

## **CIRUGÍA ESTÉTICA: IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS**

*José Guimón (Catedrático de Psiquiatría de la UPV)*

### **SUMMARY**

The author reviews the normal reasons and pathological causes for which plastic surgery operations are sought and points out the indications and contraindications of these procedures. Over recent months we have been bombarded with contradictory information on plastic surgery operations. On the one hand, we are told that one of every ten people around us (older women, adolescents, princesses and, in a growing percentage, men) seek and obtain personal help through these operations. On the other hand, we are warned of the dangers, for the unsuspecting, of some operations performed on children and adolescents, undertaken by ruthless physicians (cf. the French surgeon recently arrested on the Costa Brava). This confusing information leads us to comment on a number of psychological and sociological aspects which these operations involve - operations which, by all appearances, will be increasingly frequent in the future. The author reviews the normal and pathological reasons for which plastic surgery is sought, and points out the indications and contraindications of these procedures.

## KEY WORDS

Plastic operations, reasons.

## RESUMEN

El autor revisa las causas normales y patológicas por las que se buscan intervenciones quirúrgicas estéticas y señalar las indicaciones y contraindicaciones de estos procedimientos. En los últimos meses se nos bombardea con datos contradictorios sobre las intervenciones de cirugía estética. Por una parte, se nos afirma que una de cada diez personas de nuestro entorno (mujeres maduras, adolescentes, princesas y, en porcentaje creciente, varones) buscan y obtienen ayuda personal a través de esas intervenciones. Por otra, se nos cuentan los peligros que algunas intervenciones practicadas en niños y adolescentes y realizadas a veces por médicos desaprensivos (véase el cirujano francés recientemente detenido en la Costa Brava) suponen para los poco precavidos. Estas informaciones confusiónantes nos inclinan a comentar algunos aspectos psicosociológicos que conllevan estas operaciones que, por otra parte, todo indica que serán más y más frecuentes. El autor revisa las causas normales y patológicas por las que se buscan intervenciones quirúrgicas estéticas y señalar las indicaciones y contraindicaciones de estos procedimientos

## PALABRAS CLAVE

Cirugía estética, causas.

## 1. LA APRECIACIÓN DE NUESTRA APARIENCIA FÍSICA

La gente busca intervenciones estéticas para mejorar la apreciación de su propio cuerpo. Se llama "esquema corporal" a la representación del cuerpo propio, derivada de la información proporcionada por los sentidos, y respecto a la cual juzgamos nuestra corporalidad(1, 2). Pero en el curso del desarrollo infantil, el cuerpo, cada vez mejor conocido, va siendo el depósito de afectos ("catexis libidinales") vehiculizados a través de la imagen materna(3). De esta manera, al concepto más bien neurológico de esquema corporal que ha sido revisado

recientemente, (4-6) viene a añadirse y superponerse el de "imagen del cuerpo"(7), concepto netamente psicoanalítico gracias al que el ser humano puede "experimentarse", vivirse, como una entidad individual, diferenciada, unificada y constante(6).

La vivencia del cuerpo es uno de los elementos más importantes de la estima propia y las personas que nacen o adquieren deformidades suelen tener sentimientos de inseguridad. Pero la valoración del cuerpo propio (que puede medirse con algunos tests)(8) depende, como decía Sartre(9), de "la mirada del otro" y, en suma, de las exigencias que sobre la apariencia física tienen las distintas culturas. En la actualidad, los medios de comunicación nos recuerdan que una persona atractiva tiene que parecerse a tal o cual artista, a tal o cual imagen idealizada. Pocas personas (especialmente mujeres) pueden llegar a obtener esa imagen, lo que les produce sentimientos de inseguridad.

Hay situaciones que activan la vergüenza del cuerpo propio(10), como el hablar en público, que produce frecuentemente ansiedades con manifestaciones corporales: torpeza muscular, enrojecimiento, dificultades de voz. En esa situación los demás le pueden escudriñar a uno sin que uno pueda, por el contrario, escudriñar a los demás lo que angustia incluso a los actores muy experimentados.

Los artistas plásticos saben que determinadas posturas o situaciones corporales favorecen la creatividad y otras que la disminuye porque la creatividad no es posible sin una acción motora o muscular y es despertada por sensaciones corporales(11). Al estudiar ciertas obras de Picasso, algunos críticos han observado una preocupación intensa acerca de la integridad corporal y que la mutilación del cuerpo es un tema persistente e importante: cuerpos fraccionados de hombres y animales, cabezas vistas simultáneamente de frente y de perfil, etc. Según su ex-amante Françoise Gilot, Picasso tenía una preocupación excesiva por la forma displásica de su cuerpo (excesivamente bajo pero con espaldas grandes). Temía ir al sastre porque anticipaba que haría comentarios sobre la falta de armonía de su cuerpo por lo que llevaba uno o dos trajes hasta que se rompían. Le molestaba también que le cortaran el pelo. Según Sabartes las ansiedades corporales de Picasso y sus dificultades de aprendizaje de la separación de su padre jugaron un papel importante en su creatividad.

Por otra parte, los defectos físicos y las enfermedades invalidantes infantiles favorecen la creatividad plástica porque producen una discrepancia entre el ideal del propio cuerpo y su realidad deformada, que genera sentimientos depresivos y estimula un deseo de reparación, vehiculado a menudo a través de la actividad artística. Así, una proporción estadísticamente significativa de grandes pintores padecieron deformidades o incapacidades. Toulouse Lautrec, por ejemplo, llegaría a decir que "si hubiera tenido las piernas más largas nunca hubiera pintado un lienzo".

Hay personas que deforman la apariencia de su cuerpo para sobrecompensar sus inseguridades. Los tatuajes, por ejemplo, son como una segunda piel o un adorno. Las palabras y las frases en los tatuajes indican frecuentemente identificación con una figura importante (madre o amigo significativo) o una banda. Algunos delincuentes se dan cuenta de que sus tatuajes sirven para advertir acerca de sus afiliaciones y fuentes del poder.

Muchos jóvenes se sienten impelidos a mostrar a los demás desvergonzadamente que tienen un cuerpo inferior, desagradable, sucio, feo o difícil de catalogar sexualmente, como algunos marginales(12). Los transvestistas que se visten de mujer buscan con ello la desaprobación del *stablishment* y la aprobación de sus pares(13). Dramatizan sus cuerpos de una forma negativa en un gesto de vanguardia(13). En ese contexto, las ropas han tomado una gran importancia como medio de protesta y expresión de posición, para transmitir mensajes políticos.

## 2. PSICOPATOLOGÍA DE LA VIVENCIA DEL CUERPO

No es de extrañar, con todo lo que hemos comentando, que en distintos trastornos psiquiátricos se observen alteraciones, a veces graves, de la vivencia del cuerpo propio(14-24). Las alteraciones varían desde la simple valoración negativa de la apariencia física hasta los delirios monosintomáticos (p.ej, la «halitosis» o creencia injustificada en el mal olor propio, los delirios de «infestación», etc.).

El llamado trastorno dismórfico corporal (o dismorfofobia) o creencia inadecuada de tener un cuerpo defectuoso o feo, que sigue despertando el interés de los psicólogos (25) y que se asocia frecuentemente a la fobia social y al trastorno obsesivo-compulsivo. En ocasiones, se presenta como una valoración inadecuada de la musculatura propia(26) como en algunos adictos al «*body-building*». Sin embargo, en otros casos, adquiere un carácter delirante(27, 28). Por ejemplo, en los estadios iniciales de la esquizofrenia se observan frecuentemente impresiones de cambio en la fisonomía propia y la adopción de posturas corporales extrañas. Existen casos, poco frecuentes aunque interesantes, de la identidad respecto a la integridad corporal, como la «apotemnofilia»(29, 30), deseo imperioso de algunos sujetos de que se le ampute un miembro sano (con o sin placer sexual asociado a estos deseos) y la «acrotomofilia», interés erótico hacia los amputados. Y, ya como anécdota con miras al futuro, se puede señalar que, desde que se han realizado trasplantes de la cara de cadáveres, se están discutiendo ampliamente las cuestiones psicológicas y éticas implicadas.

## 3. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA

En cualquier caso, otras solicitudes hoy muy comentadas, como las de los transexuales de que se les modifique su sexo deben ser atendidas porque, como ha mostrado Kraemer(31), la mayoría logran una confianza mayor en sí mismos y en su atractivo, aunque conviene realizar estudios psicológicos previos pues existen algunos resultados muy negativos en ese sentido.

Muchas personas con dismorfofobia solicitan la cirugía estética. Hay que recordar que la insistencia del paciente no es un signo predictor de una buena aceptación futura del resultado. El cirujano de estética, como toda persona que tiene que adoptar decisiones importantes, se ve sometido, al sopesarlas, a factores provenientes de su propio psiquismo y, en determinadas circunstancias, puede inclinarse a aceptar con mayor facilidad, ante la insistencia del paciente, una intervención de dudosa indicación, como ilustramos en su día con los Rafael Uribe y Miguel Gutierrez(32).

Los sujetos portadores de psicosis esquizofrénicas o de cuadros afines deben ser, salvo en casos excepcionales, excluidos de la cirugía estética. Con excesiva frecuencia, solicitan tal tipo de intervenciones con propósitos auto mutiladores, o en la creencia de que una modificación de su aspecto físico podría solucionar sus dificultades. Está claro, sin embargo, una intervención quirúrgica no puede resolver problemas basados en conflictivas psicológicas mucho más profundas.

Así mismo resulta peligroso indicar intervenciones de este tipo en sujetos que, en el momento de solicitarlas, se hallen padeciendo un cuadro depresivo de cierta intensidad. Por supuesto que, ante defectos estéticos, pueden producirse reacciones depresivas susceptibles de mejorar con una intervención. Pero, ante un síndrome depresivo de intensidad grave, se debe solicitar la ayuda del psiquiatra para que mejore la sintomatología y permita al paciente, una vez recuperado de su depresión, elegir más libremente entre la posibilidad de renunciar o pedir de nuevo la intervención.

Sin embargo, existen numerosas personas que tienen una impresión justificada de fealdad. Por otra parte, con ocasión de accidentes o enfermedades, la vivencia de nuestro cuerpo sufre modificaciones muy evidentes, por ejemplo, en caso de amputaciones (brazos, piernas, nariz, pecho o pene). Muchas personas desean, finalmente, luchar contera los estragos que la edad hace en la apariencia de sus cuerpos. Y ello a veces por razones puramente de satisfacción personal pero otras por motivaciones externas, como la búsqueda de trabajo. Recordemos que las personas de buen aspecto físico encuentran trabajo más fácilmente que los demás. Parecidas motivaciones llevan a algunos padres a intentar disimular los rasgos físicos de sus hijos con trisomía, a muchos orientales a rectificar la abertura de sus

párpados o a algunos inmigrantes latinos a modificar quirúrgicamente sus “rasgos étnicos” faciales.

La cirugía estética, sin ser una panacea, proporciona frecuentemente seguridad a las personas sanas que recurren a ella. Y en ese número se encuentran la mayoría de los casos a lo que nos hemos referido al principio. También puede ayudar a personas con trastornos psicológicos reactivos. Así, varios estudios han demostrado que las mujeres mastectomizadas a las que se realiza reconstrucción mamaria o se les aplica prótesis tienen sentimientos más positivos respecto de sus cuerpos y menos síntomas psíquicos que las de un grupo de control(33). Sin embargo, el hallazgo de un mayor número de conductas suicidas y parasuicidas en este tipo de pacientes, obliga a ser cautelosos(34).

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

1. de Ajuriaguerra J, Hecaen H. Le Cortex cérébral : étude neuro-psycho-pathologique. 1ère édition, 1949 ed. Paris: Masson; 1960.
2. Lhermitte J. L'image de notre corps. Nouvelle Revue Critique, Paris 1939.
3. de Ajuriaguerra J. L'enfant et son corps. L'Information Psychiatrique 1971;47(5):391-402.
4. Cumming WJK. The neurobiology of the body schema. British Journal Of Psychiatry 1988;153(suppl. 2):7-11.
5. Buklina S. The unilateral spatial neglect phenomenon in patients with arteriovenous malformations of deep brain structures. Neurosci Behav Physiol. 2002;32(6):555-60.
6. Guimon J. From the body shema to the body image. In: Guimon J, Fredenrich A, editors. The body in psychotherapy. Geneva: Médecine et Hygiène; 1997.
7. Schilder P. The image and appearance of the human body: Studies in the constructive energies of the psyche. Kegan Paul, Trench Trubner & Co ed. London: Paul Kegan; 1935.
8. Guimon J. The evaluation of the body experience and image. In: Guimon J, Fredenrich A, editors. The body in psychotherapy. Geneva: Médecine et Hygiène; 1997.
9. Sartre JP. L'Être et le Néant. Paris: Gallimard; 1943.
10. Guimón J. Los lugares del cuerpo. Madrid, Buenos Aires: Paidós; 1996.
11. Guimón J. Creatividad y Homeostasis. In: Guimón J, editor. Mecanismos psico-biológicos de la Creatividad artística. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2003. p. 177-185.
12. Guimón J. La desvergüenza: Entre el pudor y la obscenidad. Madrid: Espasa Hoy; 2005.

13. Guimón J. Exhibicionismo. Actitud y Perversión. Revista de terapia sexual y de la pareja 2004(19):70-82.
14. Guimon J. La evolucion de la vivencia del cuerpo en el curso del tratamiento del enfermo depresivo. In: Mesa Redonda sobre depresiones; 1973: Sandoz; 1973. p. 123-133.
15. Guimon J. Disorders of the experience of self. In: Guimon J, Fredenrich A, editors. The body in psychotherapy. Geneva: Médecin e et Hygiène; 1997.
16. Guimon J. Corporality and psychoses. In: Guimon J, Fredenrich A, editors. The body in psychotherapy. Geneva: Médecin e et Hygiène; 1997.
17. Guimon J, Barraquer Bordas L. Estudio de las praxias y de la operatividad en un síndrome cerebral difuso de evolucion regresiva. Revista de Neurologia 1973(22-31).
18. Guimon J, Basaguren E. Changes in perception of one's state of health. In: Guimon J, Fredenrich, editors. The body in psychotherapy. Genev: Médecin et Hygiène; 1997.
19. Guimon J, Laforgue J. Alteraciones del esquema corporal manifestadas en la representacion grafica del cuerpo en el alcoholismo cronico. Revista de Psicología General y Aplicada 1974:862-874.
20. Guimon J, Lopez JM, Gutiérrez M, Atucha K, Rego A. El self psicomotor en las psicosis infantiles. Informaciones Psiquiatricas 1978;73:3-14.
21. Guimon J, Luna D, M. G, Ozamiz A. Elementos clinicos sobre el síndrome hiperkinético infantil. Revista de Psiquiatria y Psicología Médica 1980;Tome XIV(5):9-22.
22. Guimon J, Navarro E, Delclaux I. La vivencia del cuerpo del impotente. Revista Española de Psicoterapia Analitica 1972;3:25-42.
23. Guimon J, Navarro E, Martin S, Elorza B, Atucha K. Elementos en el psicodiagnostico de la impotencia masculina. In: IV Congreso Nacional de Psicología y XVII Reunion Anual; 1974; Barcelona: Publicaciones de la Sociedad Espanola de Psicología; 1974. p. 499-508.
24. Guimon J, Rego J, Grau JM, Barraquer L. Las dispraxias en alcoholicos cronicos. La Gaceta Medica del Norte 1969.
25. Phillips K, Menard W, Fay C. Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. Compr Psychiatry 2006;47(2):77-87.
26. Pope C, Pope H, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips K. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. Body Image 2005;2(4.):395-400.
27. Phillips KA MW, Pagano ME, Fay C, Stout RL. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: clinical features and course of illness. J Psychiatr Res 2006;40(2):95-104.
28. Fontenelle L, Mendlowicz M, Kalaf J, Versiani M. The problem of delusional ugliness: is it really body dysmorphic disorder? World J Biol Psychiatry. 2006;7(2):110-5.

29. Braam A, Visser S, Cath D, Hoogendijk W. Investigation of the syndrome of apotemnophilia and course of a cognitive-behavioural therapy. *Psychopathology*. 2006; 39(1):32-7.
30. Lawrence A. Clinical and theoretical parallels between desire for limb amputation and gender identity disorder. *Arch Sex Behav*. 2006;35(3):263-78.
31. Kraemer B, Delsignore A, Schnyder U, Hepp U. Body image and transsexualism. *Psychopathology* 2008;41(2):96-100.
32. Guimon J, Gutierrez M, Uribe R. Indicaciones y contraindicaciones psiquiátricas de la cirugía estética. *Revista Española de Psicoterapia Analítica* 1975;VII(2):57-97.
33. Sarwer D. The psychological aspects of cosmetic breast augmentation. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(7 Suppl 1)(110S-117S).
34. Sarwer D, Brown G, Evans D. Cosmetic breast augmentation and suicide. *Am J Psychiatry* 2007;164(7):1006-13.