

11241
2ej 4



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores
Hospital Regional "20 de Noviembre"
I. S. S. S. T. E.

ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA
RINOPLASTIA ESTETICA

T E S I S

Que para obtener el Título de
Médico Especialista en:
PSIQUIATRIA
p r e s e n t a

ARIEL FRANCISCO FIERRO RAMIREZ



ISSSTE México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1987



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 está 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.

I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	20
RESULTADOS	26
DISCUSION	34
CUESTIONARIOS	38
BIBLIOGRAFIA	43

INTRODUCCION

ANTECEDENTES HISTORICOS

LOS ORIGENES DEL ARTE DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA SON DE LOS MÁS ANTI--GUOS; TIENEN SU RAÍZ EN LA HISTORIA DE EGIPTO (3,500 AÑOS A.C.); EN EL PAPIRO DE EDWIN SMITH YA SE DESCRIBEN VENDAJES COMPRESIVOS APLICADOS EN LA NARIZ (DENECKE Y MEYER 1967). (9). LA CIRUGÍA ESPECIALIZADA PARECE HABER SIDO PRACTICADA POR LOS BABILONIOS DURANTE EL PERÍODO DE HAMMURABI (1950 A.C.), CON OPERACIONES DE CATARATAS COMO UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO LEGÍTIMO (ROGERS 1967). LA AMPUTACIÓN DE LA NARIZ FUE UNA FORMA FRECUENTE DE CASTIGO PARA EL ADULTERIO Y OTROS CRÍMENES EN LA ANTI--GUA INDIA, LO CUAL OBLIGÓ AL USO DE COLGAJOS DE PIEL DE LA FRENTE PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LOS ÓRGANOS PERDIDOS, ESTO ES DESCRITO POR SUSPUTA SAMHITA EN EL AYUR-VEDA (ROGERS 1967). LOS CONOCIMIENTOS DE ESTAS OPE--RACIONES PROBABLEMENTE SE FILTRARON A TRAVÉS DE LOS PERSAS, LOS GRIEGOS, LOS ÁRABES Y COMUNIDADES CRISTIANAS EN LA INDIA. (8).

EN EL PERÍODO DEL IMPERIO ROMANO PAULUS AEGINETA (625-690 D.C.), - UNIÓ CONOCIMIENTOS DE LA ESCUELA HINDÚ Y ÁRABE, DESCRIBIÓ VARIOS PROCE--DIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE FRACTURAS NAALES Y MAXILARES; SIENDO CONSIDERADO COMO UNO DE LOS INICIADORES DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA COMO SA--BEMOS HASTA HOY (ROGERS 1974). (46). DURANTE LA INVASIÓN ÁRABE A SICILIA (ITALIA) EN EL SIGLO XV, CIERTOS MIEMBROS DE LA FAMILIA BRANCA RECO--GEN EL ARTE DE LA RECONSTRUCCIÓN NASAL PRACTICADA EN LA ANTIGUA INDIA Y DESARROLLAN EL MÉTODO.

EN 1597 GASPARE TAGLIACOZZI DESCRIBE EN ITALIA SU MÉTODO UTILIZANDO PEQUEÑOS COLGAJOS DE PIEL OBTENIDOS DEL BRAZO REALIZANDO ESFUERZOS - TÉCNICOS POR MEJORAR LOS TRAUMAS NAALES CON FINES ESTÉTICOS. MUCHOS DE LOS GRANDES CIRUJANOS DE EUROPA, COMO: DUPUYTREN, DELPECH, SYME, - BECK, ZIES Y WARREN, ESTIMULARON EL DESARROLLO DE LOS MÉTODOS DE RECONSTRUCCIÓN DE NARIZ, LABIOS Y MEJILLAS. EN 1798, EL TÉRMINO PLASTICA - FUE USADO POR DESAVIT. EN 1818 EL ALEMÁN VON GRAEFE FUE EL PRIMERO EN EMPLEAR EL TÉRMINO DE PLÁSTICA EN SU MONOGRAFÍA TITULADA "RINOPLASTIA", DONDE REPORTABA 3 CASOS DE RECONSTRUCCIÓN DE NARIZ. EN 1845, DIEFFENBACK FUE EL PRIMERO EN PROBAR UNA REDUCCIÓN DEL TAMAÑO DE LA NARIZ.

LA ERA MODERNA DE LA RINOPLASTÍA ESTÉTICA INICIA EN 1887 CON LOS TRABAJOS DE UN OTORRINOLARINGOLOGO DE ROCHESTER, NEW YORK, JOHN ORLANDO ROE EN LOS QUE DESCRIBÍA LA OPERACIÓN DE LA NARIZ CONFINADA A LA PUNTA; EN 1891 DESCRIBIÓ LA RINOPLASTÍA CORRECTIVA ENTERA. EN 1892 EL ALEMÁN JACQUES JOSEPH, CONTRIBUYÓ EN FORMA IMPORTANTE A LA RINOPLASTÍA CON SU PRIMER TRATADO; HA SIDO RECONOCIDO COMO EL PADRE DE LA RINOPLASTIA ESTÉTICA. DISCIPULOS DE JOSEPH COMO GUSTAVE AUFRICHT Y JOSEPH SAFIAN, DESARROLLARON SUS DESTREZAS EN AMÉRICA MEJORANDO LAS TÉCNICAS DE RINOPLASTÍA. (8).

EN LA ACTUALIDAD HAN CONTRIBUIDO GRANDES CIRUJANOS PLÁSTICOS EN TODO EL MUNDO COMO JACK SHEEN QUE FUE EL PRIMERO EN HABLAR DE LOS BRILLOS DE LA NARIZ ESTÉTICA; GEORGE PECK QUE INTRODUJO LA APLICACIÓN DE CARTILAGOS COMO SOPORTE; THOMAS RESS DESCRIBIÓ UNA CLASIFICACIÓN DE TODOS - LOS TIPOS NAALES SEGÚN LAS DIFERENTES RAZAS, Y J. CONVERSE QUE REALIZÓ

EL PRIMER TRATADO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA. EN EL SIGLO - XIX LOS PRINCIPIOS Y TÉCNICAS DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA FUERON APLICADAS A OTRAS ÁREAS DEL CUERPO; LA CIRUGÍA DEJÓ DE SER ESENCIALMENTE RECONSTRUCTIVA, DANDO PASO EN EL INICIO DEL SIGLO XX A LA CIRUGÍA CORRECTIVA O ESTÉTICA, PROPORCIONANDO UN DESAFÍO MÁS PARA EL CIRUJANO PLÁSTICO.

¿ QUE ES LA CIRUGIA PLASTICA ?

LA CIRUGÍA PLÁSTICA ES UNA RAMA ESPECIALIZADA DE LA CIRUGÍA, QUE CONCIERNE A DEFORMIDADES Y DEFECTOS DE LOS TEGUMENTOS Y A LA FUNDAMENTAL ESTRUCTURA MUSCULOESQUELÉTICA. (45).

EL TÉRMINO ESTETICO SE REFIERE A DEFECTOS CAUSADOS POR UN CRECIMIENTO Y DESARROLLO DESPROPORCIONADO O A LAS OPERACIONES PRINCIPALMENTE PARA LA MEJORÍA ESTÉTICA.

EL TÉRMINO PLASTICO SE REFIERE A DEFORMIDADES CAUSADAS POR ACCIDENTES, ENFERMEDADES Y MALFORMACIONES O POR RAZONES FUNCIONALES. (54).

PLANTEAMIENTO PSICOLOGICO DE LA RINOPLASTIA

EL PRIMER PROBLEMA PLANTEADO AL ELABORAR ESTE TRABAJO, FUE EXAMINAR SI ERA POSIBLE CONFIGURAR UNA PERSONALIDAD ESPECIFICA QUE CORRESPONDIERA A LAS PERSONAS QUE DECIDEN SOLICITAR LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA -

CONOCIDA CON EL NOMBRE DE RINOPLASTIA CON FINES ESTÉTICOS.

EXISTEN VARIAS FORMAS DE ABORDAR ESTE PROBLEMA; SE OBSERVA, POR EJEMPLO, QUE LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES SON MUJERES, Y QUE ENTRE ELLOS HAY UNA ORGANIZACIÓN PSICOLÓGICA INTERIOR CUYA NATURALEZA OTORGA A LOS VALORES EXTERNOS, ES DECIR A LA APARIENCIA FÍSICA, LA BASE DE SU SEGURIDAD VITAL. ES CIERTO QUE VIVIMOS EN UNA CULTURA EXTRÍNSECA DONDE LA APARIENCIA Y LA BELLEZA EXTERIOR SON VALORES SIGNIFICATIVOS; ESTO DETERMINA NATURALMENTE QUE ESTOS VALORES SEAN EN DETERMINADOS MOMENTOS MOTIVO DE CAMBIO INDIVIDUAL. OTRO COMPONENTE MOTIVACIONAL FRECUENTE ES LA NECESIDAD, LA URGENCIA DE RETENER A LA PERSONA AMADA, INTENTANDO DETENER LA ACCIÓN DEL TIEMPO Y CONSERVAR UNA APARIENCIA JUVENIL Y ATRACTIVA.

HAY QUE SEÑALAR, POR SUPUESTO, QUE EL FELIZ RESULTADO DE ESTA OPERACIÓN PRODUCE CAMBIOS NO SOLAMENTE A NIVEL FÍSICO O EXTRÍNSECO, SINO QUE ESTE CAMBIO SE REFLEJA NECESARIAMENTE A NIVEL INTRÍNSECO AUMENTANDO LA SEGURIDAD INTERIOR, LO CUAL INFLUYE FAVORABLEMENTE EN LAS RELACIONES HUMANAS DE CUALQUIER NATURALEZA. A PESAR DE LAS MOTIVACIONES INCONCIENTES QUE LLEVAN A LAS PERSONAS A BUSCAR ESTA CLASE DE AYUDA MÉDICA, PUEDEN SER DE NATURALEZA VARIABLE Y PREFERENTEMENTE DE NATURALEZA EXTRÍNSECA, EL RESULTADO DE LA OPERACIÓN VA A SER BENÉFICO PARA EL CONJUNTO DE LA PERSONALIDAD MEJORANDO SU ACTITUD EXISTENCIAL.

EN BASE A SU EXPERIENCIA CLÍNICA, EDGERTON Y KNORP (10) TRATARON DE DIFERENCIAR LAS MOTIVACIONES DE LOS PACIENTES. MOTIVACION INTERNA

CUANDO LOS PACIENTES QUIEREN MEJORAR POR ELLOS MISMOS SU APARIENCIA FÍSICA. MOTIVACION EXTERNA CUANDO LA OPERACIÓN ES SUGERIDA POR ALGUIEN, POR EJEMPLO SU PAREJA, UN FAMILIAR O UN AMIGO. UNA HIPÓTESIS DE EDGERTON ES QUE LOS PACIENTES MOTIVADOS EXTERNAMENTE SON MÁS PROPENSOS A DESARROLLAR COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS Y POR LO TANTO EN ELLOS EL RIESGO ES MAYOR. TANTO LAS MOTIVACIONES INTERNAS COMO EXTERNAS, INTERACTÚAN MUY CERCANAMENTE LO QUE HACE QUE EN OCASIONES LA DIFERENCIACIÓN SEA MUY DIFÍCIL.

CONTRARIAMENTE A LA HIPÓTESIS DE EDGERTON, GOIN Y COLS. (17) ENCONTRARON UNA CORRELACIÓN POSITIVA SIGNIFICATIVA ENTRE LAS MOTIVACIONES EXTERNAS Y LA CIRUGÍA ESTÉTICA DE 50 PACIENTES FEMENINAS, EN SU RÁPIDA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA POSTOPERATORIA. TAMBIÉN CONTRADICE LA HIPÓTESIS DE EDGERTON EL ALTO PORCENTAJE DE PACIENTES SATISFECHOS 70%, EN SU SEGUIMIENTO EN 3 MESES, Y QUE AUMENTA A 85% EN 4 AÑOS, DE 900 RINOPLASTIAS POSTOPERADAS. (REICH (43).)

EN LA CULTURA OCCIDENTAL, EREGIDA SOBRE 2 BASES, LA CULTURA JUDÍA Y LA CULTURA GRIEGA, LA BELLEZA, EL VALOR ESTÉTICO, SON PROFUNDAMENTE ESTIMADOS; LA INDUSTRIA COSMÉTICA, LA MODA EN EL VESTIR Y EN EL ARREGLO PERSONAL, CONSTITUYEN SIN DUDA ASPECTOS BÁSICOS Y ACTUANTES EN EL MUNDO OCCIDENTAL. LA CIRUGÍA ESTÉTICA PARTICIPA DENTRO DE ESTE FENÓMENO CULTURAL, LLEGANDO A SER PRÁCTICAMENTE INDISPENSABLE. CONSIDERADA COMO UN FENÓMENO CULTURAL, FORMA PARTE DE NUESTRA CIVILIZACIÓN Y DE NUESTRA CULTURA; ES UN RECURSO VÁLIDO EN LA BÚSQUEDA INCESANTE DEL HOMBRE PARA OBTENER SEGURIDAD Y SATISFACCION DE NECESIDADES BÁSICAS DE SU NATURALE-

ZA. LA BELLEZA Y LA JUVENTUD, VALORES MARAVILLOSOS Y EFÍMEROS, CUENTAN CON ESTE APOYO MÉDICO QUE DETIENE POR ALGUNOS AÑOS EL PASO DEL TIEMPO. (5).

¿ QUIÉN PUEDE NEGAR LA IMPORTANCIA QUE TIENEN PARA NUESTRA VIDA - LOS VALORES ESTÉTICOS ? LA CULTURA GRIEGA, ACASO EL EJEMPLO MÁS ESPLÉNDIDO DE LAS FORMAS DE VIVIR DEL HOMBRE, CONTABA COMO NORMAS BÁSICAS DE SU COMPORTAMIENTO CON EL MARAVILLOSO EQUILIBRIO DE LOS VALORES ÉTICOS Y ESTÉTICOS. EL BIEN Y LA BELLEZA, ERAN PRINCIPIOS QUE CONSTELABAN EN ARMONÍA INTERIOR LA EXISTENCIA DE LOS ANTIGUOS GRIEGOS.

ES INDUDABLE QUE LA APARIENCIA DE LOS SERES HUMANOS PRODUCE EN NOSOTROS MISMOS EFECTOS DE ACEPTACIÓN O DE RECHAZO; POR LAS MISMAS RAZONES QUE TRATAMOS DE CONSERVARNOS ESBELTOS, ASEADOS Y VESTIRNOS CON ROPAS CUYAS CARACTERÍSTICAS Y COLORES SEAN MÁS FAVORABLES A NUESTRA PERSONALIDAD Y ELEGIMOS CUIDADOSAMENTE FORMAS DE ARREGLO PERSONAL, TALES COMO EL PEINADO Y OTROS DETALLES QUE SERÍA INNECESARIO ENUMERAR, DESEAMOS QUE NUESTRO ROSTRO MUESTRE UNA APARIENCIA JUVENIL Y ESTÉTICA. ESTO CONTRIBUYE A LA FELICIDAD HUMANA EN SU DEBIDA PROPORCIÓN, NO VA A PRODUCIR MLAGROS EN LAS RELACIONES HUMANAS NI VA A CAMBIAR LOS AFECTOS FUNDAMENTALES DEL HOMBRE, PERO SÍ PUEDE AGREGAR ELEMENTOS GRATOS Y PLACENTEROS EN TANTO QUE LA BELLEZA TAMBIÉN ES LO QUE PLACE A LA VISTA.

SE PUEDE DECIR QUE LAS PERSONAS QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE UN CIRUJANO PLÁSTICO, SOLICITANDO LA INTERVENCIÓN DE LA RINOPLASTÍA, PERTENECEN A ALGUNO DE LOS GRUPOS SIGUIENTES:

1) PERSONAS CUYA ESTRUCTURA PSICOLÓGICA PUEDE CONSIDERARSE ESTABLE Y SANA, CON SEGURIDAD EN SÍ MISMAS Y ACTITUD POSITIVA EN SUS RELACIONES INTERPERSONALES, CONSIGO MISMAS Y CON EL MUNDO QUE LAS RODEA; CON CLARA ADVERTENCIA DE SU VALOR INTRÍNSECO, QUE OBJETIVAMENTE DECIDEN MEJORAR SU APARIENCIA FÍSICA POR MEDIO DE LA CIRUGÍA, CON EXPECTATIVAS REALISTAS ACERCA DE LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN Y QUE INTENTAN POR ESTE PROCEDIMIENTO UN ENRIQUECIMIENTO INTRÍNSECO DE SU PERSONALIDAD PARA FAVORECER ESTÉTICAMENTE SUS RELACIONES INTERPERSONALES, DESDE EL PUNTO DE VISTA SENTIMENTAL O EN FUNCIÓN DE ASPECTOS LABORALES. ESTOS CASOS SON EVIDENTEMENTE LOS DE MEJOR PRONÓSTICO Y HABITUALMENTE PRODUCEN RESULTADOS MUY SATISFACTORIOS.

2) PERSONAS FÁCILMENTE INFLUIBLES POR FENÓMENOS SOCIALES COLECTIVOS, TALES COMO LA MODA Y LA NECESIDAD DE TENER UNA APARIENCIA POPULAR AGRADABLE, QUE POR SU PROPIA DECISIÓN O POR LA INFLUENCIA DE OTRAS PERSONAS, ACUDEN A LA CIRUGÍA COSMÉTICA COMO A UN ALMACÉN DONDE PUEDEN ADQUIRIR LAS ÚLTIMAS CREACIONES O LOS NUEVOS ESTILOS DE PEINADO. LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN ESTOS CASOS SON CON FRECUENCIA SATISFACTORIOS.

3) PERSONAS CON UN COMPONENTE NARCISISTA NOTABLE, QUE PRESENTAN GRAN DEPENDENCIA DE LA OPINIÓN EXTERNA, CON ELEMENTOS EXHIBICIONISTAS MARCADOS, QUE BUSCAN EN LA CIRUGÍA COSMÉTICA UNA APARIENCIA ESTÉTICA QUE LOS CONVIERTA EN SERES DE SINGULAR BELLEZA, PARA SU PROPIA COMPLACENCIA Y QUE TAMBIÉN, INDUDABLEMENTE, BUSCAN PROVOCAR UNA RESPUESTA DE HALAGO EN LOS DEMÁS. EN ESTOS CASOS, LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN, CUANDO SON TÉCNICAMENTE CORRECTOS, PUEDEN PRODUCIR GRAN SATISFACCIÓN Y RECONOCI--

MIENTO; PERO TAMBIÉN SON PACIENTES CRÍTICOS, CON ELEMENTOS PARANOIDES, -
DE RETICENCIA Y PERFECCIONISMO.

4) PERSONAS CON DESÓRDENES NEURÓTICOS DE LA PERSONALIDAD, CON DIFICULTAD
E INSEGURIDAD EN SUS RELACIONES INTERPERSONALES, CON SENTIMIENTOS DE IN-
FERIORIDAD Y DE VALUACIÓN INTRÍNSECA, QUE BUSCAN EN LA CORRECCIÓN QUIRÚR-
GICA UN CAMBIO NOTABLE A SU APARIENCIA, PENSANDO QUE DE ESTA MANERA SU -
EXISTENCIA VA A EXPERIMENTAR CAMBIOS SORPRENDENTES QUE SE EXPRESARÁN EN
LA ADMIRACIÓN Y APRECIO DE LAS PERSONAS QUE LAS RODEAN TANTO EN LO QUE -
SE REFIERE A SUS SENTIMIENTOS PERSONALES, O EN SUS RELACIONES DE TRABA-
JO. LA BÚSQUEDA DE UN VALOR EXTRÍNSECO COMO SISTEMA BÁSICO DE SEGUI-
RIDAD CONDUCE SIEMPRE A RESULTADOS INCIERTOS. AÚN EN LOS CASOS EN QUE
EL ÉXITO QUIRÚRGICO ES INDUDABLE LOS PACIENTES MOSTRARÁN INSATISFACCIÓN
PUES LOS CAMBIOS MÁGICOS ESPERADOS NO OCURREN.

5) PERSONAS CON SÍNTOMAS INICIALES PSICÓTICOS, CON ALTERACIONES DE LA -
IMAGEN CORPORAL; ENTRE OTROS, COMO LA DISMORFOFOBIA, QUE BUSCAN EN LA -
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA UNA MEJORÍA DE SU INQUIETUD Y PROFUNDO DESEQUI-
LIBRIO PSÍQUICO, NO ADVERTIDO POR ELLOS MISMOS. EN ESTOS CASOS, LA IN-
TERVENCIÓN QUIRÚRGICA MÁS IMPORTANTE SÓLO TRAERÁ CONSIGO UNA MEJORÍA -
SINTOMÁTICA Y TRANSITORIA QUE ENCUBRIRÁ EL PADECIMIENTO PSIQUIÁTRICO -
SUBYACENTE, IMPIDIENDO EL TRATAMIENTO NECESARIO.

LA PERSONALIDAD DE LOS PACIENTES ESTETICOS

ALGUNOS AUTORES HAN CONVENIDO MÁS O MENOS IMPLÍCITAMENTE EN LA IDEA DE QUE LA MOTIVACIÓN PARA UNA OPERACIÓN ES UN SIGNO DE PATOLOGÍA EN SÍ MISMO. FUERON UTILIZADAS VARIAS PRUEBAS PARA ESTABLECER QUE LOS PACIENTES QUE SE INTERVENÍAN ESTÉTICAMENTE, COMO GRUPO MOSTRABAN CONSIDERABLE PSICOPATOLOGÍA.

WRIGHT Y WRIGHT (55) EN UNO DE LOS POCOS ESTUDIOS CONTROLADOS MOSTRARON QUE LOS PACIENTES CON RINOPLASTIA PRESENTARON MÁS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS QUE LOS GRUPOS CONTROLES, POR MEDIO DE LOS PERFILES DEL MMPI. ADEMÁS LOS AUTORES ENCONTRARON SOBRE LAS BASES DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS QUE SUS PACIENTES FUERON GENERALMENTE "INTELIGENTES, SIMPÁTICOS E INTERESANTES". MUCHOS FUERON MODERADAMENTE AGITADOS, TENSOS E INTRANQUILOS; TENDÍAN A SER ENTUSIASTAS, IMAGINATIVOS E HIPERACTIVOS. FUERON CONSIDERADOS CENTRADOS EN SÍ MISMO, AUTOCRÍTICOS, TENÍAN NECESIDAD DE DOMINAR A OTROS Y UNA TENDENCIA A ACTUAR. TENDÍAN A CONSERVAR LA DISTANCIA CON RESPECTO A LOS DEMÁS, A NO SER ABIERTOS Y A SER SENSIBLES A LA OPINIÓN AJENA. EL DIAGNÓSTICO MÁS FRECUENTE FUE DE PERSONALIDAD INADECUADA.

LINN Y GOLDMAN (33) ESTUDIARON 58 PACIENTES DE RINOPLASTIA Y ENCONTRARON QUE LA GRAN MAYORÍA ERAN ENFERMOS DESDE EL PUNTO DE VISTA PSQUIÁTRICO. DE ELLOS EL MAYOR NÚMERO MOSTRABA SÍNTOMAS DE UNA CONTELACIÓN QUE LOS AUTORES LLAMARON "SÍNDROME PSICUIATRICO DE LOS PACIENTES DE RINOPLASTIAS". TALES PACIENTES SON "TÍMIDOS, SOLITARIOS Y AN-

SIOSOS EN SITUACIONES SOCIALES". DESARROLLAN MANERISMOS PARA OCULTAR LO QUE CONSIDERAN DESFAVORABLE DE SU CARA, POR EJEMPLO SUS PERFILES. "SON DISTRAÍDOS" Y SON VISTOS POR LOS DEMÁS COMO "AISLADOS Y ABURRIDOS" LO QUE PODRÍA PROPICIAR SU RECHAZO; VISTEN COLORES SUAVES PORQUE SE CONSIDERAN POCO ATRACTIVOS, TIENEN PROBLEMAS EN SU TRABAJO POR NO DARLE LA ATENCIÓN DEBIDA. "LOS PACIENTES SUFREN DE UNA CONSTRICCIÓN GENERALIZADA Y SEVERA DEL EGO". ESTO SE REFLEJA EN UNA CONSTRICCIÓN DE LOS MOVIMIENTOS CORPORALES, ATENCIÓN DEFICIENTE, DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE Y DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD PARA RELACIONARSE CON LOS DEMÁS.

ESTUDIOS PSICOLÓGICOS DE LOS PACIENTES DE RINOPLASTIA

JACOBSON Y COLS. (27) EN 1960 ESTUDIARON 20 PACIENTES MASCULINOS - OPERADOS ESTÉTICAMENTE POR "DEFECTOS MÍNIMOS" DE NARIZ; EN SU SEGUIMIENTO ENCONTRARON QUE 7 TUVIERON BROTES PSICÓTICOS, 6 CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD MODERADOS A SEVEROS, 4 NEURÓTICOS, 1 INTENTÓ SUICIDARSE Y 2 QUE NO ACEPTARON LA EVALUACIÓN POR EL PSIQUIATRA.

HAY (20) EN 1970 ESTUDIÓ 45 PACIENTES CON RINOPLASTÍAS ESTÉTICAS DE LOS QUE 26 PRESENTARON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD O PSICOSIS.

LOS TRABAJOS DE CONNOLLY Y GIBSON (7) EN 1978, SON DE LOS POCOS ESTUDIOS LONGITUDINALES DONDE SE SIGUIERON 187 PACIENTES DE RINOPLASTIA DURANTE 15 AÑOS, ENCONTRARON QUE LOS PACIENTES INTERVENIDOS ESTÉTICAMENTE TIENEN MAYOR PORCENTAJE DE NEUROSIS Y PSICOSIS GRAVES QUE EN -

LOS GRUPOS DE CONTROL, POR DEFORMIDADES SECUNDARIAS A TRAUMAS O ENFERMEDADES NASALES. EN CAMBIO LOS ESTUDIOS HECHOS POR REICH (43), MOSTRAN QUE EL 68% DE LOS GRUPOS ESTÉTICOS FUERON DIAGNOSTICADOS COMO NORMALES.

MICHELI-PELLEGRINI Y MANFRIDA (37) EN 1979 ESTUDIARON 65 PACIENTES CON RINOPLASTÍAS, DONDE PRÁCTICAMENTE TODOS PRESENTABAN TRASTORNOS PSICÓTICOS; 15 FUERON HOMBRES Y EN ELLOS LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS FUERON MÁS FRECUENTES Y MÁS GRAVES.

GOIN Y COLS. (16) REPORTARON QUE EN LOS GRUPOS DE PACIENTES DE RINOPLASTÍA, A TODOS SE LES ASIGNÓ UN DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO Y ESTUVIERON EN PSICOTERAPIA, DE LOS CUALES UNA TERCERA PARTE NO MOSTRÓ CAMBIOS PSICOLÓGICOS POSTOPERATORIOS DURANTE UN PERÍODO DE 3 MESES A 10 AÑOS - POSTERIOR A SU RINOPLASTÍA.

EL SIGNIFICADO SIMBOLICO DE LA NARIZ

MUCHO SE HA ESCRITO ACERCA DEL "SIGNIFICADO DE LA NARIZ". FILÓSOFOS, ESCRITORES, NOVELISTAS, POETAS Y MÉDICOS, TODOS HAN RECONOCIDO QUE LA NARIZ TIENE ENORME IMPORTANCIA FISIOLÓGICA, EMOCIONAL, SOCIAL Y SIMBÓLICA.

SIN UNA APRECIACIÓN DEL SIGNIFICADO SIMBÓLICO DE LA NARIZ, SERÍA DIFÍCIL ENTENDER POR QUÉ PUEDE OCURRIR UN CAOS EMOCIONAL DESPUÉS DE LA

RINOPLASTÍA. AL CENTRO DE ESTA APRECIACIÓN DEL SIGNIFICADO SIMBÓLICO DE LA NARIZ, ESTÁ IDENTIFICADA COMO UN EQUIVALENTE GENITAL; ES BOOK (3) QUIEN CONSIDERA QUE LA NARIZ ES UNA DE LAS 2 PROTRUSIONES DE LA LÍNEA MEDIA DE LA ESTRUCTURA ANATÓMICA; SUFRE UN REPENTINO CRECIMIENTO DURANTE LA ADOLESCENCIA, TIENE UN ORIFICIO POR EL CUAL A VECES EMITE UNA - SUBSTANCIA MUCOSA PEGAJOSA. MICROSCÓPICAMENTE EXISTEN SEMEJANZAS ANATÓMICAS ENTRE LA NARIZ Y EL PENE. LA MUCOSA NASAL ES SEMEJANTE AL TEJIDO ERÉCTIL. FISIOLÓGICAMENTE EL TEJIDO ERÉCTIL DEL PENE Y LA MUCOSA NASAL SE HACEN TURGENTES POR INFLUENCIAS FÍSICAS CAUSADAS POR LA - VASODILATACIÓN.

LA NARIZ TAMBIÉN PUEDE SER UN SÍMBOLO GENITAL FEMENINO. SAUL (47) HIZO LA OBSERVACIÓN QUE RECIBE Y SE ELIMINA DURANTE LA RESPIRACIÓN. EN LA OLFACIÓN LA NARIZ ES FUNDAMENTALMENTE RECEPTIVA. SUS PACIENTES MOSTRAN EN SUS SUEÑOS UNA CONEXIÓN ENTRE LA NARIZ Y LOS ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS. HILL Y SILVER (23) DESCRIBIERON LA RESISTENCIA A UN EXÁMEN CON ESPEJO NASAL PORQUE EQUIVALÍA A UNA MUTILACIÓN GENITAL. LA NARIZ Y LA VAGINA SON ÓRGANOS CAVERNOSOS PROVISTOS DE MUCOSA Y SECRETAN MATERIAL MUCOIDE. NUMEROSOS EXPERIMENTOS EN ANIMALES SUGIEREN QUE EXISTEN IMPORTANTES ASOCIACIONES ANATÓMICAS Y FISIOLÓGICAS ENTRE LA SEXUALIDAD Y LA OLFACIÓN. KLINE (31) OPINA QUE LA DETECCIÓN DE CIERTOS OLORES - EN INSECTOS ES UNO DE LOS MAYORES DETERMINANTES DE SU CONDUCTA SEXUAL; SUGIEREN QUE EN EL HUMANO EL CAMBIO DE LA NARIZ PODRÍA REPRESENTAR UN DESEO DE CAMBIAR LAS RELACIONES INTERPERSONALES.

SCHILDER (48), UN INICIADOR Y ESTUDIOSO DE LA IMAGEN CORPORAL, -

OPINABA QUE LA NARIZ TIENE UN SIMBOLISMO FEMENINO, COMO UNA ESTRUCTURA CAVERNOSA CON UN ORIFICIO Y TENDENCIA A SANGRAR, Y UN SIMBOLISMO MASCULINO COMO UNA PROTRUCCIÓN CON UNA RESPUESTA DEL PLEXO VASCULAR A INFLUENCIAS FÍSICAS DADAS. EXISTE LA POSIBILIDAD DE AGUDIZAR UN DELIRIO SOMÁTICO. GOIN Y GOIN (16) REPORTARON Y CONFIRMARON QUE LOS DELIRIOS ACERCA DE LA NARIZ CONSTITUYEN CONTRAINDICACIÓN PARA LA RINOPLASTÍA, YA QUE AL TENER UN CAMBIO EN SU TAMAÑO Y FORMA PODRÍA SER SUFICIENTEMENTE TRAUMÁTICO COMO PARA PROVOCAR UN EPISODIO DE DESORGANIZACIÓN PSICOLÓGICA.

DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICODINÁMICO, SE PIENSA QUE HAY UN CONFLICTO INCONCIENTE QUE PRODUCE LA MOTIVACIÓN PARA SOLICITAR LA INTERVENCIÓN ESTÉTICA. GIFFORD (12) SE REFIERE AL GRUPO DE PACIENTES FEMENINOS. "EL OBJETIVO DE LA OPERACIÓN ES SIMBÓLICO PARA LIBERARSE DE LA FEA NARIZ DE SU PADRE, COMO UNA REPRESENTACIÓN DE SU PENE". ESTA LÍNEA DE PENSAMIENTO FUE MODIFICADA POR NUMEROSOS ARTÍCULOS DONDE SE DEMOSTRABA QUE LA MAYORÍA DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS TENÍAN RESULTADOS SATISFACTOARIOS. GOIN Y GOIN (14) EMPLEAN LA HIPÓTESIS PSICOANALÍTICA DE QUE "LA NARIZ ES COMO UN EQUIVALENTE GENITAL TANTO MASCULINO COMO FEMENINO". LA INFLUENCIA DEL PENSAMIENTO ANALÍTICO ESTÁ DISMINUYENDO Y EL NÚMERO DE OPERACIONES ESTÉTICAS ESTÁ AUMENTANDO DRAMÁTICAMENTE. DENTRO DE UNA MAYOR ACEPTACIÓN SOCIAL DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA, MÁS PERSONAS NORMALES SOLICITAN INTERVENCIONES ESTÉTICAS.

HAY (19), CONNOLLY Y GIBSON (7) Y HARDY (22), USARON EL TÉRMINO - DISMORFOFOBIA EN PACIENTES QUE SUFRÍAN DE TRASTORNOS DE SU IMAGEN CORPORAL, YA QUE OBJETIVAMENTE SU CARA ERA NORMAL EN SUS PROPORCIONES, PERO

DEFORMADA CUANDO ERA VISTA POR ELLOS. ÉSTOS AUTORES POSTULABAN QUE LA PÉRDIDA DE PENSAMIENTOS REALES O LÓGICOS DE PROPORCIONES PSICÓTICAS EN LA DISMORFOFOBIA, ES UNA CONTRAINDICACIÓN DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA. UN NÚMERO CRECIENTE DE ESTUDIOS ARGUYEN QUE EL MOTIVO PARA LA CIRUGÍA ESTÉTICA NO PUEDE SER EXPLICADO EXCLUSIVAMENTE POR UNA RELACIÓN CAUSAL ENTRE PERSONALIDAD Y DEFORMIDAD.

PACIENTES MASCULINOS / PACIENTES FEMENINOS

EN COMPARACIÓN CON LAS MUJERES, MUY POCOS HOMBRES SON LOS QUE SOLICITAN RINOPLASTÍAS. SHULMAN Y WESTREICH (50) REPORTARON QUE DE 1880 PACIENTES QUE SE REALIZARON RINOPLASTÍA ENTRE 1975 Y 1980, LA PROPORCIÓN FUE DE 1 : 15.9 MUJERES; ENCONTRANDO QUE LAS DEFORMIDADES NASALES EN LOS HOMBRES ERAN MÁS SEVERAS Y QUE EXISTÍA MAYOR PROPORCIÓN DE PSICOPATOLOGÍA NEURÓTICA; GENERALMENTE LOS PACIENTES MASCULINOS SON CONSIDERADOS DE MAYOR RIESGO. HAY (21) NO ENCONTRÓ DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN 3 TIPOS DE PERSONALIDAD Y 3 ESCALAS DE SÍNTOMAS ENTRE 20 HOMBRES Y 25 MUJERES. LA EXPERIENCIA CLÍNICA DE GOIN Y COLS. (17) SUGIEREN QUE LOS PACIENTES MASCULINOS HOMOSEXUALES, JUDÍOS Y ADOLESCENTES QUE SE OPERABAN DE RINOPLASTÍA SÓLO RARAMENTE PRESENTABAN COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS POSTOPERATORIAS.

JACOBSON Y COLS. (27) ENCONTRARON UNA ALTA INCIDENCIA DE SEVEROS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS POSTOPERATORIOS EN UNA SERIE DE 20 PACIENTES MASCULINOS, DONDE 11 DE ELLOS SU NARIZ LA IDENTIFICABAN CON LA NARIZ -

DEL PADRE, LO QUE PODRÍA SIGNIFICAR UN DESEO CONCIENTE DE DISOCIARSE DE LOS RASGOS O DEBILIDADES INDESEABLES DE SU PADRE. EN UN NIVEL MENOS - CONCIENTE, LA MOTIVACIÓN PARA LA RINOPLASTÍA DEL PACIENTE MASCULINO PODRÍA RELACIONARSE CON UNA NECESIDAD DE LIBRARSE DE UNA IRA DESTRUCTIVA DIRIGIDA PRIMARIAMENTE CONTRA SU MADRE, DE LA QUE SU PADRE HABÍA FALLADO EN RESCATARLO. LOS PACIENTES MASCULINOS, EN RELACIÓN A SU NARIZ, MANIFIESTAN UNA CARGA HACIA AMBOS PADRES, ADEMÁS DE SU PROPIO FRACASO POR RENDIRSE A SU INTENSA AMBIVALENCIA HACIA SU MADRE Y POR LA FALLA DEL PADRE PARA AYUDARLO EN SU SITUACIÓN. ESTOS CONFLICTOS SON REACTIVADOS EN LA ADOLESCENCIA Y EN EXPERIENCIAS FUTURAS, ESPECIALMENTE EN EL TRATO CON MUJERES.

UN SINDROME ESPECIFICO EN LA RINOPLASTIA

GIFFORD (12) DESCRIBIÓ UNA TRIADA QUE CONSISTE EN : RINOPLASTÍA, PLAGIO Y DEPENDENCIA A DROGAS, EN PACIENTES FEMENINOS EN PSICOTERAPIA POR "PATOLOGÍA SEVERA" : 1) TENÍAN UNA RINOPLASTÍA EN EL PERÍODO POST ADOLESCENCIA. 2) TENÍAN UNA HISTORIA DE COPIAR O ENGAÑAR INNECESARIAMENTE YA QUE ESTOS PACIENTES TENÍAN HABILIDADES INTELECTUALES SUPERIORES Y EXCELENTES CALIFICACIONES ACADÉMICAS; Y 3) PRESENTABAN COMPLEJOS PROBLEMAS INTERRELACIONADOS CON LA REDUCCIÓN DE PESO Y LA DEPENDENCIA A DROGAS.

LOS RESULTADOS DESFAVORABLES

MUCHOS ARTÍCULOS DESCRIBEN LA PSICOPATOLOGÍA DE LOS PACIENTES; SIN EMBARGO, ES SORPRENDENTE LOS POCOS REPORTE QUE EXISTEN PARA DESCRIBIR LOS PROBLEMAS POSTOPERATORIOS.

KNORR (32) DESCRIBIÓ 2 SÍNDROMES ESPECÍFICAMENTE RELACIONADOS CON LA RINOPLASTÍA. SOBRE UN PERÍODO DE 5 AÑOS, 9 MUJERES HABÍAN EXPERIMENTADO UNA PÉRDIDA DE LA IDENTIDAD POR SU APARIENCIA ALTERADA, POSTERIOR A LA RINOPLASTÍA; FUERON REOPERADOS PARA RECOBRAR SU ANTIGUA APARIENCIA. CUANDO SE LES PREGUNTÓ ACERCA DE SU MOLESTIA ESPECÍFICA, RESPONDIERON : 1) QUE EL CIRUJANO HABÍA HECHO DEMASIADO Y HABÍA UN GRAN CAMBIO EN SU APARIENCIA; 2) QUE LA NARIZ HABÍA CAÍDO DEMASIADO Y LA PUNTA PARECÍA MUY GLOBOSA; 3) QUE PERSISTÍA LA DESVIACIÓN NASAL; 4) QUE LOS PROBLEMAS RESPIRATORIOS NO HABÍAN SIDO CORREGIDOS O ESTABAN EMPEORADOS; Y 5) QUE SENTÍAN PRESIÓN SOBRE SU NARIZ.

UNO DE LOS SÍNDROMES SE CARACTERIZABA PORQUE : "LAS PACIENTES COMENTABAN CONTINUAMENTE LOS ERRORES TÉCNICOS DE SUS CIRUJANOS", Y ALGUNAS CREÍAN QUE HABÍAN SIDO OPERADAS POR ASISTENTES APRENDICES Y SENTÍAN GRAN RECHAZO POR EL CIRUJANO.

EN EL OTRO SÍNDROME DEL "CIRUJANO AGOTADO", EL CIRUJANO ALCANZA UN ESTADO DE CÓLERA, HOSTILIDAD Y CANSANCIO EN RELACIÓN A SU PACIENTE.

LAS 9 PACIENTES HABÍAN TENIDO IMPORTANTES EXPERIENCIAS PREVIAS MUY

SIMILARES; SUS RELACIONES CON HOMBRES HABÍAN SIDO INADECUADAS O NO EXISTÍAN, O ELLAS DESCRIBÍAN A LOS HOMBRES DE SU PASADO COMO PASIVOS Y POCO AFECTUOSOS, EN LA MAYORÍA HABÍA ESTADO AUSENTE EL PADRE HASTA LOS 14 AÑOS, SUS MADRES HABÍAN SIDO AGRESIVAS Y DOMINANTES. LA EVALUACIÓN PSQUIÁTRICA DE ESTAS PACIENTES MOSTRÓ DEPRESIÓN.

KNORR ACONSEJA TENER CAUTELA EN CASOS DE MUJERES ADULTAS MADURAS - QUE PERTENEZCAN AL PERSONAL PARAMÉDICO O SEAN FAMILIARES DE LOS CIRUJANOS PLÁSTICOS, PUES AL SOLICITAR LA RINOPLASTÍA SIEMPRE ESPERAN RESULTADOS MUY ESPECTACULARES.

BRUCK (4) REPORTÓ EN UNA SERIE DE 5,019 RINOPLASTÍAS PERSONALES, - QUE EN LOS PACIENTES VIEJOS SE INTENSIFICAN LOS EFECTOS ADVERSOS O LOS CAMBIOS DRÁSTICOS EN SU APARIENCIA. LA IDEA ES QUE EL GRADO DE CAMBIO ANATÓMICO TOLERABLE POR UNA PERSONA ADULTA ES INVERSAMENTE PROPORCIONAL EN RELACIÓN CON LA EDAD; ESTE AUTOR ADVIERTE QUE LOS PACIENTES DE "EDAD AVANZADA", "GRAN INTELIGENCIA" O "ESTATUS SOCIAL ALTO" NO ACEPTAN CAMBIOS DRÁSTICOS EN SU APARIENCIA. ESTABLECIÓ COMO LÍMITE ABSOLUTO LA EDAD DE 35 AÑOS, PARA EL CAMBIO. LAS RINOPLASTÍAS QUE PRODUCEN EN LOS ADULTOS VIEJOS UNA APARIENCIA TOTALMENTE "DIFERENTE", NO SON BIEN TOLERADAS POR ELLOS, SON ACONSEJABLES LOS "CAMBIOS MÍNIMOS".

EL DEFECTO MINIMO

HAY (21) UN PSQUIATRA INGLÉS, HA HECHO INTERESANTES OBSERVACIONES

EN EL DESARROLLO DEL PENSAMIENTO PSIQUIÁTRICO EN LA CIRUGÍA ESTÉTICA. NOTÓ EN LAS EVALUACIONES PSIQUIÁTRICAS PREOPERATORIAS QUE EXISTÍAN 2 TIPOS DE PACIENTES: 1) AQUÉLLOS CON "DEFECTOS MÍNIMOS", Y 2) AQUÉLLOS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS OBVIOS Y SEVEROS. EN SU ESTUDIO DE 45 - PACIENTES POSTOPERADOS ENCONTRÓ UNA RELACIÓN SIGNIFICATIVA ENTRE EL GRADO DE DEFORMIDAD NASAL Y EL DESARROLLO DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS - POSTOPERATORIOS.

BARSKY (2) PUBLICÓ EN 1944 UNA CLASIFICACIÓN DE PACIENTES ESTÉTICOS DENTRO DE 2 GRUPOS: 1) LOS NEUROTICOS DE BASE; EN LOS QUE LA CIRUGÍA NO ES EFECTIVA PORQUE ENCUENTRAN SIEMPRE OTROS SÍNTOMAS POR LOS QUE CANALIZAN SU NEUROSIS. 2) LOS NEUROTICOS TRANSITORIOS; SU ANSIEDAD Y - MALESTAR PSÍQUICO ESTÁN LIMITADOS A LA DEFORMIDAD; NO TIENEN UNA PERSONALIDAD NEURÓTICA.

HA SIDO ACEPTADO GRADUALMENTE QUE LOS PACIENTES CON DEFORMIDADES MÍNIMAS PERTENECEN EN GENERAL AL GRUPO DE LOS NEURÓTICOS DE BASE. AUTORES INGLESES SE HAN INTERESADO POR EL DEFECTO MÍNIMO PARA INVESTIGAR EL DIAGNÓSTICO CON REFERENCIA A LA DISMORFOFOBIA, COMO UN SÍNTOMA DE INICIO DE PSICOSIS.

LA HIPÓTESIS DE BARSKY ES QUE LOS PACIENTES CON DEFECTOS MÍNIMOS TIENEN MAYORES RIESGOS DE COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS POSTOPERATORIAS; EN CONTRA DE ESTA HIPÓTESIS, LOS ESTUDIOS REALIZADOS POR HAY Y HEATER (21) EN 17 PACIENTES DE RINOPLASTÍA, Y POR KLABUNDE Y FALCES (30) EN - 300 PACIENTES DE RINOPLASTÍA, MOSTRARON QUE LA SEVERIDAD DE UN DEFECTO

NO INFLUYE DIRECTAMENTE EN EL RESULTADO SUBJETIVO DE UNA OPERACIÓN ESTÉTICA.

POSTOPERATORIO Y SUS COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

EN LOS ESTUDIOS DE REICH (43), 31.6% DE 599 PACIENTES QUE SOLICITARON PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS Y PLÁSTICOS, PRESENTARON TRASTORNOS POSTOPERATORIOS PRINCIPALMENTE ESTADOS TRANSITORIOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

GOIN Y COLS. (15) ENCONTRARON QUE 30% DE 50 PACIENTES FEMENINAS SOMETIDAS A OPERACIONES ESTÉTICAS PRESENTARON ESTADOS DEPRESIVOS CON UNA DURACIÓN DE 2 A 3 SEMANAS.

THOMSON Y COLS. (52) REPORTARON DE 10 A 55% DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS ESTÉTICAS SIENDO LAS MÁS FRECUENTES, REACCIONES TRANSITORIAS DE ANSIEDAD O DE DEPRESIÓN.

LAS REACCIONES PSICÓTICAS O COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS A LARGO PLAZO, PARECEN SER EXTREMADAMENTE RARAS.

MATERIAL Y METODOS

JUSTIFICACION

POR LA ACTUAL GRAN DEMANDA DE LOS DERECHOHABIENTES A LAS INSTITUCIONES, QUE SIN MOTIVOS ESPECÍFICOS Y SIN INDICACIÓN QUIRÚRGICA POR -- TRASTORNOS FUNCIONALES ACUDEN PARA SER OPERADOS DE UNA RINOPLASTÍA SIN EXISTIR UNA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PARA DETECTAR PROBLEMAS EMOCIONALES NI PROGRAMAS PSICOTERAPÉUTICOS PARA ESTE TIPO DE PACIENTES.

OBJETIVOS

- CONFORMAR UN PERFIL DE LA PERSONALIDAD DEL DERECHOHABIENTE SOMETIDO A RINOPLASTÍA.
- CONOCER LAS MOTIVACIONES QUE INDUCEN A SOLICITAR UNA RINOPLASTÍA.
- CONOCER ASPECTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA RINOPLASTÍA.
- CONOCER LA FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE IDENTIDAD CORPORAL Y SEXUAL EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A RINOPLASTÍAS.
- DETECTAR TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD EN PACIENTES SOMETIDOS A RINOPLASTÍAS.
- DESARROLLAR UN SISTEMA DE EVALUACIÓN Y UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA DE CORTA DURACIÓN EN LOS PACIENTES, EN LAS FASES PRE Y POSTOPERATORIAS DE LA RINOPLASTÍA.

DISEÑO DEL ESTUDIO

EL TIPO DE INVESTIGACIÓN REALIZADA, CUYAS CARACTERÍSTICAS SON: OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVA Y PROSPECTIVA.

POBLACION DE ESTUDIO

LOS 30 SUJETOS QUE CONFORMARON EL GRUPO DE ESTUDIO SON DERECHOHABIENTES DEL I.S.S.S.T.E., QUIENES ACUDIERON A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE", SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA; SIENDO REFERIDOS AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA PARA SU EVALUACIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSION: EDADES DE 15 - 50 AÑOS; AMBOS SEXOS; ALFABETAS; DERECHOHABIENTES DEL I.S.S.S.T.E.; SIN ALTERACIONES DEL ESTADO DE CONCIENCIA; NO TENGAN INDICACIÓN QUIRÚRGICA POR TRASTORNO FUNCIONAL PARA LA RINOPLASTÍA Y SEA LA PRIMERA INTERVENCIÓN PARA SER OPERADO DE RINOPLASTÍA. CRITERIOS DE EXCLUSION: ALTERACIÓN EN EL ESTADO DE CONCIENCIA Y NEGATIVA DEL PACIENTE A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO. CRITERIOS DE ELIMINACION: PACIENTES QUE ABANDONEN EL ESTUDIO SIN NOTIFICAR CAUSAS O NEGATIVA PARA CONTINUAR EN EL MISMO.

INSTRUMENTOS DE CAPTACION

SE UTILIZARON VARIOS INSTRUMENTOS PARA EL ESTUDIO; PARA CONOCER EL

PERFIL DE LA PERSONALIDAD, SE APLICÓ EL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA (MMPI); ENCUESTA DE AUTOAPLICACIÓN, QUE CONSISTE EN UN FOLLETO CONTENIENDO 566 PREGUNTAS Y 1 HOJA DE RESPUESTAS, CON 2 POSIBILIDADES PARA CADA PREGUNTA: (C) CIERTO O (F) FALSO. EL MMPI SE CALIFICA A TRAVÉS DE UNA SERIE DE PLANTILLAS Y UNA HOJA DE RESPUESTAS, DIFERENTES PARA HOMBRE Y PARA MUJER, DONDE SE VAN A CAPTAR LOS VALORES ENCONTRADOS PARA LAS DIFERENTES ESCALAS, Y DE ACUERDO A ESOS VALORES SE GRAFICARÁ Y NOS DARÁ EL PERFIL DE PERSONALIDAD DEL SUJETO ESTUDIADO.

LAS ESCALAS SON 14 EN SU TOTALIDAD: 1 DE PREGUNTAS SIN RESPUESTA, 3 DE VALIDEZ Y 10 ESCALAS CLÍNICAS. LAS ESCALAS DE VALIDEZ SON LA L, F Y K, QUE NOS DARÁN UNA GRÁFICA QUE ORIENTARÁ A LA INTERPRETACIÓN DE LA PRUEBA, CONSIDERANDO LAS CARACTERÍSTICAS DEL SUJETO AL MOMENTO DE CONTESTAR EL CUESTIONARIO. LAS ESCALAS CLÍNICAS SON: H_i (1) HIPOCONDRIASIS Y -NEURASTENIA; D (2) DEPRESIÓN; H_s (3) HISTERIA; D_p (4) DESVIACIÓN PSICÓTICA; M_f (5) INTERESES MASCULINO-FEMENINO; PA (6) PARANOIA; Pt (7) PSICASTENIA U OBSESIÓN-COMPULSIÓN; Es (8) ESQUIZOFRENIA; MA (9) MANÍA Y Si (0) SOCIALIZACIÓN. EL MMPI ES UN INSTRUMENTO AMPLIAMENTE VALIDADO EN LA POBLACIÓN MEXICANA. (42).

UNA DE LAS PRUEBAS PROYECTIVAS MÁS RECIENTES, PERO QUE MÁS SE UTILIZAN PARA ANALIZAR LA PERSONALIDAD, ES LA PRUEBA DE DIBUJAR UNA PERSONA O PRUEBA DE MACHOVER. ESTE EXÁMEN SE BASA EN LA SUPOSICIÓN DE QUE EL CUERPO O LA PROPIA FIGURA, POR SU RELACIÓN ÍNTIMA CON EL INDIVIDUO, SIRVE COMO VEHÍCULO NATURAL PARA EXPRESAR SUS NECESIDADES, INTERESES Y CONFLICTOS, CUANDO LOS PROYECTA AL DIBUJAR UNA "PERSONA". AL APLICAR LA PRUEBA SE LE PIDE AL PACIENTE SIMPLEMENTE QUE "DIBUJE UNA PERSONA";

POSTERIORMENTE SE LE SOLICITA REALICE UNA HISTORIA ACERCA DEL MISMO DIBUJO PARA OBTENER ASOCIACIONES DE ÉL; ASÍ SE CONOCE EL CONCEPTO QUE EL PACIENTE TIENE DE LA IMAGEN CORPORAL Y EL SIGNIFICADO PECULIAR QUE LE ADJUDICA. ESTA PROYECCIÓN DEL YO, QUE NECESARIAMENTE SURGE DE LA EXPERIENCIA PERSONAL, SE MANIFIESTA EN LA ATENCIÓN Y EN EL ÉNFASIS SOBRE DE TERMINADAS PARTES DEL CUERPO, O EN LA DIFICULTAD PARA MANEJAR DICHAS PARTES EN EL DIBUJO.

PARA INVESTIGAR TRASTORNOS AFECTIVOS, ADEMÁS DEL MMPI, UTILIZAMOS LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG (56); LA CUAL CONSISTE EN 20 PREGUNTAS, ES DE AUTOAPLICACIÓN, DÁNDOSE 4 POSIBLES RESPUESTAS PARA QUE CADA SUJETO CALIFIQUE EL SÍNTOMA DE ACUERDO A SU VIVENCIA EN ESE MOMENTO. COMPRENDE 3 APARTADOS, SÍNTOMAS RELACIONADOS CON MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS, SOMÁTICAS O FISIOLÓGICAS Y DEPRESIVAS, INCLUYENDO IDEACIÓN SUICIDA. CADA RESPUESTA TIENE UN VALOR COMPRENDIDO ENTRE 1 Y 4; LA SUMA TOTAL O PUNTUAJE BRUTO SE CONVIERTE ENTONCES EN UN ÍNDICE BASADO EN 100, LA ESCALA ESTÁ PLANEADA DE TAL MANERA QUE UN ÍNDICE BAJO SEÑALA Poca o NINGUNA DEPRESIÓN Y UN ÍNDICE ALTO SEÑALA UNA DEPRESIÓN DE SIGNIFICACIÓN CLÍNICA.

PARA EVALUAR LOS SENTIMIENTOS DE UNA PERSONA HACIA SU CUERPO, TANTO SATISFACTORIOS COMO INSATISFACTORIOS, SE UTILIZÓ LA PRUEBA DE BIENESTAR PERSONAL: BODY-CATHEXIS SCALE, QUE CONSISTE EN 46 APARTADOS RELACIONADOS A VARIAS PARTES O PROCESOS DEL CUERPO; ES DE AUTOAPLICACIÓN Y SE DAN 5 POSIBLES RESPUESTAS; POR MEDIO DE ESTA EVALUACIÓN SE OBTIENE LO MÁS ACEPTADO Y LO MÁS RECHAZADO DE CADA INDIVIDUO. TIENE UNA VALIDEZ

POR MEDIO DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR, SE OBTUVIERON LOS DATOS ACERCA DE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS DE CADA PACIENTE, LAS MOTIVACIONES, EXPECTATIVAS DE CAMBIOS, RIESGOS DE LA OPERACIÓN, Y UNA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL ESTADO MENTAL EN EL PERÍODO PREOPERATORIO.

PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS

DESPUÉS DE DETECTAR A LAS PERSONAS QUE HAN ACUDIDO A LA CLÍNICA DE ESTÉTICA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y HAN SOLICITADO UNA RINOPLASTIA CON FINES ESTÉTICOS POR PRIMERA VEZ, NOS DIRIGIMOS A ELLOS Y LES EXPLICAMOS LA FINALIDAD DEL ESTUDIO, LOGRANDO UNA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y COOPERADORA EN 30 PERSONAS. ESTAS EVALUACIONES SE HICIERON EN EL AULA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA. LOS 30 PARTICIPANTES DEL GRUPO FUERON CAPTADOS EN DIFERENTES TIEMPOS (EL ESTUDIO SE EFECTUÓ EN UN LAPSO DE 6 MESES: MARZO - OCTUBRE, 1987). LA PRIMERA EVALUACIÓN PREOPERATORIA FUE ENTRE UNOS 3-15 DÍAS APROXIMADAMENTE ANTES DE SU OPERACIÓN, SE REALIZARON TODAS LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS Y LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA, CON UNA DURACIÓN DE 4 HORAS APROXIMADAMENTE; EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN FUE 3 MESES DESPUÉS DE LA FECHA DE HABER SIDO INTERVENIDOS, DONDE ÚNICAMENTE SE REALIZARON LA PRUEBA DE ZUNG, DE MACHOVER Y BODY CATHEXIS SCALE, CON UNA DURACIÓN DE 20 MINUTOS APROXIMADAMENTE.

VARIABLES ESTUDIADAS

A) VARIABLES DEMOGRAFICAS :

- 1) EDAD
- 2) SEXO
- 3) ESTADO CIVIL
- 4) ESCOLARIDAD
- 5) OCUPACIÓN
- 6) RELIGIÓN
- 7) LUGAR DE NACIMIENTO

B) VARIABLES ESPECIFICAS : M M P I

- 1) PERFIL DE PERSONALIDAD CALIFICADO POR EL MÉTODO DE HATHAWAY.

C) VARIABLES ESPECIFICAS : ZUNG

- 1) DEPRESIÓN
- 2) IDEACIÓN SUICIDA
- 3) ANSIEDAD

D) VARIABLES ESPECIFICAS : BODY-CATHEXIS SCALE

- 1) FUERTES SENTIMIENTOS NEGATIVOS
- 2) FUERTES SENTIMIENTOS POSITIVOS

E) VARIABLES ESPECIFICAS : ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

(VER CUESTIONARIO)

R E S U L T A D O S

DE UN TOTAL DE 102 PERSONAS QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA SOLICITANDO UNA RINOPLASTÍA, FUERON:

PRIMERA OCASIÓN:	42
SEGUNDA OCASIÓN:	41
TERCERA OCASIÓN:	12
CUARTA OCASIÓN:	5
QUINTA OCASIÓN:	2
TOTAL:	<u>102</u>

DE LOS DE PRIMERA OCASIÓN 32 FUERON CON FINES ESTÉTICOS Y 10 POR MEJORAR DEFORMIDAD NASAL SECUNDARIA A TRAUMATISMO. DEL GRUPO DE 32 DE PRIMERA VEZ CON FINES ESTÉTICOS, 2 DE ELLOS NO REALIZARON LAS ENTREVISTAS SIN JUSTIFICAR RAZONES; INTEGRÁNDOSE UN GRUPO DE 30 PACIENTES PARA EL ESTUDIO.

A) VARIABLES DEMOGRAFICAS

	SEXO	E D A D* (RANGO/PROM.)	RELACION	ESTADO CIVIL			
				CASADO	SOLTERO	SEPAR.	VIDOS.
MASC.	8(27%)	16-35/20.7	M/F 0.36:1	1(3%)	7(24%)	0	0
FEM.	22(73%)	16-41/25.2	F/M 2.75:1	5(17%)	15(50%)	1(3%)	1(3%)

* EL PROMEDIO DE EDAD GENERAL PARA LOS 30 PACIENTES FUE DE 25.2 AÑOS.

ESCOLARIDAD Y OCUPACION: DE LA MUESTRA DE 30 PERSONAS, SE ENCONTRARON LOS SIGUIENTES GRADOS DE ESCOLARIDAD, TIPOS DE OCUPACIÓN Y TIEMPO EN EL MISMO:

- 1) LIC. EN BIOLOGÍA / CATEDRÁTICO EN LA UNAM; 4 AÑOS.
- 2) LIC. EN PSICOLOGÍA / PSICÓLOGA CENTRO PSICOPEDAGÓGICO S.S.; 2 AÑOS.
- 3) LIC. EN DERECHO / LICENCIADO S.H.C.P.; 8 AÑOS.
- 4) CARRERA COMERCIAL/ SECRETARIA S.A.R.H.; 3 AÑOS.
- 5) 4TO. LIC. EN DERECHO / SECRETARIA S.A.R.H.; 2 AÑOS.
- 6) 1ERO. PREPARATORIA / ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
- 7) 2DO. SECUNDARIA / ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
- 8) 3ERO. PREPARATORIA / ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
- 9) 1ERO. PREPARATORIA / ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
- 10) 1ERO. PREPARATORIA/ ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
- 11) 2DO. COMERCIO / ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
- 12) MÉDICO INTERNO PREGRADO / ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
- 13) 2DO. PREPARATORIA / ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
- 14) 3ERO. PREPARATORIA / ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
- 15) 1ERO. FILOSOFÍA Y LETRAS / ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
- 16) NORMAL BÁSICA / ASISTENTE EDUCATIVO S.E.P.; 2 AÑOS.
- 17) NORMAL BÁSICA / PROFESORA PRIMARIA S.E.P. ; 4 AÑOS.
- 18) 2DO. PREPARATORIA / ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
- 19) 4TO. LIC. EN CONTABILIDAD / SUPERVISOR PERSONAL D.I.D.F.; 3 AÑOS.
- 20) COMERCIO COMPLETO / HOGAR; DERECHOHABIENTE POR SU ESPOSO.
- 21) 2DO. LIC. EN ADMÓN. / ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
- 22) LIC. EN DERECHO / LICENCIADO S.P.P.; 4 AÑOS.

- 23) RELACIONES PÚBLICAS / EMPLEADA MOSTRADOR; 3 AÑOS.
 24) 3ERO. PREPARATORIA / ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
 25) 3ERO. SECUNDARIA / ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
 26) MÉDICO INTERNO PREGRADO / MÉDICO I.S.S.S.T.E.; 1 AÑO.
 27) 4TO. MEDICINA / ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
 28) 3ERO. PREPARATORIA / ESTUDIANTE; DERECHOHABIENTE POR SU PADRE.
 29) 3ERO. PREPARATORIA / ANALISTA S.P.P.; 3 AÑOS. (*)
 30) 3ERO. SECUNDARIA / HOGAR; DERECHOHABIENTE POR SU ESPOSO. (*)

(*) MÁXIMO GRADO DE ESCOLARIDAD.

GRADO ESCOLAR	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
UNIVERSITARIOS			
LICENCIATURA COMPLETA	2 (7%)	4 (13%)	6 (20%)
LICENCIATURA NO CONCLUIDA	1 (3%)	6 (20%)	7 (23%)
COMERCIO	0	3 (10%)	3 (10%)
PREPARATORIA	3 (10%)	7 (23%)	10 (33%)
SECUNDARIA	2 (7%)	2 (7%)	4 (14%)
TOTAL:	8 (27%)	22 (73%)	30 (100%)

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
TRABAJO PERCEPCION FIJA	4 (13%)	10 (33%)	14 (46%)
ESTUDIANTE	4 (14%)	10 (33%)	14 (47%)
LABORES HOGAR	0	2 (7%)	2 (7%)
TOTAL:	8 (27%)	22 (73%)	30 (100%)

RELIGION: DE LA MUESTRA DE 30 PERSONAS ESTUDIADAS, LAS 30 (100%) MANIFESTARON SER CATÓLICOS.

LUGAR DE NACIMIENTO: DE LA MUESTRA DE 30 PERSONAS ESTUDIADAS, 25 (84%) SON DEL DISTRITO FEDERAL, Y 5 (16%) DE PROVINCIA; DE ESTAS ÚLTIMAS TODAS DEL SEXO FEMENINO, 2 RADICAN EN EL DISTRITO FEDERAL, 1 EN ARRIAGA, CHIAPAS; 1 EN CÓRDOBA, VERACRUZ Y 1 EN CUERNAVACA, MORELOS.

B) VARIABLES ESPECIFICAS: M M P I

PERFILES OBTENIDOS / RASGOS PREDOMINANTES

- 1) 5 9 8 ' 3 1 0 2 4 7 _ ' 6 (40)*6: 8: 8 / INTERESES MASCULINO, FEMENINO.
- 2) ' 5 _ 0 3 4 6 8 ' 7 1 2 9 (32)*7: 9: 12/ INTERESES MASCULINO, FEMENINO.
- 3) ' 9 6 _ 3 4 1 5 0 7 8 2 " (41)*4: 6: 13/ MANÍA PSICASTENIA.
- 4) ' 6 9 5 4 2 3 8 7 1 _ 0 ' (30)*5: 12: 7/ PARANOIA.
- 5) 5 8 ' 0 2 9 7 _ 1 6 2 3 " (26)*4: 13: 6/ INTERESES MASCULINO, FEMENINO.
- 6) ' 5 4 3 8 6 _ ' 9 7 1 0 2 (30)*7: 1: 20/ INTERESES MASCULINO, FEMENINO.
- 7) ' 9 4 3 6 8 _ 2 5 1 7 0 " (38)*2: 9: 14/ MANÍA PSICASTENIA.
- 8) 2 5 8 ' 7 1 3 4 9 0 _ 6 ' (31)*5: 9: 15/ DEPRESIÓN.
- 9) ' 9 2 5 1 4 3 _ 0 8 6 7 ' (33)*9: 1: 18/ MANÍA PSICASTENIA.
- 10) 5 ' 9 3 4 0 1 8 2 _ 6 7 ' (27)*4: 5: 15/ INTERESES MASCULINO, FEMENINO.

- 11) ' 2 1 7 6 8 0 3 4 5 _ 9 ' (33)°3: 2: 18/ DEPRESIÓN.
- 12) 5 ' 4 2 1 3 0 7 8 _ 6 ' 9 (73)°6: 4: 18/ INTERESES MASCULINO, FEMENINO.
- 13) ' 6 2 3 5 _ 7 ' ' ' 1 4 8 0 9 (34)°5: 2: 17/ PARANOIA.
- 14) 8 ' 2 0 3 7 1 5 4 _ 9 6 ' (32)°8: 6: 19/ ESQUIZOFRENIA.
- 15) 1 5 3 " 8 0 2 4 7 _ ' 6 9 (22)°5: 7: 18/ HIPOCONDRIASIS.
- 16) 9 " 8 ' 5 4 6 3 _ 2 " 0 7 (30)°3: 6: 14/ MANÍA PSICASTENIA. (*)
- 17) 1 2 3 4 ' ' ' 7 8 0 9 6 5 _ ' (35)°8: 8: 15/ HIPOCONDRIASIS (*)
- 18) 9 6 9 " 2 1 7 ' 5 0 3 4 _ ' (7)° 2: 15: 17/ ESQUIZOFRENIA (*)
- 19) 2 " 9 8 7 1 6 _ 5 ' 4 3 0 (27)°1: 3: 7/ DEPRESIÓN. (*)
- 20) 8 6 ' ' ' 9 ' ' ' 2 " 0 1 7 5 ' 3 _ ' (32)°6: 23: 7/ ESQUIZOFRENIA (*)
- 21) 6 8 9 ' ' ' 5 1 2 3 0 _ 4 7 ' (23)°6: 5: 14/ PARANOIA (*)
- 22) 8 5 ' ' ' 4 7 ' ' ' 2 6 9 " 3 1 0 ' (70)⁶ 1: 15: 17/ ESQUIZOFRENIA.
- 23) 5 8 9 " 3 6 _ 2 ' 1 4 0 7 (26)° 2: 6: 8/ INTERESES MASCULINO, FEMENINO. (*)
- 24) 5 1 2 ' 3 8 6 7 0 9 _ 4 ' (18)° 7: 2: 18/ INTERESES MASCULINO, FEMENINO.
- 25) 8 ' ' ' 6 9 ' ' ' 2 7 4 ' 5 2 3 0 _ ' (28)°4: 25: 8/ ESQUIZOFRENIA (*)
- 26) 5 7 4 9 ' 8 2 3 0 4 _ 6 ' (46)°2: 9: 10/ INTERESES MASCULINO, FEMENINO.
- 27) 5 8 9 ' ' ' 4 6 0 2 7 3 _ 1 ' (70)° 6: 8: 8/ INTERESES MASCULINO, FEMENINO. (*)
- 28) 5 8 ' ' ' 4 1 7 ' ' ' 3 9 6 0 2 (25)' 3:18:5/ INTERESES MASCULINO, FEMENINO.
- 29) 5 4 " 9 3 ' 8 0 2 _ ' 1 7 6 (56)° 8:14:9/ INTERESES MASCULINO, FEMENINO.
- 30) 2 8 ' ' ' 5 9 3 ' 1 0 7 4 _ ' 6 (33)° 5:15:4/ DEPRESIÓN. (*)

(*) PATOLOGICOS.

AQUÍ MISMO SE INTEGRAN LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LA PRUEBA DE MA-
CHOVER, EN LAS DOS EVALUACIONES.

PERFIL GLOBAL DE PACIENTES MASCULINOS:

SON PERSONAS QUE SE MANIFIESTAN CON PASIVIDAD Y DEPENDENCIA EMOCIO-
NAL, TRATAN DE DAR LA IMPRESIÓN DE SER HOMBRES FUERTES Y ATLÉTICOS, CA-
RECEN DE ORIGINALIDAD Y TIENEN MUY POCOS INTERESES EN LA VIDA, SON RE-
BELDES, NO HACEN CASO DE REGLAS ESTABLECIDAS; EN SU GRUPO SOCIAL SON -
FRANCOS INDIVIDUALISTAS, PREOCUPADOS POR LA APARIENCIA FÍSICA, TIENEN -
TENDENCIAS NARCISISTAS CON UNA TENSIÓN INTERNA AL CONTROLAR SUS IMPUL-
SOS VITALES, CIERTAS CARACTERÍSTICAS MANIACO DEPRESIVAS, EN SUS RELACIO-
NES INTERPERSONALES SON SUPERFICIALES Y HOSTILES, PRESENTAN CONFLICTOS
EN EL ÁREA SEXUAL.

PERFIL GLOBAL DE PACIENTES FEMENINOS:

SON PERSONAS CON CARACTERÍSTICAS DOMINANTES, CON UNA MARCADA AFI-
NIDAD MASCULINA, PREOCUPACIONES SEXUALES, PUNTUACIONES ELEVADAS EN LAS
ESCALAS DE LAS TRIADAS NEURÓTICAS, SUS RELACIONES INTERPERSONALES SON
INSATISFACTORIAS Y HOSTILES; SE ENOJAN CON FACILIDAD, CON FRECUENCIA
REACCIONAN IMPULSIVAMENTE, SE OBSERVAN TENDENCIAS MANIACAS Y NARCISIS-
TAS, UTILIZAN UN LENGUAJE RÁPIDO COMO DEFENSA PARA CONTROLAR LA TEN-
SIÓN INTERNA Y DEPRESIÓN, NO SE ENCUENTRAN ATADAS A LAS COSTUMBRES SO-
CIALES QUE LES RODEAN.

C) VARIABLES ESPECIFICAS: ZUNG

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
DEPRESION	1 (3%)	0	1 (3%)
REACCIONES DE ANSIEDAD	3 (10%)	3 (10%)	6 (20%)
DESORDENES DE LA PERSONALIDAD	2 (7%)	8 (27%)	10 (34%)
CONTROLES NORMALES	2 (7%)	10 (33%)	12 (40%)
IDEACION SUICIDA	0	1 (3%)	1 (3%)
TOTAL:	8 (27%)	22 (73%)	30 (100%)

D) VARIABLES ESPECIFICAS: BODY-CATHEXIS SCALE

	HOMBRES	MUJERES
LO MAS SATISFACTORIO:	SALUD COMPLEXION FACIAL EDAD	SEXO CABELLO CINTURA
LO MENOS SATISFACTORIO:	NARIZ ALTURA FORMA DE SU CUERPO	NARIZ PERFIL FORMA DE SU CUERPO

EN RELACIÓN AL TIEMPO EN QUE LOS 30 PACIENTES ESTUDIADOS PENSARON EN INTERVENIRSE LA NARIZ, FUE EL 15% DESDE SU ADOLESCENCIA, 80% EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS Y UN 5% EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.

EL 95% TUVIERON UNA MOTIVACIÓN EXTERNA EN SU DECISIÓN A INTERVENIRSE LA NARIZ Y EL 100% ESPERABA MEJORAR SU APARIENCIA FÍSICA. EL 90% TUVIERON UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PREVIA A LA RINOPLASTÍA Y EL 10% RESTANTE NINGUNA.

EL 60% MANIFESTÓ QUE VOLVERÍA A OPERARSE ANTE UN RESULTADO NO SATISFACTORIO Y EL 40% NO DESEARÍA INTENTARLO NUEVAMENTE.

EL 100% IMAGINÓ Y DESCRIBIÓ FRENTE A UN ESPEJO UN RECHAZO IMPORTANTE AL TAMAÑO O FORMA DE SU NARIZ.

NO SE DETECTÓ CLÍNICAMENTE ALTERACIONES SENSOPERCEPTUALES EN LOS 30 PACIENTES ESTUDIADOS.

RESULTADOS DESFAVORABLES

DE LOS 30 PACIENTES OPERADOS, 4 DE ELLOS QUEDARON MAL SIN DISCUSIÓN ALGUNA, POR ERRORES TÉCNICOS DEL CIRUJANO, MISMO QUE FUERON REPROGRAMADOS PARA UNA REINTERVENCIÓN POSTERIORMENTE, SIENDO TODAS MUJERES Y NO ACUDIERON PARA UN MANEJO PSIQUIATRICO SIN JUSTIFICAR RAZÓN.

D I S C U S I O N

EL PRESENTE ESTUDIO TUVO COMO FINALIDAD EL TRATAR DE CONFORMAR UN PATRÓN DE PERSONALIDAD EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA PARA REALIZARSE UNA RINOPLASTÍA. DE LOS 102 PACIENTES - QUE INICIALMENTE SE EVALUARON, SE DECIDIÓ HACER EL ESTUDIO SOLAMENTE - EN LOS 30 CASOS QUE ACUDÍAN POR PRIMERA VEZ AL SERVICIO, CON EL OBJETIVO DE : 1) TENER UNA MUESTRA MÁS HOMOGÉNEA QUE PERMITIERA HACER UN ESTUDIO MÁS PROFUNDO Y OBJETIVO, DEBIDO A LAS LIMITACIONES EN TIEMPO; Y 2) DISMINUIR LAS POSIBILIDADES DE SESGOS EN LAS RESPUESTAS DE LOS PACIENTES QUE YA HABÍAN ACUDIDO MÁS DE UNA VEZ AL SERVICIO, Y POR LO TANTO ESTABAN MÁS ANGSTIADOS.

LOS RESULTADOS MÁS SOBRESALIENTES DEL ESTUDIO EN LAS DOS EVALUACIONES, PODRÍAN REDUCIRSE A LO SIGUIENTE : LOS PACIENTES MOSTRARON TENER UNA ACTITUD NEGATIVA HACIA SU APARIENCIA FÍSICA, PREDOMINANDO EN - AMBOS SEXOS LA INSATISFACCIÓN A SU NARIZ Y A LA FORMA DE SU CUERPO; ESTA OBSERVACIÓN ES IMPORTANTE YA QUE EN LA LITERATURA NO HAY DESCRIPCIONES DE INSATISFACCIÓN A LA FORMA DEL CUERPO; CON RESPECTO A LA NARIZ, EDGERTON Y KNORR (10) REPORTAN RESULTADOS SIMILARES AL OBTENIDO EN ESTE ESTUDIO. CABE HACER MENCIÓN QUE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA - PRUEBA DE BODY-CATHEXIS SCALE CON RESPECTO A LO MÁS SATISFACTORIO, FUERON TOTALMENTE SIMILARES A LOS REPORTADOS POR SECORD Y JOURARD (49).

LOS ASPECTOS SOCIALES E INTERPERSONALES DEL GRUPO DE PACIENTES A-

NALIZADOS, ESTABAN MÁS LIMITADOS TRADUCIÉNDOSE ESTO EN UNA AUTODEVALUACIÓN; LINN Y GOLDMAN (33) HAN DESCRITO OBSERVACIONES SIMILARES A LAS ENCONTRADAS EN ESTE ESTUDIO. ES INTERESANTE HACER NOTAR QUE DE LOS 30 PACIENTES, 26 OBTUVIERON RESULTADOS POSTOPERATORIOS SATISFACTORIOS PARA ELLOS, QUE SE TRADUJERON EN UNA NOTABLE MEJORÍA EN SUS RELACIONES INTERPERSONALES ADEMÁS DE MOSTRAR UNA MAYOR SEGURIDAD PERSONAL Y UN ESTADO ANÍMICO MÁS SATISFACTORIO. ESTA OBSERVACIÓN HA SIDO YA CORROBORADA POR REICH (43). EN LOS 4 PACIENTES QUE NO QUEDARON SATISFECHOS FUE DIFÍCIL VALORAR LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD QUE SE SUSCITARON YA QUE LOS 4 PACIENTES QUEDARON MAL POR ERRORES TÉCNICOS QUE AMERITABAN SIN DISCUSIÓN ALGUNA, UNA SEGUNDA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, SIENDO REPROGRAMADOS POR CIRUGÍA PLÁSTICA.

EL ANÁLISIS CON LA PRUEBA DE ZUNG, MOSTRÓ QUE DE LAS 22 PACIENTES FEMENINAS 10 FUERON NORMALES CONTRA SOLAMENTE 2 MASCULINOS DE UN TOTAL DE 8. EL ESTUDIO DE JACOBSON Y COLS. (27) DA COMO EXPLICACIÓN A ESTA OBSERVACIÓN UNA MAYOR CANTIDAD DE TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS Y AFECTIVOS, LOS CUALES SE PUDO CORROBORAR EN ESTE ESTUDIO, ENCONTRÁNDOSE DEPRESIÓN, REACCIONES DE ANSIEDAD, DESÓRDENES DE LA PERSONALIDAD E IDEACIÓN SUICIDA EN LOS RESTANTE 18 CASOS.

EN LA PRUEBA DEL MMPI, FUERON ENCONTRADOS 10 PACIENTES CON RASGOS PATOLÓGICOS MUY MARCADOS, QUE INCLUÍAN COMO SE OBSERVA EN LA SECCIÓN DE RESULTADOS, A 3 PACIENTES CON LA ESCALA DE ESQUIZOFRENIA; EN ESTOS 3 PACIENTES LA CIRUGÍA ADEMÁS DE HABER TENIDO UN BUEN RESULTADO, SE PODRÍA CONSIDERAR COMO DE AYUDA PARA EVITAR UNA DESORGANIZACIÓN EMOCIONAL.

HAY (19, 20) HA MENCIONADO BENEFICIOS EN TÉRMINOS DE DISMINUCIÓN DE RIESGO DE UN CUADRO PSICÓTICO EN ESTAS PERSONAS.

EL ANÁLISIS EXTENSO DE LOS CASOS QUE FUERON ESTUDIADOS, MOSTRÓ QUE NO HAY RELACIÓN ENTRE LA DEFORMIDAD NASAL, LA MOTIVACIÓN PARA OPERARSE Y EL TIPO DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD. ESTA AUSENCIA DE RELACIÓN ES UN TEMA QUE AÚN SE DISCUTE EN LA LITERATURA MUNDIAL. GOIN Y COLS. (17) MENCIONA QUE EXISTE TAL RELACIÓN, MIENTRAS QUE EDGERTON Y KNORR (10) LA SIGUEN PONIENDO EN DUDA. EN LA OPINIÓN PERSONAL DEL AUTOR DE ESTE TRABAJO, ES QUE NO HAY RELACIÓN, YA QUE MUCHOS DE LOS PACIENTES A PESAR DE TENER UNA NARIZ NO DEFECTUOSA SE OPERABAN ESENCIALMENTE POR UNA PRESIÓN SOCIAL; QUEDA AQUÍ LA DUDA, QUÉ TANTO PUDO HABER INFLUIDO LA PRESENCIA DE TRASTORNOS SUBYACENTES INCONSCIENTES EN LA TOMA DE DECISIÓN DE HACERSE CIRUGÍA YA QUE ESTA POSIBILIDAD HA SIDO CONTEMPLADA POR GIFFORD (12).

UNA CONCLUSIÓN ES QUE NO SE PUEDEN DETERMINAR GRUPOS BIEN DEFINIDOS YA QUE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD Y LA SITUACIÓN SOCIAL DE CADA PACIENTE SON DIFERENTES.

SE CONFIRMÓ UNA VEZ MÁS QUE LA MOTIVACIÓN EXTERNA ES EL PRINCIPAL FACTOR QUE LLEVA A LOS PACIENTES A OPERARSE, ASÍMISMO SE VOLVIÓ A OBSERVAR QUE EL RIESGO DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS ES MAYOR EN LAS PERSONAS QUE SE OPERAN POR PRESIÓN SOCIAL (10); ESTO ÚLTIMO SE TRADUCE EN LOS 4 PACIENTES QUE QUEDARON MAL POR FALLAS TÉCNICAS.

EN CONCLUSIÓN, EL PRESENTE ESTUDIO CONFIRMA QUE LA CIRUGÍA ESTÉTICA MEJORA LA AUTOESTIMA Y FACILITA UNA INTEGRACIÓN SOCIAL ADECUADA, MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES.

A RAÍZ DE LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO Y DE LA MUY BUENA ACEPTACIÓN POR PARTE DE LOS PACIENTES Y DE LOS MÉDICOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA, SE SUGIERE CONSIDERAR LA POSIBILIDAD DE HACER ESTAS EVALUACIONES DE MANERA RUTINARIA EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ CON LA INTENCIÓN DE SOLICITAR UNA RINOPLASTÍA, YA QUE SE PODRÍAN GENERAR ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO, PSICOTERAPIA Y CIRUGÍA.

EVALUACION DE LA ESCALA BODY-CATHEXIS

PAUL F. SECORD, SIDNEY M. JOURARD

- A).- TIENE FUERTES SENTIMIENTOS Y DESEA CAMBIAR DE ALGUNA MANERA.
- B).- NO LE GUSTA, PERO LO TOLERA.
- C).- NO TIENE SENTIMIENTOS PARTICULARES DE UNA U - OTRA FORMA.
- D).- ESTA SATISFECHO (A).
- E).- SE CONSIDERA AFORTUNADO (A).

	A	B	C	D	E
1. CABELLO					
2. COMPLEXION FACIAL					
3. APETITO					
4. MANOS					
5. DISTRIBUCION DEL VELLO CORPORAL					
6. NARIZ					
7. DEDOS					
8. SECRECIONES					
9. MUÑECAS					
10. RESPIRACION					
11. CINTURA					
12. NIVEL DE ENERGIA					
13. ESPALDA					
14. OIDOS					
15. BARBA					
16. EJERCICIO					
17. TOBILLOS					
18. CUELLO					
19. FORMA DE SU CABEZA					
20. FORMA DE SU CUERPO					
21. PERFIL					
22. ALTURA					
23. EDAD					
24. AMPLITUD DE HOMBROS					
25. BRAZOS					
26. PECHO					

	A	B	C	D	E
27. OJOS					
28. DIGESTION					
29. CADERAS					
30. TEXTURA DE SU PIEL					
31. LABIOS					
32. PIERNAS					
33. DIENTES					
34. FRENTE					
35. PIES					
36. SUEÑO					
37. VOZ					
38. SALUD					
39. ACTIVIDAD SEXUAL					
40. RODILLAS					
41. POSTURA					
42. CARA					
43. PESO					
44. SEXO					
45. NUCA					
46. TRONCO					

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

SINTOMAS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE
1.- Me siento apático y melancólico				
2.- En la mañana me siento mejor				
3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4.- Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5.- Como igual que antes solía hacerlo				
6.- Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7.- Noto que estoy perdiendo peso				
8.- Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10.- Me canso sin hacer nada				
11.- Tengo la mente tan clara como antes				
12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbró				
13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14.- Tengo esperanza en el futuro				
15.- Estoy más irritable de lo usual				
16.- Me resulta fácil tomar decisiones				
17.- Siento que soy útil y necesario				
18.- Mi vida tiene bastante interés				
19.- Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20.- Todavía disfruto con las mismas cosas				

Paciente: _____	Fecha: _____
Dr.: _____	
Diagnóstico: _____	Total calif. básica
Observaciones: _____	
_____	Total índice A.M.D.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

42

NOMBRE _____ EDAD ; _____
 SEXO _____ EDO. CIVIL _____ RELIGION _____ RAZA _____
 ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____
 LUGAR DE NAC. _____ FECHA DE NAC. _____
 LUGAR DE RESIDENCIA _____ GRUPO SANGUINEO _____

- 1.- ¿ CUÁNDO PENSÓ Ud. EN OPERARSE ?
- 2.- ¿ QUÉ LE MOTIVA A Ud. OPERARSE ?
- 3.- ¿ QUÉ CAMBIO ESPERA Ud. DE SU OPERACIÓN ?
- 4.- ¿ QUÉ IMPORTANCIA TIENE SU ASPECTO FÍSICO PARA Ud. ?
- 5.- ¿ HA TENIDO EXPERIENCIA EN ALGUNA OTRA CIRUGÍA ?
- 6.- ¿ CUÁL SERÍA SU ACTITUD FRENTE A ALGUNA COMPLICACIÓN O RESULTADO NO ESPERADO ?
- 7.- IMAGINE Ud. SU ROSTRO DE FRENTE Y DE PERFIL.
- 8.- FRENTE AL ESPEJO DESCRIBA SU CARA DE FRENTE Y DE PERFIL.
- 9.- EVALUACIÓN DE SU ESTADO MENTAL ACTUAL.

FECHA: _____

B I B L I O G R A F I A

1. AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION : DSM III MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES, COORDINADOR GENERAL DE TRADUCCION AL ESPAÑOL, PICHOT P, BARCELONA, ESPAÑA, EDITORIAL MASSON, 1983.
2. BARSKY A. J. : PSYCHOLOGY OF THE PATIENT UNDERGOING PLASTIC SURGERY, AM. J. SURG. 65 : 238, 1944.
3. BOOK H. E. ; SEXUAL IMPLICATIONS OF THE NOSE. COMPR. PSYCHIATRY, 12 : 450 - 455, 1971.
4. BRUCK H. G. ; CORRECTIVE RHINOPLASTY. ARCH. OTOLARYNGOL. 97 : - 441 - 446, 1973.
5. CARDENAS TRIGOS M. : CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS EN TORNO A LA CIRUGIA COSMETICA, ASOCIACION PSIQUIATRICA MEXICANA, VOL. 6, No. 3; 7 - 12, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 1976.
6. CASTELNUOVO TEDESCO P. ; ORGAN TRANSPLANT, BODY IMAGE, PSYCHOSIS, PSYCHOANAL. Q., 42 : 349 - 363.
7. CONNOLLY F. H., GIBSON M. ; DYSMORPHOPHOBIA, A LONG TERM STUDY. BR. J. PSYCHIATRY, 132 : 568, 1978.
8. CONVERSE J. M. ; RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY, PHILADELPHIA W.B. SAUNDERS, 2DA. EDICIÓN, VOL. 1 : 1 - 22, 1977.
9. DENECKE H. J., MEYER R. : PLAST SURGERY OF HEAD AND NECK, NEW YORK, SPRINGER VERLAG, 1967.
10. EDGERTON M. T., KNORR N.J. ; MOTIVATIONAL PATTERN OF PATIENTS SEEKING COSMETIC (ESTHETIC) SURGERY, PLAST. RECONSTR. SURG, 98:551, 1971.

11. GIBSON M., CONNOLLY F. H. : THE INCIDENCE OF SCHIZOPHRENIA AND SEVERE PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS 10 YEARS AFTER COSMETIC RHINOPLASTY. BR. J. PLAST. SURG., 28: 125 - 159, 1975.
12. GIFFORD S. : COSMETIC SURGERY AND PERSONALITY CHANGE: A REVIEW AND SOME CLINICAL OBSERVATIONS. IN GOLDWYN RR (ED): THE UNFAVORABLE RESULT IN PLAST SURGERY AVOIDANCE AND TREATMENT. BOSTON, LITTLE, - BROWN, 1972.
13. GLASGOLD A. I. : RHINOPLASTY IN THE MATURE WOMAN. J. MED. SOC. - N. J. JUL. 77 (7) : 507 - 512, 1980.
14. GOIN M. K., GOIN J. M. : CHANGING THE BODY: PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF PLASTIC SURGERY. WILLIAMS AND WILKINS PART II CHAPTER 13 : 121 - 136, 1986.
15. GOIN M. K., GOIN J. M. : PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF AESTHETIC FACIAL SURGERY. ADV. PSYCHOSOM. MED., 15 : 84 - 108, 1986.
16. GOIN M. K., GOIN J. M. : PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVES OF RHINOPLASTY. PRESENTED TO THE AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGEONS. SAN FRANCISCO, OCT. 1979.
17. GOIN M. K., GOIN J. M., BURGOYNE R. W., STAPLES F.R. : A PROSPECTIVE PSYCHOLOGICAL STUDY OF 50 FEMALE PATIENTS. PLAST. RECONSTR. SURG. 65 (4) : 436, 1980.
18. GOLDWYN R. M. : THE UNFAVORABLE RESULT IN PLASTIC SURGERY. LITTLE, BROWN, BOSTON, 1972.
19. HAY G.G. : DYSMORPHOPHOBIA. BR. J. PSYCHIATRY. 116, 339. 1979.
20. HAY G.G. : PSYCHIATRIC ASPECTS OF COSMETIC NASAL OPERATIONS. BR. J. PSYCHIATRY, 116 : 85 - 97, 1970.

21. HAY G. G., HEATHER B. B. : CHANGES IN PSYCHOMETRIC TEST RESULTS - FOLLOWING COSMETIC NASAL OPERATIONS. BR. J. PSYCHIATR., 122 : - 89 - 90, 1973.
22. HARDY G. E. : BODY IMAGE DISTURBANCE IN DYSMORPHOPHOBIA. BR. J. PSYCHIATRY, 141 : 181, 1982.
23. HILL G., SILVER A. J. : PSYCHODYNAMIC AND AESTHETIC MOTIVATION - FOR PLASTIC SURGERY. PSYCHOSOM. MED. 12 : 345 - 355, 1950.
24. HINDERER K. H. : FUNDAMENTOS DE ANATOMÍA Y CIRUGÍA DE LA NARIZ. AESCULAPIUS PUBLISHING CO. USA. 2ND. ED. VOL. 1, 1978.
25. HINDERER U. T. : INDICATIONS AND SIGNIFICANCE OF ESTHETIC PLASTIC SURGERY. HANDCHIR. MIKROCHIR. PLAST. CHIR. SEP. 16 (3) : 145-150, 1984.
26. HOLINSHEAD H. : ANATOMÍA PARA CIRUJANOS, HARPER AND ROW PUBLISHERS, USA. 2ND. ED., VOL. 1, 1968.
27. JACOBSON W. T., EDGERTON M.T., MEYER E., CANTER A. : PSYCHIATRIC EVALUATION OF MALE PATIENTS SEEKING COSMETIC SURGERY. PLAST. RECONSTR. SURG. 26 : 356 - 372, 1960.
28. JACOBSON W. T., EDGERTON M.T., MEYER E. : MOTIVATIONAL PATTERNS - IN PATIENTS SEEKING ELECTIVE PLASTIC SURGERY: WOMEN WHO SEER RHINOPLASTY. PSYCHOSOM. MED. 22, 193, 1960.
29. KAPLAN H. I., SADOCK B. J. : COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY/ IV. WILLIAMS - WILKINS. VOL. 2, 1321 - 1322, 1985.
30. KLABUNDE E. H., FALCES E. : INCIDENCE OF COMPLICATIONS IN COSMETIC RHINOPLASTIES. PLAST. RECONSTR. SURG. 34 (2) : 192, 1964.
31. KLINE F. : PERSONAL COMMUNICATION, 1979; GOIN M.K. GOIN J.M. (14).

32. KNORR H.J. : FEMININE LOSS OF IDENTITY IN RHINOPLASTY. ARCH. OTOLARYNGOL. 96 : 11 - 15, 1972.
33. LINN L., GOLDMAN I. B. : PSYCHIATRIC OBSERVATIONS CONCERNING RHINOPLASTY. PSYCHOSOM. MED., 11 : 307 - 315, 1949.
34. MACGREGOR F. C. : THE PLACE OF THE PATIENT IN SOCIETY. AESTHETIC PLAST. SURG., 5 (1) : 19 - 26, 1981.
35. MACGREGOR F., SCHAFFNER B. : SCREENING PATIENTS FOR NASAL PLASTIC OPERATIONS. PSYCHOSOMATIC MEDICINE, 12, 277, 1950.
36. MARCUS P. : PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF COSMETIC RHINOPLASTY. BR. J. PLAST. SURG., JUL; 37 (3) : 313 - 318, 1984.
37. MICHELI - PELLEGRINI V., MANFRIDA G. M. : RHINOPLASTY AND ITS PSYCHOLOGICAL IMPLICATIONS: APPLIED PSYCHOLOGY OBSERVATIONS IN AESTHETIC SURGERY. AESTHET. PLAST. SURG., 3 : 229 - 319, 1979.
38. MILSTEIN S. : MOTIVATION FOR REDUCTION RHINOPLASTY AND THE PRACTICAL SIGNIFICANCE OF THE LIFE: BY JACQUES JOSEPH. PLAST. RECONSTR. - SURG. APR, (4) : 692 - 693, 1984.
39. MOSES S., LAST U., MAHLER D. : AFTER AESTHETIC RHINOPLASTY: NEW LOOKS AND PSYCHOLOGICAL OUTLOOKS ON POST-SURGICAL SATISFACTION. AESTHETIC PLAST. SURG., 8 (4) : 213 - 217, 1984.
40. MOSES S., LAST U., MAHLER D. : A MEASURING SCALE FOR OBJETIVE EVALUATION OF THE NASAL SHAPE. AESTHETIC PLAST. SURG. 7:223-226, 1983.
41. MOSES S., LAST U., MAHLER D. : MENTAL HEALTH CORRELATES OF VALID PERCEPTION OF NASAL DEFORMITY IN FEMALE APPLICANTS FOR AESTHETIC RHINOPLASTY. AESTHETIC PLAST. SURG., 7 (2) : 77 - 80, 1983.
42. NUÑEZ R. : APLICACIÓN DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI) A LA PSICOPATOLOGÍA. EDIT. EL MANUAL MODERNO, 2 Ed. Mex. 1979.

43. REICH J. : FACTORS INFLUENCING PATIENT SATISFACTION WITH THE RESULTS OF ESTHETIC PLASTIC SURGERY. *PLAST. RECONSTR. SURG.* 55 (1): 5, 1975.
44. REICH J. : THE SURGERY OF APPEARANCE: PSYCHOLOGICAL AND RELATED ASPECTS. *MED. J. AUST.* 2 : 5, 1969.
45. RESS THOMAS D. : CIRUGÍA ESTÉTICA Y PLÁSTICA. W. B. SAUNDERS - COMPANY PHILADELPHIA VOL. 1 : 45 - 47, 1980.
46. ROGERS B. O. : LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA. IN WOOD - SMITH D. AND POROWSKI P. (EDS). ST. LOUIS MO. C.V. MOSBY COMPANY, 1974.
47. SAUL L. J. : FEMININE SIGNIFICANCE OF THE NOSE. *PSYCHOANAL. Q.*, 17 : 51 - 57, 1948.
48. SHILDER P. : THE IMAGE AND APPEARANCE OF THE HUMAN BODY. INTERNATIONAL UNIVERSITIES PRESS, NEW YORK, 1950.
49. SECORD P., JOURARD S. : THE APPRAISAL OF BODY-CATHEXIS: BODY-CATHEXIS AND THE SELF. *JOURNAL OF CONSULTING PSYCHOLOGY*, VOL. 17, No.5: 343 - 347, 1953.
50. SHULMAN J., WESTREICH M. : RHINOPLASTY UPDATE: PREOPERATIVE EVALUATION OF 4,040 CASES. *AESTH. PLAST. SURG.*, 7 : 227 - 232, 1983.
51. STAFNE J. G. : THE COSMETIC SURGERY PATIENT. WHY DO THEY DO IT TO THEMSELVES ? *MINN. MED. MAR*; 63(3): 175-177, 209, 1980.
52. THOMSON J. A., KNOR N. J., EDGERTON M. T. : COSMETIC SURGERY: THE PSYCHIATRIC ASPECT. *PSYCHOSOMATICS* 19 (1) : 7, 1978.
53. TOBIN H. A., WEBSTER R. C. : THE LESS-THAN-SATISFACTORY RHINOPLASTY: COMPARISON OF PATIENT AND SURGEON SATISFACTION. *OTOLARYNGOL. HEAD - NEACK SURG.* JAN; 94 (1) : 86 - 95, 1986.

54. WENGLE H. P. : THE PSYCHOLOGY OF COSMETIC SURGERY: A CRITICAL OVERVIEW OF THE LITERATURE 1960-1982, PART I, ANNALS OF PLASTIC SURGERY VOL. 16, No. 5, MAY 1986.
55. WRIGHT M. R., WRIGHT M. K. : A PSYCHOLOGICAL STUDY OF PATIENTS UNDERGOING COSMETIC SURGERY, ARCH. OTOLARYNGOL. 101 : 145-151, 1975.
56. ZUNG W. W. K. : A SELF-RATING DEPRESSION SCALE. ARCH. GEN. PSYCHIAT. 12 : 63, 1965.