo se reportan datos acerca de los pacientes que se sometieron a rinoplastia estética.

Se incluyeron en el estudio a 20 pacientes que fueron sometidos a cirugía estética de nariz por los servicios de Otorrinolaringología y Cirugía Plástica. El 25% de ellos fueron del sexo masculino y el 75% del sexo femenino (Gráfica 1). El rango de edad para la muestra total fue de 20 a 49 años con una media de 30.35 \pm 6.8 años (Gráfica 2). El 60% de ellos eran empleados y el resto se dedicaban a diferentes actividades como se muestra en la Gráfica 3.

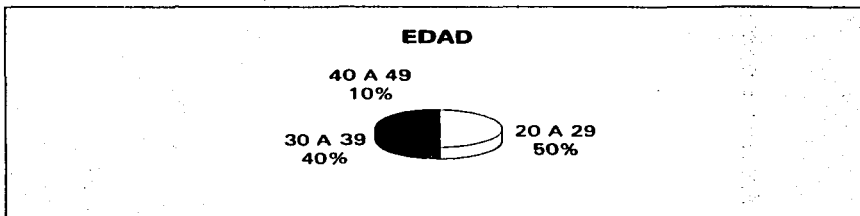
Eran solteros 14 (70%) de ellos, 5 (25%) eran casados y 1 (5%) era divorciado (Gráfica 4). Con escolaridad de profesionales encontramos a 10

SEXO	
MASCULINO	6
FEMENINO	15



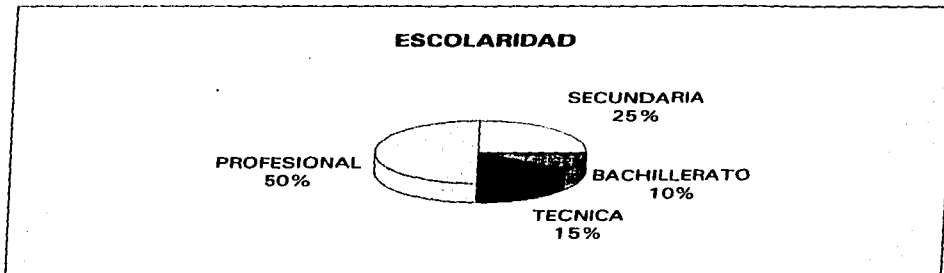
GRAFICA 1

EDAD	
20 A 29	10
30 A 39	8
40 A 49	2



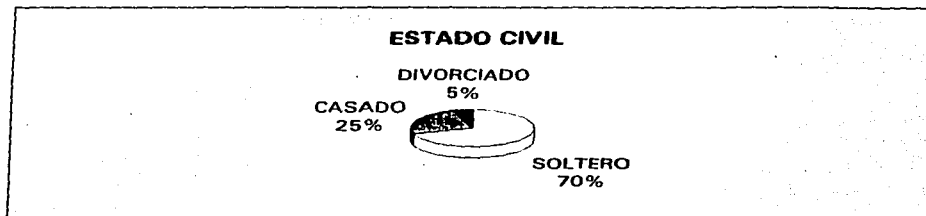
GRAFICA 2

ESCOLARIDAD	
SECUNDARIA	5
BACHILLERATO	2
TECNICA	3
PROFESIONAL	10



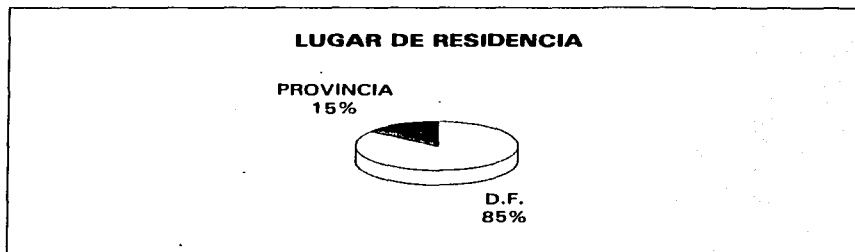
GRAFICA 3

ESTADO CIVIL	
SOLTERO	14
CASADO	5
DIVORCIADO	1



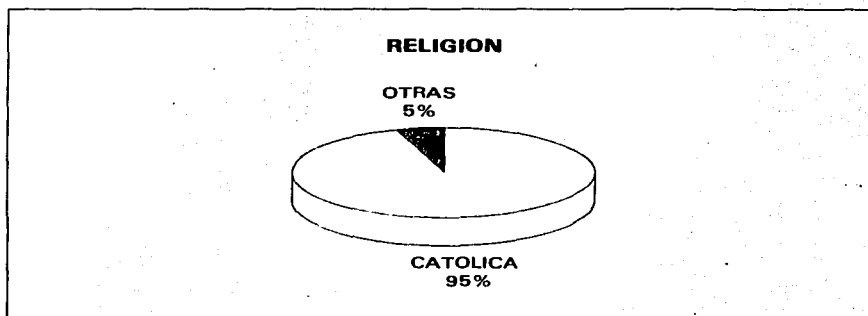
GRAFICA 4

RESIDENCIA	
D.F.	17
PROVINCIA	3



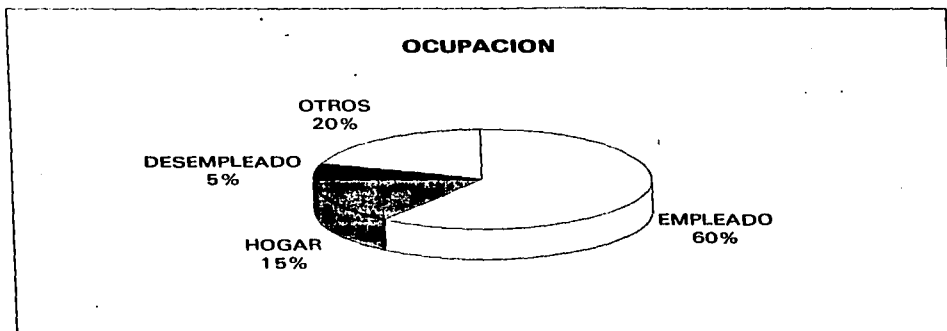
GRAFICA 5

RELIGION	
CATOLICA	19
OTRAS	1



GRAFICA 6

OCUPACION	
EMPLEADO	12
HOGAR	3
DESEMPLEADO	1
OTROS	4

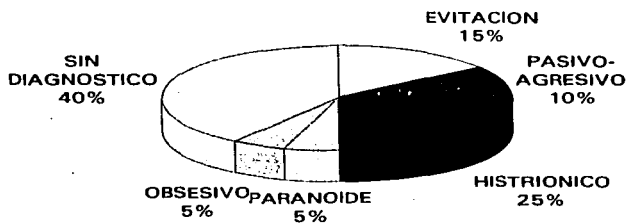


GRAFICA 7

TRANSTORNO DE PERSONALIDAD

EVITACION	3
PASIVO-AGRESIVO	2
HISTRIONICO	5
PARANOIDE	1
OBSESIVO	1
SIN DIAGNOSTICO	8

TRANSTORNO DE PERSONALIDAD



GRAFICA 8

(50%) bachillerato a 2 (10%) de ellos, y 5 (25%) tenían secundaria y 3 (15%) habían cursado una carrera técnica (Gráfica 3). Fueron residentes del Distrito Federal 17 (85%) y 3 (15%) provenían de provincia (Gráfica 5).

El número de pacientes que profesaba la religión católica era de 19 (95%) y sólo 1 (5%) tenía otra religión (Gráfica 6).

Los resultados del SCID II nos reportaron que 12 (60%) de los pacientes presentaba trastornos de personalidad, siendo el más frecuente trastorno histriónico de personalidad, el cual presentaron 5 pacientes. El resto de los diagnósticos se distribuyó como se muestra en la (Gráfica 8).

En la escala de Secord y Jourard encontramos que la calificación promedio de esta escala fue de 3.809 \pm 0.66 para las catexias corporales y de 3.696 \pm 0.56 para las catexias yóicas. Los pacientes que fueron diagnosticados con trastornos de personalidad obtuvieron calificaciones extremas, ya sea, las calificaciones más altas tanto como las más bajas. Cabe resaltar que los pacientes que obtuvieron las máximas calificaciones en esta escala fueron los que tuvieron como diagnóstico un trastorno de personalidad pasivo agresivo.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Partiendo de los resultados obtenidos en la primera fase de la investigación (preoperatoria a Rinoplastia Estética), así como los objetivos planteados, se deduce lo siguiente :

Considerando que para valorar la personalidad de un sujeto, es importante el tener en cuenta antecedentes culturales, sociales y étnicos, se interrogaron datos de tipo demográfico, encontrando que de los 20 pacientes estudiados predominaron aquellos de un nivel sociocultural de medio a medio-superior ya que 12 de ellos (60%) tenían una escolaridad por arriba del bachillerato, lo que les permitía a su vez tener una ocupación equiparable, cubriendo así los satisfactores necesarios con un buen funcionamiento dentro de las áreas social, laboral

y otras de importancia en las actividades del individuo.

En referencia al estado civil, aproximadamente las 3/4 partes (70%) eran solteros lo que probablemente les conducía a tener mayor interés en querer modificar su apariencia física, mejorando así su desempeño social; por otro lado al ser cotejados con la variable sexo, se encontró igualmente un porcentaje mayoritario en el género femenino, ya que de la población solicitante éstas alcanzaron el 75%, no olvidando que la mujer siempre ha manifestado mayor preocupación acerca de su imagen corporal en relación al hombre.

Ahora bien, a fin de obtener clinicímicamente los rasgos de personalidad, a cada individuo se le aplicó prequirúrgicamente la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de Personalidad del DSM-III-R (SCID-II) de donde se desprenden datos interesantes, ya que el 60% de la población total se caracterizó por evidenciar algún tipo de trastorno, prevaleciendo los de Personalidad Histriónica con un 25% de la muestra global, recordando que entre sus características diagnósticas se encuentra el que utilizan permanentemente el aspecto físico para llamar la atención e impresionar, por lo que más de la veces emplean cantidades de energía, tiempo y dinero para así lograrlo, lo cual de alguna manera pudiera explicar la solicitud a rinoplastia estética, deseando tener una nariz perfecta (Hay, 1970).

Con respecto a la determinación de la autoimagen, los resultados de la Escala de Secord y Jourard, nos dan una correlación estrecha con trastorno de Personalidad Pasivo-Agresivo, los cuales obtuvieron puntuaciones máximas, teniendo así una concordancia ya que éstos sujetos llegan a expresar conflictos personales con una cólera hacia sí mismos y en donde sus principales defensas son la renegación, la racionalización y la hipocondría, siendo ésta última la que en un momento dado pudiese explicar el que se perciban con una imagen corporal alterada.

De acuerdo con lo reportado en los artículos que se presentaron en el marco teórico, la frecuencia de trastornos de personalidad tuvo una frecuencia alta en éstos pacientes que se someterán a cirugía estética. Los resultados de la escala de Secord y Jourard nos señala que los

pacientes tienen alteraciones de su autoconcepto, lo que probablemente los lleva a tener que solicitar la cirugía. Será necesario comparar los resultados de este grupo con los obtenidos por un grupo control para determinar si existen diferencias en la autoimagen, y si la escala aplicada permite discriminar a los pacientes que no serán buenos candidatos para la cirugía, y proponerles, en el caso necesario, su inclusión a algún tipo de psicoterapia para disminuir el riesgo de insatisfacción por los resultados de la cirugía. En este sentido, se han realizado estudios acerca del impacto psicoterapéutico a través del audio-visual y el video feedback (Elfant y Rynearson, 1982), considerando ambos como poderosas herramientas clínicas que facilitan a los pacientes a hacer conscientes los componentes personales de su identidad mediante la visualización y conceptualización del cuerpo y el autoconcepto (5,13).

Finalmente, se debe considerar que los resultados de la presente investigación únicamente reportan una muestra pequeña, así como una de las tres fases programadas, siendo necesario continuar con la recolección de datos, con la intención de aumentarla, o en su defecto realizar las comparaciones adecuadas con un grupo control.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association. Washington, D.C., 1987.
- 2.- Bronheim H: Psychiatric Aspects of Head and Neck Surgery, Part I: New Surgical Techniques and Psychiatric Consequences. Gen Hosp Psychiatry, 13, 165-176, 1991.
- 3.- Bronheim H: Psychiatric Aspects of Head and Neck Surgery, Part II: Body Image and Psychiatric Intervention. Gen Hosp Psychiatry, 13, 225-232, 1991.
- 4.- Connolly, F.G. and Gipson, M.: Dismorphophobia-A Long-term Study. B J Psychiatry, 132: 568-570, 1978.
- 5.- Elfant A.B: The Therapeutic Impact of Video Feedback on Body and Self Imagery. Psychiatric Annals, 12:12, 1074-1081, 1982.
- 6.- Gipson, M. and Connolly, F.H.: The incidence of Schizophrenia and Severe Psychological Disorders in Patients 10 Year After Cosmetic Rhinoplasty. B J. of Plastic Surgery, 28: 155-159, 1975.
- 7.- Hay, G.G.: Psychiatry aspects of cosmetics nasal operation. B J. Psychiatry, 116: 85-90, 1970.
- 8.- Knorr, N.J.: Feminine Loss of Identity in Rinoplasty. Arch Otolaring, 96: 11-15, 1972.
- 9.- Kolb, L.C.: Disturbances of the Body-Image. Volumen 2o. Capitulo 33. American Handbook of Psychiatry. Silvano Arieti. (Ed) Basic Books. Nueva York, 1975.
- 10.- Nicolini H: Cirugia Plástica y Psiquiatria. Revista del Residente de Psiquiatria. AÑO 4 Num 2, 18-21, 1993.
- 11.- Olley P.C.: Psychiatric Aspects of Referral. Br Med J, 3: 248-249, 1974.
- 12.- Phillips, K.A.: Body Dysmorphic Disorder: The Distress of Imagined Ugliness. Am J Psychiatry, 148: 1138-1149, 1991.
- 13.- Ryne arson E.K: Distortions of Self-Image and Audio-Visual

Therapy. *Psychiatric Annals* 12:12, 1082-1085, 1982.

14.- Secord, P. y Jourard, S.: The Appraisal of Body Cathexis: Body Cathexis and the Self. *J. Consult Psychol*, 17: 343-347, 1953.

15.- Symeon D: Body Dysmorphic Disorder in the DSM-IV Field Trial for Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*, 152:8, 1207-1209, 1995.

16.- Swanson D.A: Munchausen Syndrome. Case Report. *Am J of Psychotherapy*. Vol XXXV, No 3, Jul, 436-444, 1981.

17.- Thomas CS: Appearance, body image and distress in facial dysmorphophobia. *Acta Psychiatr Scand*, 92, 231-236, 1995.

18.- Thomson, H.S.: Preoperative Selection and Counseling of Patients for Rhinoplastic & Reconstructive Surgery, 50: 174-177, 1972.