

11237
2ej 149



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ"

LA AUTOIMAGEN CORPORAL Y EL AUTOCONCEPTO
DE LOS ADOLESCENTES SOMETIDOS A
RINOSEPTOPLASTIA.

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
PEDIATRIA MEDICA
P R E S E N T A :
DRA. MARIA ISABEL MARTINEZ CRUZ

DIRECTORES DE TESIS:
DR. CARLOS DE LA TORRE GONZALEZ
PS. GABRIELA TERCERO QUINTANILLA



MEXICO, D. F.

JUNIO 1998

269282

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

AGRADECIMIENTOS:

**A MIS PADRES Y HERMANOS QUE SIEMPRE ME APOYARON, POR EL AMOR Y
CONFIANZA EN MÍ.**

A TI, JOSÉ LUIS POR TU CARIÑO Y ESTÍMULO DIARIO.

A TODOS LOS PACIENTES DEL HOSPITAL POR SER MI MEJOR LIBRO.

**A LA LIC. GEORGINA TOUSSAINT MARTÍNEZ DE CASTRO POR EL APOYO EN
BIOESTADÍSTICA.**

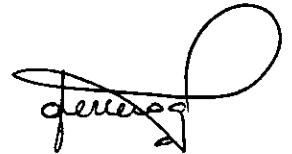
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO
"FEDERICO GÓMEZ".

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y
MÉDICA DEL ADOLESCENTE.
DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.

LA AUTOIMAGEN CORPORAL Y EL AUTOCONCEPTO DE LOS ADOLESCENTES
SOMETIDOS A RINOSEPTOPLASTIA.

COORDINADORES:

PS. GABRIELA TERCERO QUINTANILLA.
DR. CARLOS DE LA TORRE GONZÁLEZ.



AUTOR:

DRA. MARÍA ISABEL MARTÍNEZ CRUZ.

JUNIO DE 1998

INDICE

I	INTRODUCCIÓN	1
II	MARCOTEÓRICO	4
III	METODOLOGÍA	15
IV	RESULTADOS	21
V	DISCUSIÓN	31
VI	CONCLUSIONES	35
VII	ANEXOS	
	TABLA 1 DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA MACHOVER	36
	TABLA 2 ESCALA DE TENNESSEE HOMBRES	37
	TABLA 3 ESCALA DE TENNESSEE MUJERES	38
	GRAFICO 1 TENNESSEE HOMBRES	39
	GRAFICO 2 TENNESSEE MUJERES	40
VIII	BIBLIOGRAFÍA	41

I. INTRODUCCIÓN.

No cabe duda que autoimagen es una palabra casi cotidiana en el vocabulario del ser humano y que pocas veces se toma en consideración, para describir la realidad biológica, psicológica y social de un individuo.

Se entiende por **autoimagen** a la representación que un sujeto tiene de sí mismo, (1) es decir, todas las ideas, afectos y prejuicios modelados por la sociedad y la cultura, con los cuales se va a investir al cuerpo. (2). Normalmente lleva asociada un juicio de valor (positivo o negativo) y está íntimamente relacionada a la imagen corporal y al autoconcepto, de tal manera que, se les puede considerar sinónimos, aunque Macías (2) postula que pueden ser reconocidos como términos distintos, siempre y cuando se este de acuerdo que están íntimamente relacionados.

La **imagen corporal** es la intuición que tiene una persona de su cuerpo, en relación con el espacio de los objetos y personas (3).

La **imagen corporal** o autoimagen se adquiere, construye y se forma a merced de un continuo contacto con el mundo. No se trata de algo fijo, predeterminado e inamovible, sino de una estructura sujeta a cambios permanentes, todos los cuales guardan relación con las acciones en el mundo externo (4).

El **autoconcepto** es la opinión que tiene una persona sobre su propia personalidad y conducta (3). Son todas las ideas, afectos y percepciones modelados por la sociedad y la cultura, por los cuales se enviste el cuerpo (2).

La percepción, representación y concepto que tiene una persona de sí misma, cambia de una etapa a otra de la vida (5) y aunque conforme avanza el desarrollo, la autoimagen y el autoconcepto de los niños se va consolidando; es en la **adolescencia** cuando se hace una "revalorización" inconsciente de las mismas.

El adolescente cuenta con un Yo antiguo construido por la función de su esquema e imagen corporal y se encuentra de repente con que su esquema corporal, ha sufrido un cambio importante que le ofrece una nueva autoimagen. Esta modificación del esquema suscita un reajuste de la imagen corporal y del autoconcepto (5).

La adolescencia según Blos (6), se caracteriza por cambios físicos, desarrollo de nuevos intereses, una nueva conducta social del individuo y una nueva cualidad de la vida afectiva. Considera que las consecuencias psicológicas al cambio físico son los cambios en la autoimagen corporal, una reevaluación del ser y la búsqueda de la individuación.

El proceso de conceptualización que hace el adolescente de sí mismo (autocepto) parte de su imagen corporal y de los elementos que considera más identificados consigo mismo.

Parte importante de su autoconcepto proviene del exterior. Depende de los condicionamientos sociales, aunque difícilmente puede modificar las pautas de adaptación que se establecieron en las primeras etapas de la vida, ya que como señala Beck, (5) una vez que el individuo se ha formado un concepto concreto de sí mismo (determinado por las experiencias, actitudes y opiniones de las demás), su autoimagen influye en las expectativas posteriores que tienen de sí mismo hasta convertir esa idea en parte de su esquema corporal.

Por tanto, la autoimagen y autoconcepto son parte de los componentes básicos y cruciales de la personalidad de un individuo (junto con el esquema corporal, el Yo y la autoestima, de acuerdo a lo señalado por Macías), (2) que afecta no solo su relación consigo mismo, sino también con las demás personas y el mundo en general. (7).

Esto ha motivado a diversos autores a cuestionarse sobre la función que desempeñan los profesionales en estos casos. Rodin, Silverstan y Striegel-Moore (8), Altman-Klein (9); Lerner, Karabenick y Stuart, Madelson y White, (5); Secord y Jourard, (9); Starr, Rosen y Rose (10) señalan que los valores culturales y la presión social influyen en la satisfacción e insatisfacción de la imagen corporal y del autoconcepto que una persona tiene de sí misma.

Cuando las características del sujeto son adecuadas para competir con las demandas del medio, se muestra contento o satisfecho consigo mismo y esto incrementa su nivel de autoestima. Por el contrario, cuando sus características se hacen difícil satisfacer las demandas del medio ambiente, su imagen corporal, autoconcepto y autoestima son deficientes para su crecimiento personal.

Quando una persona tiene que ser intervenida quirúrgicamente (como en la región nasal cuyos resultados son visibles y palpables), puede pensarse que el cambio posterior en la autoimagen y el autoconcepto son demostrables ya que el individuo empieza a percibirse a sí mismo de diferente manera a la vez que cambia su relación con el medio.

II. MARCO TEÓRICO.

AUTOIMAGEN CORPORAL.

Autoimagen y esquema corporal. (*Schéma corporel*) (*Body imagen*) - Son las ideas, afectos y prejuicios modelados por la sociedad y la cultura con lo que se enviste al cuerpo (11). Cuando se habla de imagen mental se refiere al autoconcepto investido por el afecto, o bien del modelo en el niño. Es en la infancia donde un individuo gesta los prejuicios y adquiere la categoría de vivencia, como parte del mundo familiar y social en el que evoluciona. Por esta razón tiene que construir durante su desarrollo una imagen de sí mismo anclada a su propio cuerpo y con un Yo que le sirve de intermediario entre el mundo de la realidad y el interno, ligado a la fantasía y a los ensueños. Hacia los nueve años, los niños estructuran la diferencia mente-cuerpo, entorno-mundo interno. Es autosuficiente, seguro e inicia la confianza en sí mismo (2).

Independientemente de los valores e ideología, es posible encontrar las experiencias infantiles, proponiendo de manera racional y accesible la transmisión de valores, normas y símbolos que al ser depositados en la mente, consolidan la noción de realidad en la infancia. El desarrollo de esta imagen y de la noción del propio cuerpo, va unido al desarrollo biológico del individuo, a través de lo que se denomina el **esquema corporal**. El desarrollo de la autoimagen o imagen corporal es un proceso de interacción continua del niño y su ambiente que moldea en el psiquismo los conceptos acerca del cuerpo engendrados en su esquema corporal. Por lo tanto el niño va incluyendo en su imagen de sí mismo (imagen corporal) algunas partes de este esquema; que dependerán de la información que recibe del medio; (5) por tal motivo, la imagen que el individuo tiene de sí mismo es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y su estado de salud mental. (12) Esta, es la base anatomofisiológica o biológica del cuerpo que le permite al individuo, darse cuenta de cada una de sus partes (2). Como mencionan Koupennic y Dailly (5) es la experiencia tanto perceptiva como propioceptiva y motriz del propio cuerpo. Es un sistema que actúa a modo de marco de referencia para la percepción de uno mismo y de las demás personas.

Schilder (4) y Macias (2) postulan que la representación mental del cuerpo está conformada por las sensaciones, afectos y vivencias del niño. La corriente de Piaget, determino la influencia de la génesis de la percepción y del pensamiento. En el proceso de elaboración de la autoimagen, la imitación se refiere a un mecanismo regulador de las conductas socialmente aceptadas, en los escolares de 8-9 años con comportamientos esperados. La conducta, determina la socialización del niño y está a su vez sustentada a la autoimagen, así como la expresión corporal manifiesta sus conductas y pensamientos. El cuerpo representa una expresión simbólica. Desde que el niño es pequeño recibe un estímulo afectivo. Por medio de la estructura del cuerpo reconoce cada una de sus partes y los personajes a su alrededor, los cuales manifestaran un entorno de acuerdo a la cultura y edad. La suma de las autorepresentaciones procedentes de las diversas etapas del desarrollo confirman el sí mismo.

ESQUEMA CORPORAL.

Alrededor de los 9 años el cuerpo infantil ha tenido un crecimiento constante y sostenido. Desde el punto de vista motor ha adquirido funciones que le permiten destrezas y un crecimiento anatómico que forman parte del esquema corporal. De acuerdo a Gesell, desde el punto de vista psicológico el niño ha evolucionado logrando el control de sí mismo alrededor de los 9 años, construyendo una edad motivacional. Se inicia la diferencia de sexos, hay realismo intelectual, es gran conservador, trabaja, escribe y juega durante mucho tiempo. El cuerpo es producto de una conciencia que funciona, registra, reflexiona sobre ser para sí, es el cuerpo tal cual para mí, o bien como ser para sí, inscrito en la conciencia, lo cual parece corresponder al esquema corporal que también incluye a la autoimagen. Fitts (12), considera que es la síntesis organizada de las representaciones mentales de sí mismo en un sistema valorativo. Es un proceso continuo de selecciones y evaluación mediante el cual, se asimilan nuevas representaciones y se rechazan otras y se forma a través de la interacción social en el curso de la experiencia y de los contactos interpersonales. Se construye tanto a partir de la propia observación de uno mismo como de la formación y el desarrollo de este esquema corporal. Se da gracias a la relación madre-hijo. En un principio se conforma

por las sensaciones que recibe de su cuerpo el propio bebé y por las respuestas motrices que puede darles (5).

Feldfogel y Zimmerman (13) Lorenzo- González J (5) al igual que otros autores que al principio de la vida, cuando el bebé aún no puede distinguir lo que es y proviene de él y lo que proviene del exterior la imagen corporal es rudimentaria siendo sus límites vagos y su forma cambiante. Esta imagen se va ampliando y delimitando por las sensaciones satisfactorias a sus necesidades biológicas y frustrantes a las que se enfrenta.

Paulatinamente con el desarrollo el esquema corporal se consolida la marcha (entre los 18 y 36 meses), la lateralidad, el control motor y la coordinación psicomotriz, (6 y 8 años) de tal forma que puede decirse que es a esta edad cuando concluye la formación del esquema corporal.

El esquema corporal que está cerrado en el cuerpo, y la autoimagen que está abierta a la estimulación del ambiente son dos sistemas interconectados por la imagen mental (2).

Lorenzo-González (5) señalan que más o menos hacia los dos años de edad, la perfección que tiene un niño de su propio cuerpo es tal, que no necesita realizar movimientos para comprobar, cómo son los objetos, sus relaciones y el espacio que le rodea; es suficiente que "imagine" estos movimientos para que sea capaz de tomar conciencia de la utilización que puede hacer de los objetos. Esto porque ya tiene la capacidad de crear imágenes mentales (5).

Al principio de la vida el Yo es rudimentario y corporal (14,15). Los cambios corporales repercuten forzosamente en él y esto se refleja en las modificaciones de la imagen corporal (que representa al cuerpo en la mente) (13). Es decir, que conforme el Yo se va desarrollando, paralelamente se va organizando también el esquema corporal (5). Por lo tanto, la imagen mental puede considerarse como la persistencia de las conductas corporales ante diversos objetos. Según Macías (2), es la autoimagen o el autoconcepto investido de afecto.

Esta imagen mental que es siempre subjetiva y egocéntrica nos informa de las relaciones que el niño establece con la realidad (formada y estructurada por el Yo).

P. Schilder estudió el esquema corporal resaltando la importancia de la interacción del individuo en su ambiente para mejorar la integración del mismo (4). El aspecto psicológico es la voluntad de sí.

S. Chess propone que la autoestima saludable, depende de los éxitos a cualquier nivel en las diferentes etapas de su desarrollo. La autoestima depende de la consistencia en el tiempo y la adecuada coordinación del niño con su medio ambiente (16).

AUTOCONCEPTO.

El autoconcepto es un proceso continuo de selección y de evaluación mediante el cual, se asimilan nuevas representaciones y se rechazan otras. Una vez que se han organizado estas introyecciones, surge el autoconcepto. La expresión de sí mismo lleva implícitas las diversas partes que lo constituyen: el esquema corporal (o cuerpo para sí) y la autoimagen (o cuerpo para el otro) que se basa en las ideas, los afectos, símbolos y mitos ligados cuerpo y sus funciones. Todo este concepto se origina de la autoestima, un componente biopsicosocial del niño, que de acuerdo a este enfoque se cristalizará en la edad adulta. El sí mismo se refiere a una identidad filosófica; para el Yo, este sí mismo es una expresión de temporalidad y la autoestima, creencia y respeto de uno mismo. Conforme avanza el desarrollo la autoimagen y el autocepto de los niños se va consolidando, sin embargo, en la adolescencia, se hace una "revalorización" inconsciente de las mismas. La asociación del esquema corporal y la autoimagen resumen la historia del individuo, un ser social e individual (11). El niño utiliza para representarse mentalmente su cuerpo (es decir, la percepción del esquema corporal-imagen mental-imagen corporal) usa toda su corporalidad, es decir aquellas partes de su cuerpo que tengan para él una mayor significancia o valor (5).

Sánchez et al (3), postulan que la representación imagen interiorizada del cuerpo, está estrechamente ligada con los lazos afectivos establecidos por el sujeto y con la imagen que del propio cuerpo le devuelve el otro, quien desempeña un papel de conformador. Para Schilder es la imagen que los demás tienen de uno (3).

Lorenzo-González J, (15) postulan que al Yo se le puede conceptualizar de tres formas diferentes:

- a) Como un proceso (psicoanálisis freudiano).
- b) Como un objeto (que es la concepción fenomenológica de la psicología. Rogers 1959).
- c) Como autoconcepto (considerado por los psicólogos cognoscitivistas como Kelly 1955).

Ya se mencionó anteriormente que el Yo al principio de la vida es rudimentario y corporal (15); sin embargo, se va ampliando y haciendo cada vez más complejo en parte por la maduración biológica y en otra por los cambios ambientales (5).

Macías (2) señala cómo es que el niño en su desarrollo tiene que construir una imagen de sí mismo anclada en su cuerpo y con un Yo que le sirva de intermediario entre el mundo de la realidad y el mundo interno.

Hall (17) postula que la noción del autoconcepto se deriva directamente de la psicología del Yo (es decir, considerándolo como un proceso). Este Yo tiene dos significados principales:

a) Las actitudes y sentimientos de una persona respecto así misma. Aquí el Yo es un objeto, ya que denota las actitudes, sentimientos y evaluación que la persona elabora con respecto de si misma.

b) Un grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación. Estos procesos son como el pensar, recordar o percibir.

El sí mismo se encuentra insertado en el Yo, pero se deriva de la percepción y la memoria las cuales anteceden a la formación de la estructura tripartita (Kernberg) (17); es decir, una introyección en la cual participan al menos tres elementos:

- a) La imagen o representación mental de un objeto.
- b) La imagen o representación de sí mismo en interacción con el objeto y,
- c) El matiz afectivo vinculado a la imagen del sí mismo en interacción con el objeto.

Es decir, que el sí mismo bajo esta perspectiva es un derivado del Yo, que resulta de la organización de las autorepresentaciones (imágenes de uno mismo), las cuales dan origen a una sola estructura yoica integrada por componentes afectivos y cognitivos.

La suma de las autorepresentaciones procedente de las diversas etapas del desarrollo, conforman el sí mismo.

El autoconcepto es un proceso continuo de selección y evaluación mediante el cual se asimilan nuevas representaciones se rechazan otras. Una vez que se han organizado estas introyecciones, surge el autoconcepto.

Cada persona se percibe no como un observador pasivo de los hechos que suceden en sí mismo, sino como alguien que toma parte activa frente a ellos. En unos casos el Yo se ha definido como un objeto con existencia real, en otros casos ha sido considerado como proceso, y más recientemente como autoconcepto. La concepción del Yo en cuanto al objeto, se asocia a una orientación fenomenológica de la psicología como la de Rogers (16), mientras que el Yo como proceso se vincula al psicoanálisis freudiano.

ADOLESCENCIA.

La adolescencia, es un nivel, que abarca a los individuos de 13 a 19 años y representa un fenómeno físico relacionado con la pubertad. La adolescencia comprende más que un simple espectro etario o un estadio de maduración física, una transición de la infancia a la edad adulta que resulta de una combinación de varios fenómenos. Inicialmente plantea un rol de niño a adulto (4). Es decir se define como un desarrollo personal durante el cual una persona joven debe establecer un sentido personal de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprenden una modificación de su esquema corporal, capacidades intelectuales más maduras, la integridad para las exigencias de la sociedad en lo que respecta su conducta, internalización de un sistema de valores personales y reparación para roles adultos (5).

El grado en el que el proceso determina un sentido positivo de la propia persona precede directamente a la adecuación con la cual el joven ingresa y transcurre por los primeros años de vida adulta. Para Erikson (5) es un periodo variable determinado por la cultura, raza, clima, ambiente familiar, que abarca de los 9 a los 18-21 años el cual está sometido a un periodo de crisis biológica, psicológica y social. Sin embargo, Peter Blos (18) la considera una etapa de crecimiento adaptado a las conductas de la pubertad, acompañada de diversas consecuencias psicológicas del cambio físico:

autoimagen corporal, reevaluación del ser, ¿quién soy yo?; búsqueda de la individualidad, esta última puede producir sentimientos de aislamiento, confusión, miedo, e inclusive conductas regresivas. Al respecto se ha descrito diferentes etapas:

- a) Preadolescencia (9-11 años), que se caracteriza por un aumento de la presión instintiva existen miedos, intereses sexuales, preocupación del consciente e inconsciente y conflictos con el ideal del Yo.
- b) La adolescencia temprana (12 a 15 años), que se manifiesta por la rápida aceleración del crecimiento y maduración física, así como una etapa de la reevaluación y reestructuración de un esquema corporal.
- c) Adolescencia intermedia (16-18 años) que inicia con un empuje puberal casi completo, aparición de nuevas actitudes de pensamiento, mayor reconocimiento de la vida adulta y un deseo por establecer una distancia emocional y psicológica con los padres.
- d) En la etapa tardía (19-21 años) surge la preparación para roles adultos, inclusive situaciones vocacionales y la internalización de un sistema de valor personal.
- e) Finalmente la post adolescencia, (22 años) que también se ha denominado transición adolescencia-vida adulta, es una etapa clave donde emerge la personalidad moral con énfasis en la autoestima, Se enfatiza el Yo y la organización de la personalidad permite la paternidad y maternidad (9).

La evaluación de los adolescentes puede estar guiada por hallazgos clínicos y de investigación que demuestran que la etapa de la adolescencia es adaptativa, por lo que un disturbio en el adolescente refleja desviación de la adaptación (19). Algunos autores han considerado la adolescencia como un periodo de gran turbulencia y estrés. Bachman refiere un alto grado de uniformidad en las dimensiones de actitudes, aspiraciones y concepto de mismo.(2) La capacidad de autocontrol tiende a aumentar a medida que un individuo madura y la mayoría de los adultos muestran mayor control al que manifestaban en la adolescencia. Numerosas investigaciones han demostrado que la adolescencia es un periodo de estabilidad emocional y no de perturbación. Douvan y Adelson (2), corroboraron en 3000 estudiantes de secundaria que solo el adolescente en situaciones límite, es el que responde en rebeldía instintiva y psicosocial a la pubertad. Offer y col. han obtenido resultados bajo el denominado "Cuestionario de Autoimagen de Offer". Los resultados han demostrado que la mayoría de los adolescentes estudiados eran individuos felices, confiados sin sí mismos,

optimistas, socialmente adaptados y libres de angustia (19). El "Cuestionario de Autoimagen de Offer" muestra parámetros normales del adolescente entre 13 y 18 años (esquema corporal), el cual puede modificarse de acuerdo al entorno familiar. En caso de desorganización, personalidad, situaciones de conflicto, pueden poner en riesgo la estabilidad y dificultad para relacionarse. (5).

A medida que los adolescentes maduran hacia el funcionamiento adulto y aparece el razonamiento abstracto, mejoran el funcionamiento del ego y la adaptación (19). Existe una teoría cognitiva, que caracteriza los cambios cualitativos respecto a las maneras con que un individuo joven piensa sobre el mundo. Piaget, (10) fue quien identificó cambios comparables en cuanto a la moralidad, interacciones sociales y desarrollo de la vocación y de la personalidad en general. Sin embargo para Skinner y Pavlov, la adolescencia es un estado de aprendizaje. Donde los adolescentes trabajarán para recibir recompensas, de acuerdo al potencial para alcanzarlas.

Inhelder y Piaget, (10) postularon que el pensamiento de los niños y los adolescentes progresan a través de una serie de cambios según estadios evolutivos, que se inician en la lactancia y continua durante la adolescencia. Piaget, menciona que los niños y adolescentes interactúan con el medio de una manera adaptativa. El pensamiento es un gran proceso adaptativo, al igual que los procesos biológicos y constituye un intento del individuo por establecer un nuevo sentido de su propio yo. (10) La transición de adolescente es un periodo para la formación de su identidad. Se establece una nueva identidad del yo cuando el individuo ha experimentado una consolidación de valor de objetivos vocacionales con los que inicia la adultez. Una parte de su identidad es la niñez y por otra parte la imagen de los padres. El modelo de Erikson sugiere un proceso de formación del individuo para su identidad durante toda su vida (20).

Del mismo modo, la adecuación con la que se resuelven los conflictos psicosociales de la edad adulta está directamente relacionada con la resolución de conflictos de identidad de la adolescencia. La imagen del Yo contiene (mundo interno) elementos de un Yo físico, social, sexual y familiar, (mundo externo). Rosenberg (21) hace énfasis en la distinción entre el propio Yo existente y el Yo deseado. El yo existente es para el adolescente el concepto actual de sí mismo, objetivo y subjetivo.

La perfecta correspondencia entre los dos refleja una alta autoestima, amplios objetivos de crecimiento personal que indican una autoestima positiva. (21).

En un periodo de máxima divergencia entre el crecimiento y desarrollo físicos, los adolescentes desean uniformidad; no quieren que se les vea como diferentes. Es tan importante escuchar a los adolescentes que expresan sus temores y preocupaciones, que ayudarles a aceptar su individualidad es brindarles una "cura" para el cuadro actual (22). El medio familiar ejerce obvios y profundos efectos a la autoestima y la adaptación psicológica al adolescente. La calidez de apoyo en el contexto de las expectativas familiares se vinculan a la autoestima y adaptación social positiva, mientras que la rudeza y el rechazo de los padres están asociados a lo opuesto (23). Algunos investigadores han estudiado la personalidad de pacientes que requieren una cirugía funcional o estética de la nariz el cual el resultado es visible y palpable. Puede inferirse que el cambio en la autoimagen es demostrable; el individuo percibe de si mismo un cambio con el medio ambiente. Por lo tanto, la autoimagen es considerada uno de los componentes básicos y cruciales de la personalidad de un individuo, que no solo afecta su relación consigo mismo, sino también con las demás personas y el mundo en general (7).

AUTOIMAGEN CORPORAL, AUTOCONCEPTO Y RINOSEPTOPLASTIA.

Entonces... ¿ cuál es el papel de los profesionistas médicos y psicólogos en estos casos?; como cita Gil P (3) "proporcionar al individuo una imagen corporal de la cual se sienta satisfecho e integrado armónicamente en la dinámica global de su personalidad". Estudios comparativos han demostrado cambios de la personalidad secundarias a la cirugía estética, al evaluar durante 18 meses después de la cirugía, tendencias narcisistas e infantiles, así como manipulación, e inclusive eventos de descontrol como psicosis, psiconeurosis, y alteraciones psicósomáticas (24). Estudios realizados por Wright y col. (9), sugieren efectuar una evaluación inicial como terapia preoperatoria a fin de identificar posibles cambios en la personalidad. Ante cualquier alteración ésta deberá ser controlada por medio de la motivación y autoestima.(9). Menninger (12), identifica la presencia de disturbios psicológicos severos posteriores a una cirugía externa (rinoplastía). Baker y Smith, (25) sugieren realizar un estudio

psicológico previo a todos los candidatos a una cirugía estética. En la década de los 40's, se estimó que cerca de 15,000 pacientes eran candidatos a cirugía estética al año y para 1973 se incrementó a un millón de personas, de las cuales el 75% correspondían al sexo femenino. Las motivaciones de los pacientes que han requerido una cirugía cosmética son numerosas, sin embargo no todos los que se someten son candidatos ideales. La motivación se inicia por la representación más importante que es la apariencia facial. Subconscientemente la personalidad es un factor fundamental que resulta de la expresión corporal. Aunque la nariz es parte de la cara es un órgano fundamental y extremadamente importante dentro de la "autoimagen" y es crucial para la identidad. La nariz es considerada un aspecto de la naturaleza sexual. Olley (8), señala que el beneficio psicológico asociado a una corrección estética tendrá mejores resultados a *posteriori*; sin embargo, no deberán ser sometidos aquellos pacientes con personalidad neurótica.(44) En la actualidad la cirugía plástica ha revolucionado significativamente los cambios en la personalidad y la condición de vida de un individuo. Estos eventos han involucrado a dos áreas: médica y psicológica. La primera concierne a los resultados de apariencia del desarrollo humano y su entorno con la sociedad. La segunda consiste en evaluar los resultados psicológicos que se presentan después de una cirugía estética. Las perspectivas han reconocido nuestro cambio en el nivel de vida en el mundo. La apariencia física influye en el desarrollo psicológico, las interacciones sociales y en la satisfacción consigo mismo (25). Un síntoma dentro de la cirugía estética es la deformidad nasal. (46) Al encontrar una satisfacción física, se remueve cualquier insatisfacción psicológica que existiera previa a la corrección; sin embargo diversos estudios han demostraron que la evaluación del paciente posterior a la rinoplastia, produce insatisfacciones si el resultado no es satisfactorio, creando así una descompensación psicológica.(42,48) El crecimiento y la popularidad de la cirugía plástica dentro de la rinoseptoplastia han sugerido cuales son las condiciones más óptimas y en quienes debe realizarse. Gorney (11), estableció diversos criterios, como personalidad, estado físico, emociones, educación, función, estética y en sus trabajos publicados sugiere descartar aquellos pacientes con antecedentes neuróticos.(47)

A lo largo de la última década se ha enfatizado sobre el estado estético y la satisfacción de una armonía facial, lo cual no solamente ha dependido de nuevas técnicas quirúrgicas, sino además de un marcado auge en la empatía con el paciente lográndose mejores resultados que fortalecerán la percepción de su autoimagen. Jacobson (16) considera que es vital mantener una buena autoimagen en el paciente, así como del entorno en donde se desarrolla.

Un estudio inglés con 194 pacientes evaluados durante 10 años posteriores a la rinoplastia, mostró que el 38 % presentaron alteraciones psicológicas a corto plazo y el 4 % pacientes esquizofrenia. Un aspecto interesante es que la gran mayoría tuvieron una indicación cosmética. En los pacientes que no tuvieron una indicación estética solo el 8 % presentaron alteraciones psicológicas y ninguno esquizofrenia. (12) Cash y Horton (17) han concluido al igual que otros autores, que la apariencia y la satisfacción individual traducen resultados positivos. Por consecuencia, los pacientes con rinoplastia pueden desarrollar un cambio sobre todo aquellos que han recibido una preparación psicológica previa al acto quirúrgico. Quizá la primera observación se traduzca un cambio en la apariencia. Posteriormente la influencia del entorno familiar y personal, que influyen de manera determinante para una retroalimentación positiva, crean una situación de confort y seguridad ante su nueva autoimagen favoreciendo una vida más satisfactoria. (17).

III. METODOLOGÍA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Hay cambios en la autoimagen corporal y el autoconcepto de los adolescentes que son sometidos a una rinoseptoplastía de tipo funcional o estético?.

OBJETIVO.

Determinar si hay cambios en la autoimagen corporal y el autoconcepto de los adolescentes que son sometidos a una rinoseptoplastía de tipo funcional o estético.

HIPÓTESIS.

A) La imagen corporal y el autoconcepto de los adolescentes cambia después de una rinoseptoplastía.

B) La imagen corporal y el autoconcepto de los adolescentes que son sometidos a una rinoplastía funcional, es diferente a los que son sometidos a una rinoplastía estética.

DISEÑO.

El estudio fue prospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional (Estudio de una cohorte).

POBLACIÓN.

El universo de estudio fue de 19 adolescentes (de entre los 12 años 2 meses a los 17 años 4 meses) hombres y mujeres, que fueron sometidos a una rinoseptoplastía en esta Institución, en el transcurso de un año (1997). La media de edad del grupo estudiado fue de 14 años 1 mes.

Un grupo control debe de tener las mismas características (edad, sexo, nivel de educación, nivel socioeconómico, etc.) que el grupo experimental para que sean comparables. Debido a que fue difícil encontrar un "gemelo" para cada uno de los pacientes que fueron sometidos a la rinoseptoplastía, se decidió usar a cada individuo

como su propio control. Por esto, las pruebas psicológicas se aplicaron antes y después de la cirugía.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

a) Todos los adolescentes de entre 12 años 0 meses y 17 años 11 meses, que fueron sometidos a una rinoseptoplastia en el Departamento de Otorrinolaringología, en el periodo de estudio.

b) Cualquier diagnóstico psicológico a excepción de la deficiencia mental y de las psicosis.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

a) Adolescentes con secuelas de Labio Paladar Hendido.

b) Diagnósticos psicológicos de deficiencia mental o de psicosis.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

a) Negativa o retiro del consentimiento de participación en el estudio, por los adolescentes o sus padres. (ninguno de los adolescentes se negó a participar en la investigación).

b) Los adolescentes que no se presentaron a la reevaluación psicológica, seis meses después de la cirugía. (26 sujetos).

CRITERIOS DE FALLA.

Es ya sabido, que los pacientes con secuela de Labio Paladar Hendido, requieren de varias cirugías antes de completarse el tratamiento, no así los pacientes que se contemplaron en este estudio, quienes habitualmente requieren una sola cirugía (y como máximo dos) en su tratamiento.

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

INDEPENDIENTE:

Tipo de cirugía que se realizó al paciente: estética (rinoplastia) ó funcional (septoplastia). Es una variable nominal con dos categorías.

DEPENDIENTE:

Presencia o ausencia de cambios en la imagen corporal y el autoconcepto de los adolescentes sometidos a la rinoseptoplastía. Es una variable nominal con dos categorías.

Los puntajes obtenidos en las pruebas psicológicas, son valores medidos en una escala ordinal, por lo que pudo determinarse si los puntajes fueron iguales o distintos, en el test y en el retest.

Así mismo, la variable "tipo de cirugía" sólo se usó para estratificar a los pacientes, aunque finalmente se encontró que 16 sujetos fueron sometidos a una rinoseptoplastía, 2 a una septoplastía y uno a rinoplastía.

Es importante mencionar que se decidió eliminar una variable: la fase de la adolescencia.

DEFINICIONES.

IMAGEN CORPORAL: intuición que tiene una persona de su cuerpo en relación con el espacio de los objetos y de las personas.

AUTOIMAGEN: representación que un sujeto tiene de sí mismo.

AUTOCONCEPTO: opinión que tiene una persona sobre su propia personalidad y conducta.

ADOLESCENCIA: período de desarrollo psicosomático, psicosocial e interpersonal que abarca de los 9 a los 18-21 años.

CIRUGÍA FUNCIONAL: operación que tiene por objetivo restablecer el adecuado funcionamiento anatómico y fisiológico normal de las estructuras involucradas.

CIRUGÍA ESTÉTICA: operación que tiene por objetivo mejorar la apariencia física, en base a la manipulación de los tejidos del cuerpo humano.

ESCALAS DE MEDICIÓN.

Se utilizaron dos Pruebas Psicológicas cuya escala de medición es ordinal.

INSTRUMENTOS.

En un principio se planteó la utilización de tres pruebas psicológicas, siendo la tercera el Cuestionario para la Evaluación de las Funciones del Yo. Leopold Bellak y Lisa Goldsmith (1990). Sin embargo, solo se usaron las dos que se describen a continuación, ya que en una revisión posterior al inicio del protocolo, se encontró que la tercera, repetía la información obtenida en la Escala de Autoconcepto.

A) DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA. Karen Machover. (1951).

La autora considera que las figuras y la forma en que se realizan los dibujos de la Figura Humana, revelan aspectos de la personalidad del sujeto incluyendo, su autoimagen, sus actitudes hacia otras personas y sus reacciones inconscientes y conscientes.

Postula que lo que se dibuja es:

- a) Una reproducción de sí mismo, su imagen corporal y su propia percepción de sí mismo.
- b) Su Yo Ideal es decir, lo que desea ser o llegar a ser.
- c) Una persona de su medio ambiente muy significativa con la cual el individuo se identifica.

B) ESCALA DEL AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE. Fitts H, 1955.

Instrumento que consta de 100 reactivos que valoran el concepto que tiene un individuo de sí mismo, tanto interna como externamente a través de la medición de:

a) Marco de referencia interno: dentro del cual se describe la persona a sí misma en tres aspectos diferentes. Incluye la Identidad (lo que yo soy; la persona describe su identidad básica basado en cómo se ve así mismo), la Autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo; el individuo describe cómo se siente con respecto al sí mismo que percibe; revela el nivel de autosatisfacción o autoaceptación) y la Conducta (lo que hago; que es la percepción de la persona sobre su propia conducta o de la forma en la que funciona).

b) Marco de referencia externo: a partir del cual se evalúa la persona en relación a los demás en cinco aspectos. Incluye el Yo Físico (visión sobre su cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad), Yo Ético-Moral (valía moral,

relaciones con Dios, sentimientos de ser una persona buena o mala y satisfacción con la propia religión o la falta de ella), Yo Personal (sentimientos de adecuación como persona, evaluación de su personalidad independientemente de su cuerpo o de sus relaciones con otros), Yo Familiar (sentimientos de adecuación, méritos y valor como miembro de una familia; percepción de sí mismo en relación a su círculo de allegados más cercanos e inmediatos), y Yo Social (cómo se percibe en relación a otros, sentido de adecuación y valor de la persona en sus interacciones sociales con otras personas en general).

Incluye además una escala de autocrítica que es la capacidad para criticarse a sí mismo y el grado de defensas que utiliza para mostrar una imagen favorable de sí mismo a los demás.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Todos los adolescentes que fueron referidos por el Departamento de Otorrinolaringología de esta Institución con la psicóloga investigadora y que cumplieron con los criterios de inclusión, fueron estudiados.

En la primera sesión se obtuvo el motivo de consulta y los antecedentes del padecimiento según el adolescente.

Se le invitó a participar en la investigación y se le dio a firmar la carta de consentimiento.

En la segunda sesión se le aplicaron las pruebas psicológicas en el orden en que fueron descritas anteriormente.

En una tercera sesión, seis meses después de la aplicación de las pruebas psicológicas prequirúrgicas, se le volvieron a aplicar. (Esto, porque no puede aplicarse una misma prueba psicológica antes de seis meses).

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

En el Departamento de Bioestadística del Hospital, se obtuvieron los datos de que en 1996 se realizaron en total 5710 cirugías, siendo reportadas 3481 como mayores. La rinoseptoplastía se considera una cirugía mayor por su frecuencia, procedimiento quirúrgico y recuperación.

De este total de mayores, 49 fueron rinoseptoplastias para el rango de edad que se estudio.

Según la fórmula $n = \frac{4(pq)}{p^2}$

Se obtuvo un tamaño de muestra de 16 sujetos para un 94% de certeza en el estudio con un error del 6 %; decidiendo los autores estudiar todos los casos que se presentaran en el periodo de estudio que se estableció desde el inicio.

Se hicieron en total 45 valoraciones, pero solo 19 regresaron a realizar el retest seis meses después de ser operados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Para el Dibujo de la Figura Humana de K. Machover se usó una prueba estadística no paramétrica que se basa en un modelo que especifica sólo condiciones muy generales y ninguna acerca de la forma específica de la distribución de la cual fue obtenida la muestra.

La prueba de los signos se recomienda cuando se hace el análisis de datos de una muestra medida dos veces, y se basa en la dirección de las diferencias entre las dos mediciones, más que en medidas cuantitativas (es decir, los datos de donde proceden las diferencias).

En esta prueba, se consideran dos aspectos importantes:

- La probabilidad de 1.0 unidireccional donde la hipótesis de trabajo o alterna, plantea que un signo (+ ó -) ocurrirá más frecuentemente en la segunda medición.
- La significancia de .05 donde la hipótesis nula es verdadera cuando esta probabilidad es igual o menor que la significancia.

La Escala de Autoconcepto de Tennessee fue analizada mediante la prueba "t" (paramétrica) para encontrar si los puntajes obtenidos por los sujetos en el test y el retest diferían entre si de manera significativa respecto a sus medias; es decir, si había cambios significativos en su autoconcepto después de haber sido sometidos a la rinoseptoplastia. Una vez más se eligió un nivel de significancia de .05 para rechazar o aprobar la hipótesis nula.

IV. RESULTADOS.

* DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE K. MACHOVER.

(Ver Tabla 1. Prueba de los Signos. Resultados).

Estadísticamente por el nivel de probabilidad (1.0) y de significancia (.05) se rechazó la hipótesis de trabajo en cuatro variables: ojos (.035), hombros (.020), brazos (.002) y cuerpo (.062), lo que significa que la cirugía no provocó cambio alguno en estos aspectos.

Clínicamente la posición de la figura se refirió a la ubicación del dibujo dentro de la hoja.

11 sujetos que representaron el .58 de todos los casos, no cambiaron la posición en que pusieron a la figura dentro de la hoja antes - después de la cirugía. Son personas inseguras de sí mismas, que tienen dificultades para controlar sus impulsos agresivos, tienden a la introversión y habitualmente satisfacen sus necesidades emocionales por medio del intelecto.

7 casos (.37) con una probabilidad de .996 presentaron un cambio positivo después de la operación. Esto significa más seguridad en sí mismos y la posibilidad de dirigir su conducta por medio de su intelecto y sus emociones congruentemente.

La secuencia señaló el grado de identificación sexual, psicológica y social que tiene el individuo con su rol de hombre o de mujer.

13 sujetos que representaron el .68 de todos los casos, no hicieron cambios en la secuencia antes - después de la intervención quirúrgica. Esto refleja que ya están identificados psicosexualmente con su rol.

4 casos (.21) con una probabilidad de .344 presentaron un cambio negativo después de la rinoseptoplastia, lo que indica que después de ésta, se confundieron en cuanto a éste rol.

Al tamaño se le tomó como el concepto que tiene una persona de sí misma y el cómo responde a las presiones ambientales.

13 sujetos que representaron el .68 de todos los casos, no cambiaron el tamaño de las figuras antes - después de la cirugía. Esto señala inhibición, introversión, sentimientos de inferioridad e inadaptación, impotencia e inseguridad para expresar la agresión.

La probabilidad de presentar un cambio después de la operación en cuanto al tamaño fue de .656 en cualquiera de las dos direcciones; es decir, un cambio positivo o negativo (.16).

La simetría fue considerada como el control que tiene el individuo sobre sí mismo (impulsos) y su cuerpo.

8 sujetos que representaron el .42 de todos los casos, no hicieron cambios en la simetría de las figuras antes - después de la intervención quirúrgica, siendo en 4 sujetos buena y en los otros 4 mala.

6 casos (.32) con una probabilidad de .500 presentaron un cambio negativo después de la rinoseptoplastía, lo que significa sensación de incoordinación ó inadecuación física y torpeza corporal.

Los borrones se refirieron al grado de satisfacción que tiene la persona consigo misma en relación a sus emociones y su conducta.

10 sujetos que representaron el .52 de todos los casos borraron frecuentemente antes - después de la cirugía. Esto demuestra incertidumbre e insatisfacción consigo mismos.

7 casos (.37) con una probabilidad de .980 presentaron un cambio positivo después de la operación que refleja más satisfacción consigo mismos en relación a lo que sienten y hacen.

La cabeza se tomó como el concepto que tiene el individuo de sí mismo.

12 sujetos que representaron el .63 de todos los casos no cambiaron el tamaño de la cabeza de sus dibujos antes - después de la intervención quirúrgica. Esto indica

que se sienten inadaptados y que su concepto de si mismos depende de la retroalimentación de los demás.

5 casos (.26) con una probabilidad de .227 presentaron un cambio negativo después de la rinoseptoplastía, lo que señala que se sienten débiles e inadecuados y que su autoconcepto depende más de la condición de salud - enfermedad de su cuerpo.

El cabello se consideró en relación a las necesidades, madurez y vitalidad sexuales.

11 sujetos que representaron el .58 de todos los casos no hicieron cambios en el cabello antes - después de la cirugía. Esto significa que sus necesidades, vitalidad y por lo tanto madurez sexual son acordes a la etapa del desarrollo que viven.

7 casos (.37) con una probabilidad de .996 presentaron un cambio positivo después de la operación que refleja, que disminuyó su necesidad de mostrarse maduros en su comportamiento sexual.

Los ojos se refirieron a la percepción que tiene la persona de la realidad externa.

11 sujetos que representaron el .58 de todos los casos, no cambiaron los ojos antes - después de la intervención quirúrgica. Esto indica que son jóvenes extrovertidos y que tienden a la acción.

Por la probabilidad (.035) y por la significancia (.05) en esta variable se rechazó la hipótesis alterna lo que señala que la imagen corporal y el autoconcepto de los adolescentes no cambia por influencia de los ojos después de la rinoseptoplastía.

La nariz se tomó como las necesidades, madurez y vitalidad sexuales.

13 sujetos que representaron el .68 de todos los casos, no hicieron cambios en la nariz antes - después de la cirugía. Esto significa que sus necesidades, vitalidad y por tanto su madurez sexual son acordes a la etapa del desarrollo que viven.

5 casos (.27) con una probabilidad de .984 presentaron un cambio positivo después de la operación lo que refleja que la preocupación por su desarrollo sexual disminuyó.

La boca fue considerada como la capacidad del individuo para expresar sus necesidades emocionales a otros.

Todos los casos, es decir los 19 sujetos tuvieron presente a la boca en sus dibujos en el test y en el retest. Esto indica que son capaces de expresar sus necesidades emocionales a otros.

Las orejas se refirieron a la relación que establece la persona con los demás en cuanto a la aceptación ó críticas de su individualidad.

15 sujetos que representaron el .78 de todos los casos, no cambiaron el dibujo de las orejas antes - después de la intervención quirúrgica. Esto señala que son capaces de aceptar su individualidad y de aceptar las críticas que les hacen los demás.

La posibilidad de presentar cambios después de la rinoseptoplastia fue de .688 en cualquiera de las dos direcciones; es decir un cambio positivo o negativo (.11).

El cuello señaló el control de los impulsos corporales y agresivos.

11 sujetos que representaron el .58 de todos los casos, no hicieron cambios en el cuello antes - después de la cirugía. Esto significa que son impulsivos y con tendencias a la testarudez.

5 casos (.26) con una probabilidad de .363 presentaron un cambio negativo después de la operación lo que refleja rigidez en el control de sus impulsos agresivos y sensación de debilidad corporal.

Los hombros fueron tomados como símbolo de la seguridad que el individuo cree tener en sí mismo.

10 sujetos que representaron el .53 de todos los casos, no cambiaron los hombros antes - después de la intervención quirúrgica. Esto indica inseguridad.

Por la probabilidad (.020) y por la significancia (.05) en esta variable se rechazó la hipótesis de trabajo, lo que señala que la imagen corporal y el autoconcepto de los adolescentes no cambia por influencia de los hombros después de la rinoseptoplastia.

Los brazos fueron considerados como el contacto con el propio cuerpo, con los demás y con los objetos.

10 sujetos que representaron el .53 de todos los casos, no hicieron cambios en los brazos antes - después de la cirugía. Esto significa que son personas pasivas y que se sienten inferiores ó menos que los demás.

Por la probabilidad (.002) y la significancia (.05) en esta variable se rechazó la hipótesis alterna, lo que refleja que la imagen corporal y el autoconcepto de los adolescentes no cambia por influencia de los brazos después de la operación.

Las manos se refirieron al contacto con el propio cuerpo, con los demás y con los objetos.

11 sujetos que representaron el .58 de todos los casos, no cambiaron el dibujo de las manos antes - después de la intervención quirúrgica. Esto indica que el relacionarse con los demás, les causa ansiedad.

5 casos (.26) con una probabilidad de .855 presentaron un cambio positivo después de la rinoseptoplastía, lo que señala que son menos desconfiados que antes, cuando interactúan con otras personas.

El cuerpo fue tomado como el contacto que tiene el individuo con su propio cuerpo.

12 sujetos que representaron el .63 de todos los casos, no hicieron cambios al cuerpo antes - después de la cirugía. Esto significa que poseen un control precario sobre sus impulsos corporales y/o necesidades fisiológicas.

Por la probabilidad (.062) y la significancia (.05) en esta variable puede rechazarse la hipótesis de trabajo lo que refleja que la imagen corporal y el autoconcepto de los adolescentes no cambia por influencia del cuerpo después de la operación.

El tronco se consideró como la satisfacción que tiene la persona con su cuerpo.

4 sujetos que representaron el .21 de todos los casos, no cambiaron el dibujo del tronco en las figuras antes - después de la intervención quirúrgica. Esto indica que están insatisfechos con su cuerpo.

9 casos (.47) con una probabilidad de .304 presentaron un cambio negativo después de la rinoseptoplastía, lo que señala que además de la insatisfacción con sus cuerpos, se sienten inferiores o menos que los demás por esto.

Las piernas se refirieron al apoyo corporal y físico.

9 sujetos que representaron el .47 de todos los casos, no hicieron cambios a las piernas antes - después de la cirugía. Esto significa sentimientos de debilidad física.

6 casos (.32) con una probabilidad de .377 presentaron un cambio negativo después de la operación lo que refleja debilidad pero también inseguridad con respecto al cuerpo.

Los detalles se tomaron como desarrollo y conciencia del cuerpo.

8 sujetos que representaron el .42 de todos los casos, no cambiaron los detalles del dibujo antes - después de la intervención quirúrgica. Esto indica preocupación por el desarrollo del cuerpo.

6 casos (.32) con una probabilidad de .500 presentaron un cambio negativo en la realización de detalles después de la rinoseptoplastía, lo que señala una vez más esta preocupación.

No se pidió a los sujetos la historia que complementa a los dibujos de la figura humana; sin embargo se les hicieron preguntas concretas sobre cinco aspectos a saber:

Edad de las figuras dibujadas.- en el test la media fue de 17 años 6 meses y en el retest de 16 años 7 meses.

Ocupación.- en el test .47 de total de los casos manifestó que la figura se dedicaba al estudio; en el retest esto se incrementó al .74 del total de casos.

Qué tipo de actividad estaba realizando el personaje del dibujo.- 15 sujetos que representaron el .79 de todos los casos, no hicieron cambios en el tipo de actividad que estaba realizando el personaje antes - después de la cirugía; esta fue pasiva.

3 casos (.16) con una probabilidad de .312 presentaron un cambio en la actividad que realizaba la figura después de la operación de activa a pasiva.

Cualidades de la figura realizada.- las consideradas fueron las físicas y las emocionales. 13 sujetos que representaron el .68 de todos los casos, no cambiaron el tipo de cualidad asignada a las figuras antes - después de la intervención quirúrgica; estas fueron de índole emocional.

6 casos (.32) con una probabilidad de 1.0 presentaron un cambio en el tipo de cualidad física a emocional después de la rinoseptoplastía.

Defectos de la figura dibujada.- las consideradas fueron las físicas y las emocionales.

14 sujetos que representaron el .74 de todos los casos no hicieron cambios en el tipo de defecto asignado a las figuras antes - después de la cirugía; 8 fueron de índole emocional y 6 físico.

5 casos (.26) con una probabilidad de 1.0 presentaron un cambio en el tipo de defecto descrito a la figura dibujada después de la operación; 3 sujetos cambiaron de físico a emocional y uno de emocional a físico.

* ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE.

(Ver Tablas 2. Prueba "t". Resultados Hombres y 3. Prueba "t". Resultados Mujeres).

(Ver Figuras 1. Perfil General Hombres y 2. Perfil General Mujeres.)

En virtud de que de los 19 casos solo uno fue intervenido principalmente considerando los aspectos estéticos (rinoplastía) y dos los aspectos funcionales (septoplastía) se decidió dividir a la población según su sexo (mujeres 5 casos y hombres 14 casos) para el análisis de esta prueba.

Se obtuvo sólo una variable estadísticamente significativa para las mujeres; el Yo personal (.07) y tres para los hombres; el conflicto neto (.08), la variabilidad por renglón (.07) y la calificación 2 (.01).

Clínicamente se considera a la autocrítica como la imagen que presenta un individuo de si mismo a los demás.

Se obtuvo que las mujeres son personas con una apertura normal y saludable a lo que les rodea, dando una imagen real de si mismas.

Los hombres antes de la cirugía se encontraron defensivos y tratando de mostrar una imagen favorable; sin embargo en el retest éste esfuerzo disminuyó, teniendo la posibilidad de dar una imagen más real de si mismos.

T/F o total de frecuencias se refiere a la calificación más usada por los sujetos.

La descripción que hacen los sujetos de sí mismos (tanto mujeres como hombres) está enfocada a lo que son, aunque en los hombres como se mencionó anteriormente en la autocrítica, esta descripción es más real después de la cirugía y refleja un mejor conocimiento de sí mismos.

El conflicto se define como la congruencia o contradicción que percibe el individuo entre sus propias cualidades y defectos.

- Neto.- Resultó que ambos (mujeres y hombres) sobreamplifican sus cualidades (atributos positivos) y tratan de ocultar sus defectos (atributos negativos).

Esta variable fue estadísticamente significativa en los hombres (.08) lo que señala que después de la operación fueron capaces de ver un poco más los defectos que poseen.

- Total.- presentan confusión, contradicción y conflicto en su forma de percibirse y describirse así mismos en relación, a la satisfacción y/o aceptación; para las mujeres dentro de su familia y para los hombres con su propia persona.

La P (autoestima) se refiere al nivel total de estima que tiene el sujeto de sí mismo.

Los resultados señalan que son personas insatisfechas, con poca confianza en sí mismos, con frecuencia se sienten ansiosos e infelices y tienen dificultades para tomar decisiones; aunque después de la intervención quirúrgica se muestran un poco más contentos consigo mismos (en mujeres y hombres es igual).

El concepto que tiene un individuo de sí mismo se refleja a través de:

- El marco de referencia interno a partir del cual se describe la persona a sí misma. Este incluye la identidad (lo que yo soy), la autosatisfacción (cómo me siento conmigo mismo) y la conducta (lo que hago).

Todos los sujetos de esta muestra tienen una pobre opinión de sí mismos; las mujeres en relación a su valía moral, a sus relaciones con Dios y a sus sentimientos de ser una persona buena o mala; los hombres en relación a sus sentimientos de adecuación, méritos y valor como miembros de una familia.

- El marco de referencia externo a partir del cual se evalúa la persona en relación con los demás. Este marco incluye el Yo físico, el Yo ético-moral, el Yo personal, el Yo familiar y el Yo social.

En las mujeres la variable del Yo personal fue estadísticamente significativa (.07) lo que significa que se encuentran insatisfechas consigo mismas en relación a lo que sienten que valen como personas cuando se comparan con los demás (es decir, que se sienten menos a las demás personas). Esta aceptación y sentimientos de adecuación son inferiores en el retest, lo que hace pensar que este conflicto aumenta después de la rinoseptoplastia.

En los hombres se encontró que están insatisfechos por la forma en que se comportan con su círculo de allegados cercanos e inmediatos (por ejemplo familia o amigos). La cirugía no modificó en ellos esta percepción.

La variabilidad es la consistencia o inconsistencia de la percepción que tiene el sujeto de sí mismo en las diferentes áreas de su vida.

Resultó en esta población que su autoconcepto es variable e inconstante; es decir en la opinión que tienen de sí mismos en relación a su personalidad y conducta.

En los hombres esta inconsistencia fue estadísticamente significativa en el marco de referencia interno (variabilidad en las hileras; .07). Esto es, en el cómo se describen a sí mismos por la satisfacción y/o aceptación que tienen de su propia persona. En el retest resultaron más inconsistentes en esta aceptación y/o satisfacción consigo mismos.

La distribución refleja la seguridad que tiene el individuo sobre la manera en que se ve a sí mismo.

Las mujeres resultaron mas definidas y seguras en lo que piensan y dicen de sí mismas que los hombres, quienes son mas inseguros y desconfiados en cuanto a la forma en que se describen a sí mismos.

Esto se encontró en las respuestas que dieron los hombres con calificación 2 y que fueron estadísticamente significativas (.01). Esta inseguridad aumentó después de la cirugía.

V. DISCUSIÓN.

De acuerdo a las definiciones planteadas en el desarrollo de este estudio, donde la imagen corporal es la intuición que tiene una persona de su cuerpo en relación con el espacio de los objetos y de las personas; se encontró que los jóvenes de esta muestra, están preocupados por el desarrollo de su cuerpo. Están insatisfechos en cómo se ha desarrollado éste cuando se comparan con sus contemporáneos (en las mujeres este conflicto aumenta después de la cirugía) porque sienten que aún son torpes para manejarlo, que no se están desarrollando "normalmente" y que el control que tienen sobre sus necesidades e impulsos corporales es deficiente.

Blos P (6) en relación al desarrollo de la imagen corporal plantea que los jóvenes en la adolescencia se orientan a establecer una definición de sí mismos, intentando responder a la pregunta "¿quién soy yo?", primero desde una perspectiva física o corporal y posteriormente emocional y de personalidad; aunque menciona que no puede establecerse un paralelo entre los cambios que ocurren simultáneamente en los aspectos anatómicos, fisiológicos, mentales emocionales.

El adolescente inevitablemente tiende a comparar su propio desarrollo corporal con el de sus contemporáneos. La mayoría están interesados por la normalidad de su estado físico, pero la ausencia de normas de edad definidas respecto a la fisiología, contribuye a su incertidumbre (¿estoy bien?, ¿soy normal?).

Los aspectos que se encontraron en esta muestra en relación a la imagen corporal son iguales a los descritos en la literatura, motivo por el cual puede rechazarse nuestra hipótesis inicial y concluir que la imagen corporal de los adolescentes no cambia después de una rinoseptoplastía.

El autoconcepto es la opinión que tiene una persona sobre su propia personalidad y conducta.

Se encontró en términos generales que el autoconcepto de esta población es variable e inconstante, porque experimentan confusión, contradicciones y conflicto en su forma de percibirse y describirse a sí mismos. Esto probablemente a consecuencia de la pobre opinión que tienen de si mismos y a la insatisfacción que experimentan; las

mujeres en relación a su moralidad (relaciones con Dios y sentimientos de ser personas buenas o malas) y los hombres, en relación a la familia (sentimientos de adecuación, méritos y valor dentro de su núcleo familiar).

Blos P (6) refiere que en la adolescencia surge la búsqueda de nuevos valores a través de diferentes formas, entre ellas a través de las experiencias religiosas y por la valoración, confrontación y experimentación de lo que se ha aprendido en la familia y lo que se descubre afuera de ella a través de los amigos.

Los jóvenes de este estudio, se sienten inseguros en el cómo controlar y expresar sus impulsos agresivos, por lo que continuamente caen en comportamientos testarudos.

Cuando se comparan con los demás se sienten menos, tienen poca confianza en sí mismos y en los demás, frecuentemente se sienten ansiosos e infelices y tienen problemas para tomar decisiones que implican tomar una postura definida y determinada.

Todos estos aspectos se mantuvieron igual después de la rinoseptoplastía; no así los siguientes puntos que mejoraron:

- * Mayor seguridad y satisfacción consigo mismos en relación a lo que sienten y hacen.

- * Los hombres dieron una imagen más real de sí mismos al disminuir sus defensas. (el querer quedar bien a los ojos de los demás).

- * Logran hacer la diferenciación entre lo que sienten y piensan.

- * Menor sobreafirmación de sus cualidades emocionales y mayor capacidad para ver sus propios defectos físicos y emocionales.

Por lo tanto, puede concluirse que el autoconcepto de los adolescentes cambia sólo en la conducta emocional después de una rinoseptoplastía.

La segunda hipótesis de trabajo planteada en esta investigación que pretendía determinar si la imagen corporal y el autoconcepto de los adolescentes que son sometidos a una rinoplastia funcional es diferente a los que son sometidos a una rinoplastía estética, no pudo ser analizada en función de que de toda la población (19 sujetos) sólo uno fue intervenido por aspectos estéticos y dos por aspectos funcionales.

Sería interesante en un futuro, analizar qué influencia ejerce la familia (y más específicamente en relación al manejo disciplinario y en la dinámica de las relaciones de la misma) sobre los jóvenes que son sometidos a una rinoseptoplastia, ya que pareciera que las observaciones realizadas por el Dr. De la Torre que nos motivaron a llevar a cabo este estudio, son consecuencia del desarrollo propio del adolescente y del soporte que puede brindarle el grupo familiar y no consecuencia directa de una cirugía de éste tipo, para la consolidación de la autoimagen corporal y el autoconcepto...

En este estudio clínico se encontró que los jóvenes de esta muestra están preocupados por el desarrollo de su cuerpo y no están satisfechos en cómo se ha desarrollado éste cuando comparan con sus contemporáneos (en las mujeres este conflicto aumenta después de la cirugía, porque sienten que no se están desarrollando "normalmente") y que el control que tienen sobre sus necesidades e impulsos corporales es deficiente. Cash y Horton (26) han identificado que la apariencia del individuo es importante por la retroalimentación que reciben de su medio; si ésta es positiva creará confort a la persona. Los pacientes con rinoseptoplastia asumen un cambio y reaccionan a éste de acuerdo a experiencias o factores racionales e irracionales previos. La primera observación después de esta experiencia, ocurre en torno a los amigos y familia, quienes son realmente una gran influencia. Si el resultado es una retroalimentación positiva, el paciente incrementará su autoimagen y dará un enfoque positivo a su vida. (31,35) Otros resultados que se limitan a la rinoplastia reafirman que hay factores psicológicos previos que influyen en el procedimiento quirúrgico cuando hay estados de ansiedad preexistentes el individuo es más vulnerable a un daño psicológico posterior.(34,37) Durante el periodo post operatorio, los pacientes pueden expresar sus sensaciones y sentimientos de acuerdo a los resultados, y ocurre así un ajuste psicológico a su nueva auto imagen. La depresión y ansiedad pueden presentarse como inconformidad. (32,33)

Marcus (27) concluye que la rinoseptoplastia cosmética, puede tener grandes beneficios a corto y largo plazo en una persona debido a los cambios psicológicos identificados como resultado de las nuevas expectativas de vida. (41) En los estudios

realizados por este autor, individualiza al paciente realizándole preguntas que le sirvan al paciente para cuestionarse las causas que favorecen o perjudican su estado psicológico, los cambios en la autoimagen después de la cirugía y cuales serán sus expectativas de vida. (36,39)

Copas y Robin (8) igual que en nuestro estudio, realizan cuestionarios a través de los cuales, describen y seleccionan a los pacientes que serán sometidos a una rinoseptoplastia. La evaluación se enfoca a la apariencia (autoimagen) y a la definición de su cuerpo (esquema corporal). Han encontrado puntajes mejores antes de la cirugía comparados con los resultados posteriores a la rinoseptoplastia. Klabunde y Falces (28) en 300 sujetos seleccionados, observaron que en el 95% los resultados quirúrgicos fueron excelentes y que los pacientes quedaron satisfechos con la cirugía; aunque aproximadamente el 10% necesitaron uno o más procedimientos secundarios al año de seguimiento. Barsky (29) señala la relación entre el estrés mental originado por la intervención, y la ansiedad que exagera a las emociones, posterior a una cirugía cosmética nasal. Druss (30) sugiere que la cooperación entre el cirujano plástico y el psiquiatra es trascendental en el manejo de los efectos de la operación; ya sea por plena satisfacción del paciente en el tratamiento quirúrgico que conlleva una nueva autoimagen positiva, o bien por la desilusión del individuo con el resultado del procedimiento y que puede acarrear una autoimagen negativa. Los estudios de Clarkson y Stafford (31) dividen a los sujetos en dos grupos: uno de psicopáticos y otro no psicóticos. En el segundo grupo los resultados son satisfactorios si la deformidad nasal se corrige; sin embargo en el primero, se incrementaron los datos de esquizofrenia y de disgusto personal, si la autoimagen/apariencia resultante no es la deseada. Lejour y Lecocq (48) consideran que la cirugía estética puede ser aplicada solo a los individuos plenamente adaptados sin embargo; el contacto con el psicólogo debe ser simultáneo a fin de disminuir las posibles alteraciones emocionales en el post operatorio. (40,42)

VI. CONCLUSIONES.

1.- El presente estudio enfatiza la necesidad de realizar una evaluación psicológica en todos los pacientes adolescentes que van a someterse a una Rinoseptoplastia, como se demostró en otros estudios.

2.- Esta evaluación permitirá identificar pacientes con trastornos de la Personalidad que harán que un resultado anatómico y/o estético satisfactorio no siempre se vea acompañado de una satisfacción personal.

3.- Los Resultados del presente estudio no demostraron cambios en la Autoimagen.

4.- En el Autoconcepto se apreciaron cambios relativos al área emocional, lo cual coincide con diversos autores.

Tabla 1.
Dibujo de la Figura Humana. Machover.
Prueba de los Signos. Resultados

	-	=	+	Probabilidad/Significancia
Posición de la figura	1 caso 0.05	11 casos 0.58	7 casos 0.37	0.996
Secuencia	4 casos 0.21	13 casos 0.68	2 casos 0.11	0.344
Tamaño	3 casos 0.16	13 casos 0.68	3 casos 0.16	0.656
Simetría	6 casos 0.32	8 casos 0.42	5 casos 0.26	0.5
Borrones	2 casos 0.11	10 casos 0.52	7 casos 0.37	0.98
Cabeza	5 casos 0.26	12 casos 0.63	2 casos 0.11	0.227
Cabello	1 caso 0.05	11 casos 0.58	7 casos 0.1	0.996
Ojos	6 casos 0.32	11 casos 0.58	2 casos 0.1	0.035
Nariz	1 caso 0.05	13 casos 0.68	5 casos 0.27	0.984
Boca	0 casos	19 casos 1	0 casos	
Orejas	2 casos 0.11	15 casos 0.78	2 casos 0.11	0.688
Cuello	5 casos 0.26	11 casos 0.58	3 casos 0.16	0.363
Hombros	8 casos 0.42	10 casos 0.53	1 caso 0.05	0.02
Brazos	9 casos 0.47	10 casos 0.53	0 casos	0.002
Manos	3 casos 0.16	11 casos 0.58	5 casos 0.26	0.855
Cuerpo	6 casos 0.32	12 casos 0.63	1 caso 0.05	0.062
Tronco	9 casos 0.47	4 casos 0.21	6 casos 0.32	0.304
Piernas	6 casos 0.32	9 casos 0.47	4 casos 0.21	0.377
Detalles	6 casos 0.32	8 casos 0.42	5 casos 0.26	0.5
Actividad	3 casos 0.16	15 casos 0.79	1 caso 0.05	0.312
Cualidades	0 casos	13 casos 0.68	6 casos 0.32	1
Defectos	0 caso	14 casos 0.74	5 casos 0.26	1

Tabla 2.
Escala de Autoconcepto. Tennessee.
Prueba "t". Resultados Hombres.

		Test media	Retest media	2 Tail Prob.
Autocrítica		38	38	0.88
T/E		2.02	1.79	0.12
Conflicto	Neto	36	28	0.08
	Total	52	46	0.1
P (autoestima)		318	317	0.83
Total Positivos:				
I Renglón	Identidad	117	116	0.48
	Satisfacción	100	100	0.92
	Conducta	101	101	0.97
II Columna	Yo físico	66	68	0.35
	Yo moral	59	56	0.2
	Yo familiar	63	63	0.9
	Yo social	65	65	0.82
Variabilidad	Total	54	59	0.3
	Columna	32	33	0.65
	Renglón	22	25	0.07
Distribución		126	119	0.2

Tabla 3.
Escala de Autoconcepto. Tennessee.
Prueba "t". Resultados Mujeres.

		Test media	Retest media	2-Tail Prob.
Autocrítica		33	36	0.34
T/F		2.34	2.1	0.49
Conflicto	Neto	40	36	0.56
	Total	53	52	0.87
P.(autoestima)		323	334	0.44
Total Positivos				
I Renglón	Identidad	121	124	0.49
	Satisfacción	96	102	0.28
	Conducta	106	107	0.79
II Columna	Yo físico	69	66	0.58
	Yo moral	64	64	0.91
	Yo personal	66	67	0.07
	Yo familiar	63	63	0.87
	Yo social	64	71	0.14
Variabilidad	Total	51	55	0.56
	Columna	37	20	0.91
	Renglón	21	31	0.29
Distribución		118	132	0.24

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Chaplin J.P. DICTIONARY OF PSYCHOLOGY. Dell Publishing Co. Inc. 1968.
2. Guido-Macías y Valdés Tamayo. DESARROLLO INFANTIL. ESTRUCTURA DE LA REALIDAD EN EL NIAO, Ed. Trillas.1996.
3. Sánchez S, et al. DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO DE EDUCACIÓN ESPECIAL. Diagonal Santillana. 1985.
4. Schilder P. IMAGEN Y APARIENCIA DEL CUERPO HUMANO. Paidós. 1989.
5. Lorenzo-González J. PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD. Biblioteca Nueva. Madrid. pp. 345-427. 1987.
6. Evans D.W. SELF-COMPLEXITY AND ITS RELATION TO DEVELOPMENT, SYMPTOMATOLOGY AND SELF-PERCEPTION DURING ADOLESCENCE. 1994. Child Psychiatry and Human Development. 24, 173-182.
7. Blos P. PSICOANÁLISIS DE LA ADOLESCENCIA. Joaquín Mortiz Editores. 1971.
8. Goldenson R. THE ECYCLOPEEDIA OF HUMAN BEHAVIOR: PSYCHOLOGY, PSYCHIATRY AND MENTAL HEALT. Doubleday 8 Co, Inc. 1970.
9. Kostanski M y Gullone E. BODY IMAGE DISSATISFACTION: RELATIONSHIPS WITH SELF-ESTEEM, ANXIETY AND DEPRESSION CONTROLLING FOR BODY MASS. J. Child Psychol Psychiat 1988; 39 (2): 255-262
10. Altman KH. SELF-PERCEPTON IN LATE ADOLESCENCE: AN INTERACTIVE PERSPECTIVE. Adolescence 1995; 30 (119): 579-591.
11. Mc.Cabe M, Marwit S.J. DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY, PERCEPTION OF ATTRACTIVENESS, AND BODY IMAGE IN CHILDREN. J. Child Psychol. Psychiat. 1993; 34, (7): 1117-1124.
12. Offer. Cuestionario de Autoimagen de Offer (Offer Self Image Quertionnaire), 1981. Capitulo 8.
13. Fitts WH. Tennessee self Mental Healt. 1965.
14. Feldfogen D. y Zimerman A. EL PSIQUISMO DEL NIÑO ENFERMO ORGÁNICO. Paidós. 1981.
15. Durville S. EL GRAN JUEGO DEL YO. Martínez Roca Editores. 1981.

16. Freud S. THE EGO AND THE ID (1923). Standard Edition of the Complete Psychological Works. Vol. XIX. The Hogarth Press. 1961.
17. Offer D, Ostrov E, Howard KI: The Adolescent: A Psychological Self-Portrait. New York, Basic Books, 1981.
18. Hall CS. La teoría del si mismo y la personalidad. México Paidós. 1984.
19. Wainwright G. EL LENGUAJE DEL CUERPO. Ediciones Pirámide. S.A. 1988.
20. Erikson E. SOCIEDAD Y ADOLESCENCIA. Siglo XXI Editores. 5ª Edición. 1979.
21. Evans D.W, Brody L, Noam G.G. SELF PERCEPTIONS OF ADOLESCENTS WITH AND WITHOUT MOOD DISORDER: CONTENT AND STRUCTURE. J. Child Psychol. 1995; 36 (8):1337-1351.
22. Compas B, Phares V, Banez G.A, Howell D.C. CORRELATES OF INTERNALIZING AND EXTERNALIZING BEHAVIOR PROBLEMS: PERCEIVED COMPETENCE, CAUSAL ATTRIBUTIONS, AND PARENTAL SYMPTOMS. Journal of Abnormal Child Psychology 1991; 19: 197-218.
23. Evans D.W, Noam G, Wertlieb D, Paget K, Wolf M. SELF-PERCEPTION AND ADOLESCENT PSYCHOPATHOLOGY: A CLINICAL-DEVELOPMENTAL PERSPECTIVE. American Journal of Orthopsychiatry 1994; 64: 293-300.
24. Cross J.F, Cross J. AGE, SEX, RACE, AND THE PERCEPTION OF FACIAL BEAUTY. Developmental Psychology 1971; 5: 433-439.
25. Lerner R.M, Karabenick S.A, Stuart J.L. RELATIONS AMONG PHYSICAL ATTRACTIVENESS, BODY ATTITUDES AND SELF-CONCEPT IN MALE AND FEMALE COLLEGE STUDENTS. Journal of Psychology 1973; 85: 119-129.
26. Cohen J. STATICAL POWER ANALYSIS FOR THE BEHAVIORAL SCIENCES. New York: Academic Press Inc 1977. pp. 221 y 225.
- ADOLESCENT MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. J. Child Psychol Psychiat 1993.
27. Ingersoll GM, Orr DP: Behavioral and emotional risk in early adolescents. J. Early Adolesc. 9:396, 1989.
28. Inhelder B, Piaget J: The Growth of logical Thinking from Childhood to Adolescence. New York, Basic Books, 1958.

29. Gibson M, Commolly FH: The incidence of schizophrenia and severe psychological disorders in patients 10 years after cosmetic rhinoplasty. *Br J Plast Surg* 1975; 28: 125-159.
30. Wright, William, Wright, MD. A Psychological Study of Patients Undergoing Cosmetic Surgery. *Arch. Otolaryngol* 1975 Mar, 101 (3): 145-151.
31. Cash TF, Horton CE. Aesthetic surgery: effects of rhinoplasty on the social perception of patients by others. *Plast Reconstr Surg* 1983 Oct, 72 (4): 543-550.
32. Copas JB, Robin AA. The facial Appearance Sorting Test (FAST): an aid to the selection of patients for rhinoplasty. *Br J Plast Surg* 1989 Jan; 42 (1): 65-69. 34 No 8. pp. 1399-1407
33. Sheard C, Jones NS, Quraishi MS, Herbert M. A prospective study of psychological effects of rhinoplasty. *Clin Otolaryngol* 1996 Jun; 21 (3):232-236.
34. Res, MD. Baker, Tabbal. *Rhinoplasty. Problems and Controversies. The C:V: Mosby Company Washinton, D:C: 1988: 1-5.*
35. Anderson, MD. On the Selection of Patients for Rhinoplasty. *Otolaryngologic Clinics of North America* 1975 Oct; 8 (3): 685-701.
36. Marcus. Psychological aspects of cosmetic rhinoplasty. *British Journal of Plastic Surgery* 1984, 37: 313-318.
37. Tobin HA, Webster RC. The less-than-satisfactory rhinoplasty: comparison of patient and surgeon satisfaction. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1986 Jan; 94 (1): 86-95.
38. Last, Moses, Mahler. Mental health correlates of valid perception of nasal deformity in female applicants for aesthetic rhinoplasty. *Aesthetic Plas Surg* 1983; 7 (2), 77-80.
39. Feiss R, Real JP. Rhinoplasty: psychological aspects. Psychiatrist/surgeon collaboration. Apopos of 207 patients surgically treated 1 or more times between 1980 and 1986. *Am Chir Esthet* 1989; 34 (5): 392-394.
40. Goin MK, Rees TD. A prospective study of patients' psychological reactions to rhinoplasty. *Institute of Reconstructive Plastic Surgery, New York University Medical Center, NY. Mar 1998.*
41. Guyurin B, Bokhari F. Patient satisfaction following rhinoplasty. *Aesthetic Plas Surg* 1996 Mar; 20 (2): 153-157.

42. Bittle RM. Psychiatric evaluation of patients seeking rhinoplasty. *Otolaryngol Clin North Am* 1975 Oct; 8 (3): 689-704.
43. Meyer L., Jacobsson S. Psychiatric and psychosocial characteristics of patients accepted for rhinoplasty. *Amm Plast Surg* 1987 Aug; 19 (2):117-130.
44. Connolly FH, Gipson M. Dismorphophobia- a long-term study. *Br J Psychiatry* 1978 Jun; 132: 568-570.
45. Barsky, A.J. Psychology of the patient undergoing plastic surgery. *American Journal of Surgery* 1944; 65:238.
46. Claskson, P, Stafford. The role of the plastic surgeon and psychiatrist in the surgery of appearance. *British Medical Journal* 1960: 1768.
47. Druss, Symonds, Crikelair. The problem of somatic delusions in patients seeking cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1971; 48: 246.
48. Lejour, Lecocq. Implications psychologiques de la chirurgie esthétique. A propos d' une étude de 68 cas. *Acta Chirurgica Belgica* Janvier 1975; 1: 5-24.