



11241
7
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

**ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL
EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA
FUNCIONAL**

**T E S I S A
PARA LA ESPECIALIDAD DE :
P S I Q U I A T R I A**

**P R E S E N T A:
DRA. DULCE ROCIO AVENDAÑO RAMÍREZ**

**SEDE
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**

SERVICIOS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

**CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
DEPTO. DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL,
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MÉXICO, D.F.

2002
Alejandro Díaz Martínez
DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



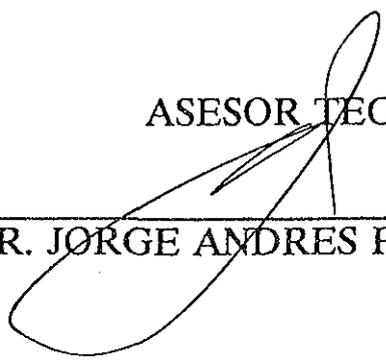
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

ASESOR TEORICO



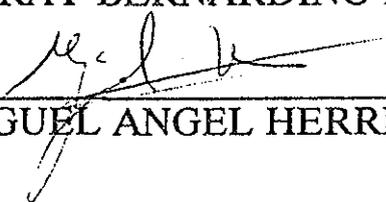
DR. JORGE ANDRES PENA ORTEGA.

ASESOR METODOLOGICO



DR. HECTOR A. ORTEGA SOTO.

ASESOR DEL HOSP. PSIQ.
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"



DR. MIGUEL ANGEL HERRERA ESTRELLA.



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

I N D I C E .

- I. ANTECEDENTES
- II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- III. JUSTIFICACION
- IV. OBJETIVO DE LA INVESTIGACION
- V. HIPOTESIS
- VI. DISEÑO DE LA INVESTIGACION
- VII. RESULTADOS
- VIII. DISCUSION
- IX. BIBLIOGRAFIA

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, la localización del estímulo táctil y del fenómeno fantasma. Visualizó el esquema corporal no sólo como la integración de experiencias sensoriales pasadas, si no, 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 este 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 proyectaba 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 Philippopoulus, de dismorfía, una palabra griega que significa fealdad, específicamente de la cara y que apareció por primera vez en las historias 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 modo, 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 esta preocupación y ninguna otra cosa puede tener un significado mayor". Stekel (8) en 1949 escribió acerca de "un grupo peculiar de ideas obsesivas acerca del cuerpo, existe gente quien continuamente está preocupada con alguna parte específica del cuerpo".

A pesar de que el trastorno dismórfico ha sido estudiado ampliamente en Europa, este 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 este trastorno era mencionado solo 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 este 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.

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 esta intervención toma una importancia relevante, ya que cuando el problema se encuentra, el cirujano puede sentirse abrumado por los síntomas y las demandas de este tipo 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 solo por factores racionales y de fácil comprensión que pueden valorarse en forma objetiva, sino también, por fuerzas subjetivas altamente personales e inconscientes; por lo tanto, en la rinoplastia las motivaciones tanto conscientes como las inconscientes ejercen influencia para la decisión de someterse a esta intervención. Observando estos aspectos, podemos colocar a unos pacientes en un extremo de un continuum, en el cual 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.

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 este 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.

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 esta intervención toma una importancia relevante, ya que cuando el problema se encuentra, el cirujano puede sentirse abrumado por los síntomas y las demandas de este tipo 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 solo por factores racionales y de fácil comprensión que pueden valorarse en forma objetiva, sino también, por fuerzas subjetivas altamente personales e inconscientes; por lo tanto, en la rinoplastia las motivaciones tanto conscientes como las inconscientes ejercen influencia para la decisión de someterse a esta intervención. Observando estos aspectos, podemos colocar a unos pacientes en un extremo de un continuum, en el cual 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 este extremo se encuentra la gente que desea tener una nariz perfecta, aunque solo demuestre defectos mínimos. O también las personas que demandan cirugía a pesar de que sus razones son vagas e inadecuadas. Es este 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?, ¿Por qué sentimientos inconscientes de inadecuación se proyectan en 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, ¿por qué la nariz?. La razón de que la nariz llegue a ser elegida esta relacionado con dos factores. Primero, la nariz es una parte prominente de la imagen corporal. Después de todo, está en la línea media, protuye 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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

inferioridad, 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 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 satisfechos 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 este 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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

comenzó como un rechazo a un defecto físico real. A partir de este 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 utilizaban 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. Él 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 con relación a la autopercepción del defecto físico, tendiendo a sobrestimarlos 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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sensaciones de pérdida de control y de haber sido agredidos. El autor concluye que estos casos para ser explicados deben 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. Él 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, solo 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).

En 1988 se realizó un estudio en el Hospital General "Manuel Gea González" por primera vez, para determinar la frecuencia de trastornos de personalidad, en solicitantes a cirugía estética de la nariz, y su relación con variables demográficas, tales como: edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, religión y nivel socioeconómico. La hipótesis de los investigadores era de que existía una asociación significativa entre los individuos que demandan cirugía estética de nariz y los trastornos de personalidad. El estudio era transversal, prospectivo, descriptivo y observacional. El universo del estudio eran todos los solicitantes de cirugía estética que acudieron al servicio de cirugía plástica reconstructiva del H.G. González; a los pacientes se les aplicó la entrevista psiquiátrica estructurada para trastornos de personalidad basada en el DSM-III (SIDP), (PFOHL y Cols., 1983). El procedimiento consistía en que los solicitantes eran evaluados por un cirujano

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

plástico experto y si cumplían los requisitos para la investigación, eran evaluados posteriormente por el investigador, al final llegaba a un diagnóstico de personalidad. Los resultados fueron los siguientes: se evaluaron a 30 pacientes, 22 mujeres y 8 hombres, la edad promedio fue de 23.95 años. Con respecto al estado civil, el 100% de los hombres eran solteros, en tanto las mujeres, 4 de ellas eran casadas, 3 divorciadas y 15 eran solteras. En las variables de ocupación y escolaridad no existieron diferencias significativas. La frecuencia de los diagnósticos de personalidad, los resultados fueron los siguientes: entre hombres y mujeres 3 no tuvieron diagnóstico, 7 presentaron rasgos histriónicos, 13 tuvieron rasgos narcisistas y 5 de ellos un trastorno narcisista. Los rasgos compulsivos se detectaron en 3 pacientes y 1 con trastorno compulsivo. Hubo evidencia de rasgos esquizoides y antisociales en una solicitante. El trastorno paranoide se presentó en 3 y 1 en trastorno dependiente. En todos los pacientes, la más alta prevalencia fue de rasgos narcisistas y en el sexo femenino la prevalencia fueron los rasgos histriónicos. Finalmente los hallazgos encontrados en este estudio, se encontró una alta prevalencia de características de personalidad narcisistas e histriónicas. El trastorno predominante en las mujeres fue el histriónico y en los hombres predominó el trastorno narcisista asociado al trastorno paranoide, reflejando esto mayor psicopatología en el sexo masculino. Este estudio mostró que la prevalencia de características narcisistas e histriónicas en los pacientes solicitantes a cirugía de nariz es alta. Los hallazgos encontrados en este estudio orientan a sensibilizar al cirujano plástico acerca de la necesidad de una evaluación psiquiátrica de aquellos individuos que muestren una percepción y/o expectativas no realistas de su deformidad nasal.

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 su imagen corporal. Como puede observarse en la literatura consultada, los autores de los diferentes estudios mencionan que un cierto porcentaje de pacientes presenta motivaciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

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. 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 obtendrían ningún beneficio e incluso puede agravarse la patología oculta por el defecto.

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 no 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 del 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?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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. 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 obtendrían ningún beneficio e incluso puede agravarse la patología oculta por el defecto.

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 no 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 del 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?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 los resultados, trabajando sobre dos instrumentos confiables de descripción de rasgos de personalidad y de características de autoimagen.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 los resultados, trabajando sobre dos instrumentos confiables de descripción de rasgos de personalidad y de características de autoimagen.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

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

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Conocer 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 y compararla con la de los pacientes sometidos a rinoplastia funcional.

Comparar los rasgos de personalidad, obtenidos mediante el SCID II, de los pacientes de cirugía estética con los de pacientes de cirugía funcional.

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

Observar si el resultado favorable de la rinoplastia estética mejora 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 son diferentes de los que presentan los pacientes que se someten a cirugía reconstructiva.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se trata de un estudio comparativo, abierto, observacional, prospectivo y longitudinal. En este trabajo sólo se reportan los datos de los pacientes que van a someterse a cirugía funcional ya que forma parte de un estudio más amplio.

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 funcional 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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Conocer 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 y compararla con la de los pacientes sometidos a rinoplastia funcional.

Comparar los rasgos de personalidad, obtenidos mediante el SCID II, de los pacientes de cirugía estética con los de pacientes de cirugía funcional.

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

Observar si el resultado favorable de la rinoplastia estética mejora 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 son diferentes de los que presentan los pacientes que se someten a cirugía reconstructiva.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se trata de un estudio comparativo, abierto, observacional, prospectivo y longitudinal. En este trabajo sólo se reportan los datos de los pacientes que van a someterse a cirugía funcional ya que forma parte de un estudio más amplio.

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 funcional 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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Conocer 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 y compararla con la de los pacientes sometidos a rinoplastia funcional.

Comparar los rasgos de personalidad, obtenidos mediante el SCID II, de los pacientes de cirugía estética con los de pacientes de cirugía funcional.

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

Observar si el resultado favorable de la rinoplastia estética mejora 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 son diferentes de los que presentan los pacientes que se someten a cirugía reconstructiva.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se trata de un estudio comparativo, abierto, observacional, prospectivo y longitudinal. En este trabajo sólo se reportan los datos de los pacientes que van a someterse a cirugía funcional ya que forma parte de un estudio más amplio.

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 funcional 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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Conocer 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 y compararla con la de los pacientes sometidos a rinoplastia funcional.

Comparar los rasgos de personalidad, obtenidos mediante el SCID II, de los pacientes de cirugía estética con los de pacientes de cirugía funcional.

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

Observar si el resultado favorable de la rinoplastia estética mejora 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 son diferentes de los que presentan los pacientes que se someten a cirugía reconstructiva.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se trata de un estudio comparativo, abierto, observacional, prospectivo y longitudinal. En este trabajo sólo se reportan los datos de los pacientes que van a someterse a cirugía funcional ya que forma parte de un estudio más amplio.

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 funcional 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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

obtener los rasgos de personalidad y la escala de Secord y Jourard para valorar u imagen corporal.

RESULTADOS.

Como ya se mencionó anteriormente, en este trabajo sólo se reportan datos acerca de los pacientes que se someterán a rinoplastia funcional, los datos acerca de los pacientes de cirugía estética se reportan en otro trabajo.

Se incluyeron en el estudio a 20 pacientes que serán sometidos a cirugía funcional de nariz por el servicio de Otorrinolaringología. El 40% de ellos fueron de sexo masculino y el 60% de sexo femenino. El rango de edad para la muestra total fue de 17 a 50 años con una media de 28.45 +/- 10.14 años. El 40% de ellos era estudiantes y el resto se dedicaba a diferentes actividades como se muestra en la tabla 1.

TABLA 1. Ocupación de los pacientes.

OCUPACIÓN	N	%
ESTUDIANTE	8	40
HOGAR	3	15
OBRERO	4	20
CAMPESINO	1	5
PROFESIONAL	1	5
OTROS	3	15
TOTAL	20	100

Los resultados del SCID II nos reportaron que 7 (35%) de los pacientes presentaron trastornos de personalidad, siendo el más frecuente el trastorno por evitación de personalidad, el cual presentaron tres pacientes. El resto de los diagnósticos se distribuyó como se muestra en la tabla 2.

obtener los rasgos de personalidad y la escala de Secord y Jourard para valorar u imagen corporal.

RESULTADOS.

Como ya se mencionó anteriormente, en este trabajo sólo se reportan datos acerca de los pacientes que se someterán a rinoplastia funcional, los datos acerca de los pacientes de cirugía estética se reportan en otro trabajo.

Se incluyeron en el estudio a 20 pacientes que serán sometidos a cirugía funcional de nariz por el servicio de Otorrinolaringología. El 40% de ellos fueron de sexo masculino y el 60% de sexo femenino. El rango de edad para la muestra total fue de 17 a 50 años con una media de 28.45 +/- 10.14 años. El 40% de ellos era estudiantes y el resto se dedicaba a diferentes actividades como se muestra en la tabla 1.

TABLA 1. Ocupación de los pacientes.

OCUPACIÓN	N	%
ESTUDIANTE	8	40
HOGAR	3	15
OBRERO	4	20
CAMPESINO	1	5
PROFESIONAL	1	5
OTROS	3	15
TOTAL	20	100

Los resultados del SCID II nos reportaron que 7 (35%) de los pacientes presentaron trastornos de personalidad, siendo el más frecuente el trastorno por evitación de personalidad, el cual presentaron tres pacientes. El resto de los diagnósticos se distribuyó como se muestra en la tabla 2.

TABLA 2. Trastornos de personalidad.

PERSONALIDAD	N	%
EVITACION	3	15
PASIVO AGRESIVA	2	10
NARCISISTA	2	10
SIN DIAGNOSTICO	13	65
TOTAL	20	100

En la escala de Secord y Jourard encontramos que la calificación promedio de esta escala fue de 3.709 +/- 0.66 para las catexias corporales y de 3.496 +/- 0.56 para las catexias yoicas, la calificación menor obtenida fue en la escala de catexias yoicas con un 1.96 en un paciente que presentaba un trastorno de personalidad por evitación. Cabe resaltar que los pacientes que obtuvieron las máximas calificaciones en esta escala fueron los que presentaron un diagnóstico de personalidad narcisista.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES.

La muestra aún es pequeña y no se cuenta con los datos del grupo experimental, por lo que no se pueden sacar conclusiones acerca de las hipótesis del presente trabajo, pero podemos concluir que la frecuencia de trastornos de personalidad fue mayor que la reportada en otros reportes. Cabe hacer notar que las calificaciones mínimas y máximas obtenidas en la escala de Secord y Jourard corresponden a los pacientes que presentan trastornos de personalidad de acuerdo al SCID II, lo que quizás permitirá discriminar a los pacientes que pueden ser buenos candidatos para cirugía estética que es parte de las hipótesis del presente trabajo.

Es necesario continuar con la recolección de los datos para poder realizar las comparaciones adecuadas entre los grupos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA.

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1987.
2. Connolly, F.G. y Gipson, M.: Dismorphophobia A Long-term Study. *B J Psychiatry*, 132: 568-570, 1978.
3. Gipson, M. y 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.
4. Hay, G.G.: Psychiatry Aspects of Cosmetics Nasal Operation. *B J Psychiatry*, 116: 85-90, 1970.
5. Knorr, N.J.: Feminine Loss of Identity in Rhinoplasty. *Arch Otolaring*, 96: 11-15, 1972.
6. Kolb, L.C.: Disturbances of the Body-Image. Volumen 2º. Capítulo 33. American Handbook of Psychiatry. Silvano Arieti. (Ed) Basic Books. Nueva York, 1975.
7. Olley, P.C.: Psychiatric Aspects of Referral. *Br. Med J*, 3: 248-249, 1974.
8. Phillips, K.A.: Body Dismorphic Disorder: The Distress of Imagined Ugliness. *Am J Psychiatry*, 148: 1138-1149, 1991.
9. Secord, P. Y Jourard, S.: The Appraisal of Body Cathesis: Body Cathesis and the Self. *J Consult Psycho*, 17: 343-347, 1953.
10. Thomson, H.S.: Preoperative Selection and Counseling of Patients for Rhinoplasty. *Plastic & Reconstructive Surgery*, 50: 174-177, 1972.
11. García, F.V.: Frecuencia de Trastornos y Rasgos de Personalidad en Solicitantes a Cirugía Estética de nariz, 7-16, 1988.