

Belleza y cirugía estética: consideraciones psicológicas y morales

B. Hontanilla, C. Aubá

*Departamento de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. Clínica Universitaria.
Facultad de Medicina. Universidad de Navarra*

Correspondencia:

Bernardo Hontanilla

Dpto. de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Clínica Universitaria

Pío XII, 36. 31008 Pamplona

(bhontanill@unav.es)

*Inefable es lo incomparablemente bello que,
al romper con su esplendor la armonía de lo creado,
despierta en nosotros la idea de lo infinito.*

Oscar Wilde

La belleza según Santo Tomás de Aquino es aquello cuya contemplación agrada. Esta palabra significa aquel raro conjunto de perfecciones y prendas que encadenan nuestra imaginación, sin que nos sea dado definir la sensación que nos imprime, ni determinar la naturaleza y el origen del placer que nos causa¹. En la práctica la belleza es más fácil de reconocer que de definir. Si consideramos sólo la belleza de las personas ésta puede caracterizarse como una valoración atractiva del individuo influenciada por valores culturales. Históricamente el valor de la belleza en los asuntos humanos surgió con la llegada de la escritura. Platón entendía que ser bello es uno de los tres deseos de cada individuo, los otros dos eran la salud y la riqueza adquirida por métodos honestos. Aristóteles decía que "la belleza es la mejor introducción que ninguna otra carta de recomendación"². La medición formal de la belleza es una empresa humana que tiene antecedentes históricos. Los griegos fueron los primeros en apreciar la perfección estética en términos numéricos de simetría y proporciones. Más tarde, los europeos aceptaron las proporciones ideales del tamaño del brazo, del torso y las medidas faciales expresadas en las esculturas clásicas como una representación tridimensional de una forma humana ideal. Durante el renacimiento Durero desarrolló un sistema de proporciones físicas con las cuales dividía la cara en cuadrantes o tercios y, a modo de ejemplo, refería que el tamaño de la nariz y la oreja debían de ser de igual longitud³. Así, la belleza es representada en términos de simetría y era definida por medio de razones inmutables. Sin embargo, las proporciones fijas no son esenciales para definir la belleza y las bases propuestas aparecen menos frecuentemente en individuos que son considerados como bellos. De esta manera, la belleza no puede ser reducida a simples razones de simetría, pero tampoco se trata de un mero accidente de la naturaleza. Más aun, la belleza del cuerpo contribuye a potenciar el lenguaje de la persona y es un componente esencial para su identidad.

La existencia de la belleza es al menos un nivel de adaptación para asegurar la supervivencia de las especies. Así, las personas bellas podrían aparecer aparentemente como indivi-

duos sanos y capaces de reproducirse⁴⁻⁵. Por tanto, la belleza podría considerarse como un patrón de ausencia de enfermedad⁶. De hecho, en aquellas culturas con alta prevalencia de enfermedades, el atractivo físico es lo más vital en la selección de la pareja⁷.

Las diferencias en los estándares de belleza para los hombres y las mujeres también pueden estudiarse en términos de argumentos evolutivos. El tamaño y el poder muscular entre los hombres indican que ellos necesitan obtener y defender la comida. Una mujer joven es percibida como bella porque aparentemente podría ser nulípara y por tanto fértil⁸⁻¹⁰. Sin embargo, la belleza no está tanto en los ojos sino en los circuitos cerebrales del que observa y este hecho ha sido demostrado con el comportamiento de los niños. Los lactantes entre 3 y 6 meses de edad observan más fijamente las fotografías de caras atractivas y no conocidas que las caras no atractivas. Más aun, los niños juegan durante más tiempo con muñecas atractivas y extraños atractivos que con muñecas y desconocidos que no lo son¹¹⁻¹³. Los rasgos que se consideran más atractivos en una mujer son aquellos que recuerdan a la cara de un niño como son la piel y el pelo claros, grandes ojos y mejillas y nariz pequeñas. Sin embargo, las personas valoran la belleza a la hora de seleccionar su pareja por otras cualidades esenciales como son la fidelidad, la amabilidad o la inteligencia que no tiene marcadores físicos. Más aun, observando el aspecto de las caras que tienen proporciones equivalentes en reposo son más valoradas aquellas caras que expresan rasgos positivos.

Así, las bases evolutivas de la belleza son importantes pero sólo comienzan a explicar la importancia de la misma en la sociedad humana. Nosotros no sólo advertimos la belleza como una forma de placer sino que también es una aceptación inconsciente de otros atributos positivos de la persona. Existe una observación hecha por Safo en la que la belleza es sinónimo de bueno y las personas son juzgadas como cualitativamente superiores¹⁴. La agudeza mental, las relaciones interpersonales, la facultad de conseguir empleo y la salud moral son caracterís-

ticas frecuentemente asociadas a la belleza física. Las personas guapas son juzgadas por otros individuos como personas que llevan una mejor vida, incluyendo un matrimonio feliz y trabajos mejor remunerados. También existen diferencias entre cómo perciben la belleza las mujeres y los hombres. Así la mujer juzga al hombre como una mezcla de atractivo físico y potencial financiero mientras que el hombre suele juzgar en la mujer exclusivamente si es bella o no a la hora de seleccionar su pareja¹⁵.

En una sociedad tecnocrática y competitiva una apariencia joven es un marcador de vigor y las posibilidades de conseguir un empleo creativo son más altas. Sin embargo, la belleza es un conjunto armónico de características físicas y de la personalidad (integridad, generosidad, determinación y coraje, por poner algunos ejemplos). Más aún, algunos estudios sugieren que aquellas personas que buscan la obtención de la belleza física están más predispuestas a buscar el divorcio, son menos capaces de ser fieles al conyuge y son menos competentes en la vida familiar¹⁶⁻¹⁷. Lamentablemente, la belleza física es más fácil de alcanzar que otras cualidades mucho más deseables en la vida diaria. Para aquellos de nosotros que no nos sentimos tan bellos, una estrategia óptima de actitud ante la vida podría ser el desarrollo del buen humor combinado con una determinación de potenciar las áreas en las cuales tenemos otras virtudes que son menos frecuentes que en la población general. Además, la aceptación de las arrugas es signo de haber vivido una vida plena. La belleza no se relaciona con ser más feliz que los menos dotados. La gente que nos conoce bien es menos propensa a juzgarnos en función de nuestra belleza, y cuando la belleza aporta una ventaja en la esfera personal o profesional, la magnitud del beneficio es frecuentemente pequeña o moderada.

Belleza y hermosura

Por tanto conviene distinguir la belleza en su conjunto de la belleza física o hermosura¹⁸. La belleza es interior, intrínseca, esencial; la belleza está en el espíritu de las cosas y reina a la par sobre todo el conjunto, como el espíritu de la armonía reina a un tiempo en todas las partes armonizadas. La belleza estriba en el ser, no en el parecer, a la que se llega por el sentir, no por el mirar. Así la belleza es un tipo particular de bondad pues responde a un cierto apetito que se aquietta al contemplar lo bello. La belleza no es el placer o el agrado, sino aquellas propiedades del ser cuya contemplación resulta grata. La hermosura es lo excelente y perfecto en su línea o la proporción noble y perfecta de las partes con el todo y del todo con las partes. Viene de *fermoso*, del latín *formosus*, compuesto de forma y de la desinencia abundancial *osus*: forma-osus: abundante en forma. La belleza inteligible se vincula necesariamente con la verdad y la bondad moral, mientras que la hermosura procede de la naturaleza de las cosas y se dirige más bien a los sentidos. La hermosura es como un misterio de la naturaleza más cercano a nosotros; es decir, como esencia, como perfección, como idealidad que nos cautiva con el hechizo del entusiasmo. La belleza envuelve más bien la admiración. La hermosura es una belleza que causa placer. La hermosura habla a los sentidos, la belleza a la imaginación y al pensamiento. La hermosura no significa nada sin contorno, la belleza no significa

nada sin el espíritu. No se contempla lo hermoso, sino lo bello; no se apasiona el corazón con lo bello sino con lo hermoso. La hermosura está en las formas; la belleza está en una fantasía, en una idealidad. Una rosa roja, brillante, es hermosa. Un lirio pálido, casi lívido, es bello. Una joven que ríe nos da la idea de la hermosura; una madre que llora nos da la emoción de la belleza. La hermosura es Venus; la belleza es Minerva. La mujer es hermosa, la virgen es bella. Nos enamoramos de lo hermoso pero amamos lo bello.

Así, las personas para que sean realmente bellas y no sólo hermosas tienen que cumplir tres rasgos fundamentales: armonía y proporción de la persona consigo misma y en relación con lo que le rodea; integridad o acabamiento en relación con las perfecciones exigidas por su forma substancial o sus formas accidentales (una persona bella está acabada no sólo en su sentido estricto sino también en el de ese toque final que hace que una realización más o menos correcta sea una lograda obra de arte, desde el punto de vista psíquico y físico); claridad o sinceridad en el ámbito de la materia como en el espíritu. Para el entendimiento quiere decir inteligibilidad, verdad, ser y para los sentidos luz, color, nitidez y limpieza¹⁹. Esta sinceridad en expresar los valores internos del espíritu, es el papel más propio del rostro. Respecto a los dos primeros elementos, como ya se ha comentado anteriormente, existen desde la remota antigüedad principios físicos de belleza bien establecidos. Sin embargo, éstos y otros cánones semejantes no pretenden fijar un tipo único de belleza, mucho menos para todas las razas humanas, sino los límites fuera de los cuales están la imperfección y la deformidad. Mientras que la perfección y la armonía de las partes son fácilmente reconocibles y están casi sujetas a medidas, la sinceridad de la expresión nace sólo de la intuición de quien observa; y, sin embargo, es elemento más determinante al imprimir en un rostro el sello de la belleza, dando lugar a una variedad casi infinita de tipos.

Consideraciones psicológicas de la belleza y la cirugía estética

Las motivaciones para demandar un tratamiento en cirugía estética vienen determinadas en ocasiones por la orientación actual de nuestra sociedad hacia la juventud y en la cual un aspecto físico joven y dinámico es primordial para poder competir en igualdad de condiciones. Similar importancia tiene una buena apariencia física en gran parte de las profesiones y en la comunicación con el ambiente social y afectivo. Influye también la moda, hoy orientada hacia un mejor cuidado y mayor exposición del cuerpo. Así, la tendencia al propio embellecimiento de las personas, debido al poder de la belleza para modificar la percepción y la conducta, es una industria en crecimiento²⁰⁻²¹. En la actualidad, se gastan anualmente diez mil millones de euros en perfumes, cuidado del cabello o de las uñas y productos para dietas. Más aún, se realizan millones de procedimientos quirúrgicos cosméticos cada año en todo el mundo.

El abanico de las diversas motivaciones que da lugar a la decisión para someterse a una intervención en cirugía estética muchas veces está entrelazado. Las motivaciones externas incluyen el evitar un prejuicio étnico, el miedo a la discriminación por la edad o la presión que pudiera ejercer el cónyuge, los padres o el jefe del trabajo. Las motivaciones internas com-

prenden emociones que llevan a querer resolver un problema de ansiedad, depresión, culpa o temor. Muchos de estos pacientes quieren corregir un pequeño defecto físico que no les gusta. Las mujeres están más predispuestas a desear un aspecto joven y saludable que indique fertilidad y los hombres están más interesados en desarrollar un aspecto fuerte, que pueda facilitar el avance de su carrera²². También la edad y las experiencias propias de la vida pueden determinar qué motivaciones son las más importantes en cada caso. Así, un estudio en pacientes a los que se ha llevado a cabo un lifting y una blefaroplastia y que tenían entre 29-39 años, presentaban un conflicto en la infancia y difícilmente asumían el rol de padres en su propia familia. Aquellos que tenían entre 40 y 50 años necesitaban una apariencia física bella para su trabajo profesional y los que sobrepasaban los 50 querían eliminar los estigmas seniles en su cuerpo²³.

Es difícil contestar si los pacientes que se someten a una intervención estética son colectivamente o individualmente anormales. Investigaciones iniciales mostraron una estrecha unión entre la enfermedad mental y la necesidad de la propia mejora física. Los psiquiatras y los cirujanos plásticos colaboraron entre los años 1950-1960 utilizando técnicas psicoanalíticas para entrevistar a estos pacientes y encontraron que muchos de ellos presentaban características psicopatológicas (frecuentemente trastornos de la personalidad más que trastornos neuróticos o procesos psicóticos)²⁴⁻²⁷. Posteriormente, investigaciones similares en los años 70 encontraron que eran la depresión, la ansiedad y la baja autoestima las motivaciones más frecuentes para solicitar un tratamiento de cirugía estética²⁸⁻³⁰. Recientemente se ha demostrado que los pacientes que llevan a cabo una rinoplastia, un lifting o un aumento de mamas parecen no estar más emocionalmente alterados que la población general³¹⁻³⁶. La verdad podría estar entre los dos extremos: los individuos que se someten a una intervención en cirugía estética no están enfermos como grupo en general, pero pueden sufrir una insatisfacción hacia sus cuerpos por encima de la media de la población, y algunos de ellos pueden ser diagnosticados con trastornos psiquiátricos primarios. De hecho, la insatisfacción corporal es un término relativamente nuevo que puede explicar muchos de los ímpetus que se observan hacia la cirugía estética. Como dato podemos decir que la proporción de hombres insatisfechos con su propio cuerpo creció del 15% en 1972 al 43% en 1996 y para las mujeres fue del 23% al 56% en esos mismos años³⁷⁻⁴².

Existe la idea generalizada de que la cirugía estética puede mejorar la percepción de la propia persona o de su atractivo y que tal cirugía puede reducir el distress psicológico⁴³. Así, otros estudios realizados también por medio de entrevistas psicológicas han demostrado que existe una disminución de la depresión y de la ansiedad en pacientes que son sometidos a un procedimiento con este tipo de cirugía⁴⁴⁻⁴⁵. Otros subgrupos están menos preparados para realizar este tipo de cirugía y pueden potencialmente verse más alterados tras la intervención. Los pacientes con trastornos dismórficos primarios pueden permanecer insaciables tras la realización de una cirugía estética, presentando una continua fijación sobre un pequeño defecto que es objetivamente corregible y, a pesar de los esfuerzos del cirujano, ellos consideran que no han mejorado en absoluto⁴⁶⁻⁴⁸. Tales pacientes que se sienten frustrados responden con actos violentos contra ellos mismos y a veces contra los propios

cirujanos. Ni que decir tiene que aquellos pacientes que presentan una anorexia o bulimia no deben ser intervenidos quirúrgicamente. Por tanto, es necesario un screening psicológico antes de la intervención para determinar qué personas pueden ser sometidas a un procedimiento de cirugía estética. Todos estos pacientes pueden tener motivaciones y expectativas más allá de la mera mejoría de su apariencia física.

La cirugía estética ante la Iglesia y la moral cristiana

Cuando la cirugía estética solicita a la moral cristiana su pensamiento, no hace sino preguntarle en qué gradación de los valores debe colocarse la belleza física. La moral cristiana responde que ésta es un bien, pero corporal, ordenado al hombre y, como los otros bienes del mismo género, susceptible de abusos. Como bien, la belleza es estimada y cuidada sin exigir, por lo demás, como deber el recurso a medios extraordinarios. Supongamos un individuo que pide a la cirugía estética el perfeccionamiento de sus rasgos ya conformes a los cánones de la estética aceptada como normal, si se excluye toda intención no recta, cualquier peligro para la salud y todo reflejo contrario a la virtud, y sólo motivado por la estima de la perfección estética y por la alegría de su posesión. ¿Cuál será el juicio de la moral cristiana? La respuesta a esta pregunta viene claramente contestada por el Papa Pío XII en su alocución en el X Congreso Mundial de Cirugía Plástica celebrado en Roma en octubre de 1958: "Tal deseo o acto, como se presenta en la hipótesis, no es en sí moralmente ni bueno ni malo, sino que sólo las circunstancias, a las que en concreto ningún acto puede sustraerse, le darán el valor moral de bien o de mal, de lícito o de ilícito. De ahí se deriva que la moralidad de los actos relativos a la cirugía estética depende de las circunstancias concretas de cada caso"⁴⁹. En la valoración moral general de estas circunstancias incluye: que la intención sea recta, que la salud general del sujeto esté defendida contra riesgos innecesarios y que los motivos sean razonables y proporcionados al "medio extraordinario" a que se recurre. Así, por ejemplo, sería moralmente ilícito la realización de una intervención requerida con el fin de aumentar la propia fuerza de seducción y de inducir así más fácilmente a otros al pecado; o para sustraer un reo a la justicia; o que cause un daño a las funciones normales de los órganos físicos; o que la motivación sea por vanidad o capricho de la moda. Por el contrario, numerosos motivos legitiman a veces, y otras aconsejan positivamente, la intervención. "Así, considerada la belleza física a la luz cristiana y respetadas las condiciones morales indicadas, la cirugía estética, lejos de oponerse a la voluntad de Dios cuando restituye la perfección a la obra máxima de la creación visible, el hombre, antes parece que la secunda y que le rinde más claro testimonio a su sabiduría y bondad"⁴⁹.

Cirugía estética y acto médico

A pesar de su larga existencia el concepto de Acto Médico, acorde con las variaciones de su entorno temporal, cultural y social, se encuentra aún en proceso evolutivo. El acelerado avance científico y tecnológico de la medicina moderna y las nuevas características de su práctica lo influyen desde varios ángulos. Su delimitación precisa es tarea más compleja de lo que se supone. Desde Hipócrates, el acto médico constituye,

en esencia, una acción médica benéfica en la cual, el médico orienta su dinámica de acción hacia un objeto-persona que lo solicita o necesita de su ayuda en su lucha por la preservación de dos valores excelsos de la especie humana: la vida y la salud. Más actualmente, el acto médico es definido como "toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Han de entenderse por tal, los actos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico, en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos. Los actos médicos mencionados son de exclusivo ejercicio del profesional médico"⁵⁰. Visto en esta perspectiva, lo que caracteriza al acto médico es su posición principal siempre en función del hombre. Calificación de tal debe reservarse exclusivamente para las acciones que el médico realice con su paciente con la finalidad de atacar la enfermedad sin renunciar a la dolencia, con el conocimiento científico actualizado y pertinente, y en condición de libertad para ejercer sus mejores decisiones clínicas bajo consentimiento pleno del enfermo.

Entrando en los términos de la definición, es preciso, en primer lugar, aclarar que para que exista el acto médico, éste lo ha de realizar un médico. Por tanto, es interesante distinguir el acto médico del acto de salud ya que hay otras profesiones de la salud legalmente reconocidas, cuya formación y legislación permiten, según los niveles de complejidad o de intervención, la práctica de actos médicos, con el uso de medicamentos, como es el caso, por ejemplo, de odontólogos y optómetras. Para ello conviene delimitar ambos conceptos: la medicina es la ciencia y arte de evitar y curar las enfermedades y la salud es la disciplina multisectorial y multiprofesional orientada a lograr el estado de completo bienestar físico, mental y social de las personas. La primera sólo puede ser ejercida por médicos. Las acciones de salud pueden ser realizadas tanto por el médico como por muchos otros profesionales.

El otro término importante en la definición es que el acto médico persigue aliviar tanto la enfermedad como la dolencia. De considerar sólo la primera, en el mejor de los casos, estará ejerciendo una suerte de veterinaria humana. Así, enfermedad es el resultado morboso producido por la acción de los factores patógenos sobre el individuo con quiebra de su sistema homeostático y la dolencia es la reacción del sujeto anímico frente a la enfermedad que sufre o cree sufrir y la interpretación idiosincrásica: psicológica, social y cultural que le confiere⁵¹. De esta manera no hay enfermedades puramente orgánicas ni puramente psicológicas. Todas ellas muestran un funcionamiento defectuoso de la totalidad del hombre. Dicho en otras palabras, el acto médico se reconoce porque a través de la relación médico-paciente el profesional ataca ambas caras del problema, la enfermedad y la dolencia, el mal y el sufrimiento; y al manejar la dolencia logra que aquél, ya emocionalmente vinculado, lo apoye en su lucha contra la enfermedad y se adhiera a las indicaciones terapéuticas. Es importante entonces aclarar bien el concepto de dolencia pues, de lo contrario, incluiríamos cualquier tipo de sufrimiento como dolencia sin estar presente la enfermedad que la causa. Por tanto, para que haya tratamiento de una dolencia en el seno de un acto médico, ésta tiene que incluirse, al menos, dentro de los trastornos psiquiátricos o psicológicos incluidos en la clasificación de enfermedades mentales definidas. Así, no se trataría de una dolencia una preocupación concreta o el sentirse cansado tras un día de mucho trabajo.

Se infiere así que de no enfocar el acto médico en su perspectiva plena, el médico merma su potencial terapéutico, altera negativamente su calidad de atención y afecta su eficacia. Se pierde el acto médico cuando se suprime el tiempo de relación con el paciente, no se persigue la curación de una enfermedad o el alivio del sufrimiento, aparecen terceros como es la presión de la administración o los gestores privados o tiene un objetivo mercantilista.

Una vez aclarados los términos del acto médico conviene analizar si la cirugía estética cumple los criterios del mismo. Atendiendo a los términos de la definición, es evidente que la cirugía estética la ha de realizar un médico por el método o instrumento que utiliza. Sin embargo, cuando se realiza un acto de cirugía estética lo que se persigue en muchas ocasiones son varios fines. En primer lugar, dentro de un proceso reparador, la cirugía estética restaura lo que se había perdido. En este sentido cura una enfermedad como es la pérdida de una porción del cuerpo y a la vez alivia la dolencia o sufrimiento que supone tal defecto. Es este sentido, y a modo de ejemplo, serían los casos en que el acto quirúrgico reconstruye o crea una mama tras una mastectomía por un cáncer o reconstruye un defecto tras la exéresis de un tumor. Así, crea o reconstruye lo que es propio a la naturaleza de la persona intentando que la reconstrucción sea lo más estética posible. Es lo que constituye la cirugía reparadora y por tanto siempre es un acto médico.

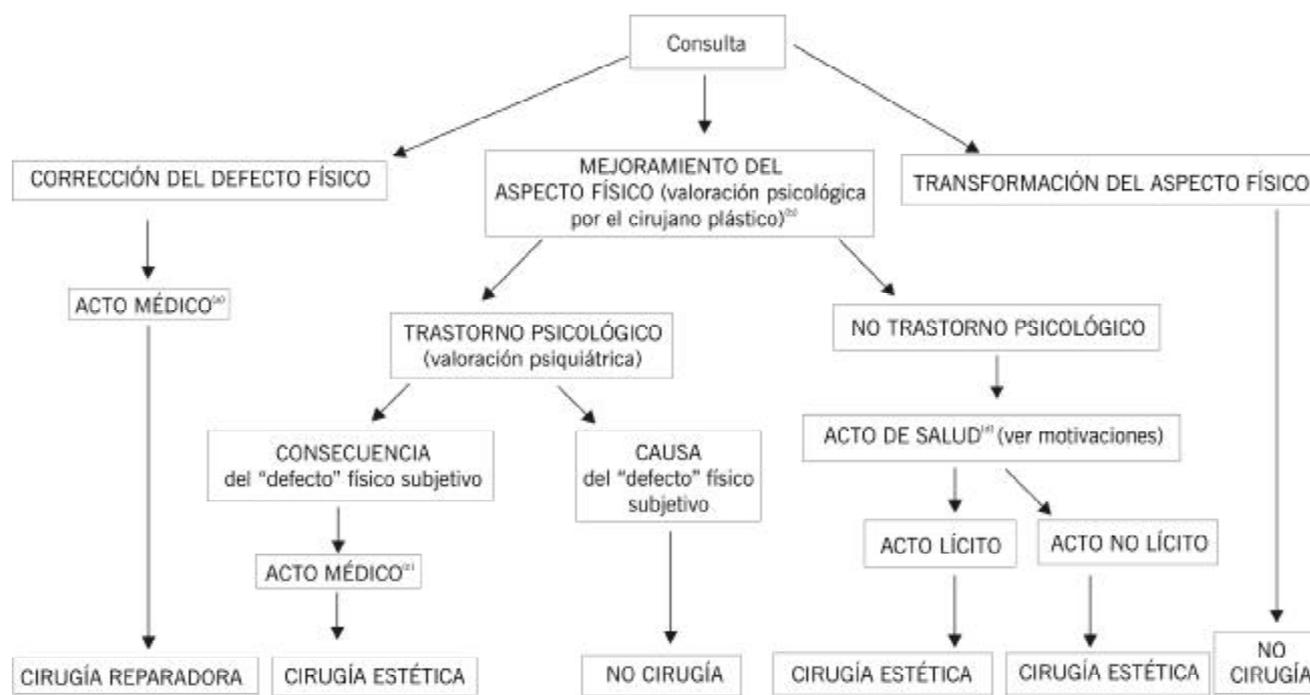
En otras ocasiones la cirugía estética mejora lo que ya existe completando así la naturaleza del individuo y por tanto contribuye a la obtención de la belleza física. Este es el caso de la cirugía estética propiamente dicha. Como se trata de una demanda voluntaria por parte del paciente para el mejoramiento de un aspecto físico, conviene determinar si tal demanda causa o no un trastorno psicológico o incluso si el paciente tiene un trastorno psiquiátrico de base. Para ello es importante la realización de un screening psicológico por parte del cirujano estético. La ausencia de un trastorno psicológico conduce a analizar con más detenimiento la motivación. Ésta puede ser externa, y en este sentido la presión social, familiar o de la profesión que se ejerce establecen la motivación fundamental para solicitar este tipo de cirugía. Por otro lado, la motivación puede ser interna, siendo el deseo legítimo de sentirse más bello la causa fundamental. Por tanto, nos encontramos ante un sujeto sano que quiere mejorar voluntariamente un aspecto físico como pudiera ser, por ejemplo, la eliminación de las arrugas de la piel, la retirada de la grasa en determinadas zonas corporales, un aumento de labios o el aumento de unas mamas que tengan una forma y tamaño consideradas como normales. Como puede observarse no estamos tratando estrictamente ninguna enfermedad sino que estamos mejorando el aspecto físico de una persona, de forma análoga a como podría también solicitar la misma persona un determinado corte de pelo o la utilización de ciertos maquillajes para embellecer el rostro. Se trataría por tanto de la realización de un acto de salud (no existe enfermedad ni dolencia) efectuado por un médico pero que no actúa como tal aunque sea un instrumento médico, como es la cirugía, el método utilizado. Dejaría por tanto el médico de ser médico en sentido estricto para convertirse en un artista de la figura humana ordenado a la salud del individuo. No sería el arte para la cirugía sino la cirugía para el arte. No hablamos de cirujanos artistas sino de artistas que son cirujanos. En tales circunstancias, a pesar de que estas consultas pudieran ser

contabilizadas como actos hechos por médicos no se deberían catalogar como verdaderos actos médicos. En el mejor de los casos podrían considerarse como aplicación de tecnología médica científica para el arte y la salud, pues, con tales limitaciones se cambian los objetivos fundamentales del acto médico en sí. La licitud o ilicitud de este acto quirúrgico, desde el punto de vista de la moral cristiana, dependerá de las circunstancias concretas en cada caso. Estas circunstancias deben ser sopesadas fundamentalmente por el paciente y también por el sentido común del cirujano plástico (véase el apartado de La cirugía estética ante la Iglesia y la moral cristiana).

En otras ocasiones nos encontramos que la demanda de cambio de un aspecto físico puede ir acompañado de un trastorno psicológico. Para el análisis de dicho trastorno conviene el estudio por parte de un médico psiquiatra. Así, conviene también distinguir dos situaciones. Un paciente

puede solicitar la mejora de un aspecto físico, como es el caso de una persona que presenta una nariz con el dorso prominente que le ocasiona un trastorno emocional. En este caso hay que tener en cuenta que una nariz con el dorso prominente no tiene que ser necesariamente catalogada como un defecto físico, ya que estos parámetros cambian a lo largo de la historia y con las diferentes culturas. Por poner otro ejemplo, el caso de una mujer joven con poco desarrollo mamario que le determina un complejo con evitación de conductas sociales normales. Tampoco en este caso, a nuestro juicio, constituiría un defecto físico el poco desarrollo mamario por las razones antes apuntadas. En este caso, la cirugía estética fundamentalmente alivia una dolencia o sufrimiento aunque no trate una enfermedad propiamente dicha ni un defecto físico objetivo. Más aún, la cirugía en este tipo de situaciones suele mejorar sustancialmente ese complejo o trastorno psicológico secundario a ese "defecto"

Tabla 1.



^(a)Constituye un acto médico siempre, exista o no trastorno psicológico, porque se está tratando un defecto físico objetivo. A modo de ejemplo constituyen trastornos como la asimetría mamaria, la nariz desviada o las orejas en soplillo.

^(b)No son defectos físicos objetivos o trastornos sino más bien constituyen fenómenos de la evolución natural de la persona sin llegar a constituir un defecto. Más aun, estos "defectos" están sujetos a los cambios de los parámetros estéticos según las distintas épocas de la historia y las culturas. A modo de ejemplo constituyen estos defectos físicos subjetivos las arrugas cutáneas faciales debidas al envejecimiento, el exceso de grasa en las cinturas o los labios poco gruesos.

^(c)Constituye un acto médico porque alivia el sufrimiento psicológico (complejo, culpa, ansiedad, depresión). Siempre debe existir un informe psicológico-psiquiátrico previo a la cirugía.

^(d)No constituye propiamente un acto médico puesto que no está orientado tal acto a curar una enfermedad o aliviar un sufrimiento. Es el caso del acto de salud. En estos casos cabe plantearse la licitud del mismo. La licitud del acto de salud dependerá de las motivaciones y circunstancias de la persona que lo demande (en sí mismos, un lifting o una blefaroplastia son moralmente indiferentes, incluso pueden estar justificados y ser actos buenos). Sin embargo, los fines deshonestos, riesgo para la salud, la vanidad o el egoísmo pueden convertir tal acto de salud en un acto moralmente malo (véase comentarios del Papa Pío XII). Sin embargo, es el propio paciente el que fundamentalmente debe sopesar estas circunstancias para determinar la licitud o no de este acto quirúrgico, aunque el sentido común y la conciencia bien formada del cirujano plástico puede negarse a realizar estos actos. La belleza física, como se ha dicho anteriormente, tiene su lugar en el corazón del hombre pero no es lo primero a cualquier precio.

físico, como se ha apuntado anteriormente. Se trata por tanto de un acto médico en donde las ganancias psicológicas obtenidas, grandes o pequeñas, frecuentemente tienen un impacto considerable en el estilo de vida del paciente.

En otras ocasiones, pueden demandarse mejorías estéticas puntuales que responden a un desagrado o disconfort en el seno de un trastorno psicológico o psiquiátrico primario. En estos casos la cirugía estética no sólo no mejora este trastorno sino más bien lo podría agravar, porque raramente se consigue el fin que se persigue si no se cura el trastorno psiquiátrico de base. En estos casos estaría contraindicado la realización de un acto quirúrgico en cirugía estética.

Finalmente, con la cirugía estética se puede perseguir un fin transformador. Esto quiere decir que, como fruto o resultado de este tipo de cirugía se cambia la forma del individuo de tal manera que en cierta medida deje de ser él mismo. Hablamos de correcciones tales como intentar convertir a una persona de raza negra en una persona de raza blanca, los cambios de sexo o la solicitud de un cambio radical de la figura para evitar problemas con la justicia, por poner algunos ejemplos. A nuestro juicio, este tipo de actos no constituyen tampoco un acto médico y desde el punto de vista de la moral cristiana son reprobables (Tabla 1).

Conclusión

La belleza es una de las aspiraciones legítimas del ser humano. Más aun, la belleza del cuerpo contribuye a potenciar el lenguaje de la persona y es un componente esencial para su identidad. De esta manera, la cirugía estética es en su mayor medida una parte legítima e integrante de la medicina. Sin embargo, ya que el componente psicológico es frecuentemente la motivación de estos pacientes para someterse a este tipo de cirugía, las indicaciones para la misma deben evaluarse cuidadosamente. Así, cuando este tipo de cirugía no trata un defecto físico objetivo ni alivia el sufrimiento psicológico, se convierte en un acto de salud. Las motivaciones y las circunstancias en estos casos determinan si la demanda quirúrgica es lícita o no desde el punto de vista de la moral cristiana. Estas circunstancias deben ser valoradas fundamentalmente por el paciente y también por el sentido común y la conciencia bien formada del cirujano plástico. La belleza física ocupa un lugar en el corazón del hombre pero no es lo primero a cualquier precio.

En el indicado amplio crédito que tiene la cirugía estética quedan, sin embargo, reservas que superar, debidas algunas a la ignorancia. Tales prejuicios no impiden definir la cirugía estética como una ciencia y un arte, ordenado en sí mismos al beneficio de la Humanidad, y también, en lo que concierne a la persona del cirujano, una profesión en que se encuentran empuñados importantes valores éticos y psicológicos.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a D. Ignacio Carrasco, profesor ordinario de Bioética de la Facultad de Medicina A. Gemelli de Roma, a Dña. Ana Marta González,

profesora de Ética de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Navarra, al Dr. D. Antonio Bazán Álvarez Director del Departamento de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética de la Clínica Universitaria y al Dr. D. Silvano de las Heras de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid por los comentarios y críticas para la elaboración de este trabajo.

Bibliografía

1. Tomás de Aquino, Suma Teológica, I, q.5, a.4; De divinis nominibus, ca.4.
2. Aristóteles. Obras Completas. Ediciones Aguilar, Madrid, 1964.
3. Koerner JL. The moment of self-portraiture in German renaissance art. Chicago III: University of Chicago Press, 1993.
4. Hamilton WD, Zuk M. Heritable true fitness and bright birds: a role for parasites? Science 1982; 218: 384-387.
5. Zuk M. Parasites and bright birds: new data and a new prediction. In Loye JE, Zuk M, eds. Bird-Parasite Interactions: Ecology, Evolution, and Behavior. Oxford, England: Oxford University Press, 1982.
6. Mitton JB, Grant MC. Associations between protein heterozygosity, growth rate and developmental homeostasis. Ann Rev Ecol Syst 1984; 15: 479-499.
7. Gangestad SW, Buss DM. Pathogen prevalence and human mate preferences. Ethol Sociobiol 1993; 14: 89-96.
8. Symons D. Beauty is in the adaptations of the beholder: the evolutionary psychology of human female sexual attractiveness. In Abramson PR, Pinkerton S, eds. Sexual Nature, Sexual Culture. Chicago, III: University of Chicago Press, 1995.
9. Diaz S, Seron-Ferre M, Croxatto HB, et al. Neuroendocrine mechanisms of lactational infertility in women. Biol Res 1995; 28: 155-163.
10. Menken J, Trussel J, Larsen U. Age and infertility. Science 1986; 233: 1389-1394.
11. Langlois JH, Roggman LA, Casey RJ, et al. Infant preferences for attractive faces: rudiments of a stereotype. Dev Psychol 1987; 23: 363-369.
12. Langlois JH, Ritter JM, Roggman LA, et al. Facial diversity and infant preferences for attractive faces. Dev Psychol 1991; 27: 79-84.
13. Samuels CA, Butterworth G, Roberts T, et al. Facial aesthetics: babies prefer attractiveness to symmetry. Perception 1994; 23: 823-831.
14. Sawyer B, Grossbart TA, Didie ER. Beauty and society. In: Sappho. Fragment 101. In: G. Davenport, trans-ed. Poems and Fragments. Ann Arbor: University of Michigan, 2001.
15. Sigall H, Landy D. Radiating beauty: effects of having a physically attractive partner on person perception. J Pers Soc Psychol 1973; 28: 218-224.
16. Eagly AH, Ashmore RD, Makhijani MG, et al. What is beautiful is good, but ...: a meta-analytic review of research on the physical attractiveness stereotype. Psychol Bull 1991; 110: 109-128.
17. Dermer M, Thiel DL. When beauty may fail. J Pers Soc Psychol 1975; 31: 1168-1176.

18. Diccionario general etimológico de la lengua española. R. Barcia. Seix (editor). Barcelona, 1902.
19. Alvira. T, Clavell, L, Melendo, T. Metafísica. Ed. Eunsa, Pamplona, 1986.
20. Sullivan DA. Cosmetic Surgery: The Cutting Edge of Commercial Medicine in America. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2001.
21. Haiken E. Venus Envy: A History of Cosmetic Surgery. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press, 1997.
22. Sarwer DB, Grossbart TA, Didie ER. Beauty and society. In Kaminer MS, Dover JS, Arndt KA, ed. Atlas of Cutaneous Aesthetic Surgery. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 2001.
23. Webb WL, Slaughter R, Meyer E, *et al.* Mechanisms of psychosocial adjustment in patients seeking "face-lift" operation. *Psychosom Med* 1965; 27:183-192.
24. Edgerton MT, Jacobson WE, Meyer E. Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: ninety-eight consecutive patients with minimal deformity. *Br J Plast Surg* 1960; 13: 136-145.
25. Edgerton MT, Meyer E, Jacobson WE. Augmentation mammoplasty, II, further surgical and psychiatric evaluation. *Plast Reconstr Surg* 1961; 27: 279-301.
26. Edgerton MT, Webb WL, Slaughter R, *et al.* Surgical results and psychosocial changes following rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 1964; 33: 503-521.
27. Meyer E, Jacobson WE, Edgerton MT, *et al.* Motivational patterns in patients seeking elective plastic surgery. *Psychosom Med* 1960; 22: 193-202.
28. Beale S, Lisper H, Palm B. A psychosocial study of patients seeking augmentation mammoplasty. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 133-138.
29. Ohlsen L, Ponten B, Hambert G. Augmentation mammoplasty: a surgical and psychiatric evaluation of the results. *Ann Plast Surg* 1979; 2: 42-52.
30. Sihm F, Jagd M, Pers M. Psychological assessment before and after augmentation mammoplasty. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1978; 12: 295-298.
31. Baker JL, Kolin IS, Bartlett ES. Psychosexual dynamics of patients undergoing mammary augmentation. *Plast Reconstr Surg* 1974; 53: 652-659.
32. Goin MK, Burgoyne RW, Goin JM, *et al.* A prospective psychological study of 50 female face-lift patients. *Plast Reconstr Surg* 1980; 65: 436-442.
33. Goin MK, Rees TD. A prospective study of patients' psychological reactions to rhinoplasty. *Ann Plast Surg* 1991; 27: 210-215.
34. Schlebusch L. Negative bodily experience and prevalence of depression in patients who request augmentation mammoplasty. *S Afr Med J* 1989; 75: 323-326.
35. Shipley RH, O'Donnell JM, Bader KF. Personality characteristics of women seeking breast augmentation. *Plast Reconstr Surg* 1977; 60: 369-376.
36. Wright MR, Wright WK. A psychological study of patients undergoing cosmetic surgery. *Arch Otolaryngol* 1975; 101: 145-151.
37. Mueller U, Mazur A. Facial dominance in West Point cadets as a predictor of later military rank. *Soc Forces* 1996; 74: 823-850.
38. Hamermesh DS, Biddle JE. Beauty and the labor market. *Am Econ Rev* 1994; 84: 1174-1194.
39. Cash TF, Kilcullen RN. The eye of the beholder: susceptibility to sexism and beautyism in the evaluation of managerial applicants. *J Appl Soc Psychol* 1985; 15: 591-605.
40. Frieze IH, Olson JE, Good DC. Perceived and actual discrimination in the salaries of male and female managers. *J Appl Soc Psychol* 1990; 20: 46-67.
41. Pertschuk MJ, Sarwer DB, Wadden TA, *et al.* Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plast Surg* 1998; 22: 20-24.
42. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, *et al.* Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101: 1644-1649.
43. Grossbart TA, Sarwer DB. Cosmetic surgery: surgical toolspsychosocial goals. *Semin Cutan Med Surg* 1999; 18: 101-111.
44. Ohlsen L, Ponten B, Hambert G. Augmentation mammoplasty: a surgical and psychiatric evaluation of the results. *Ann Plast Surg* 1979; 2: 42-52.
45. Goin MK, Goin JM, Gianini MH. The psychic consequences of a reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1977; 59: 530-534.
46. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Press, 1994.
47. Phillips KA. The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder. New York, NY: Oxford University Press, 1996.
48. Phillips KA, Diaz SF. Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 570-577.
49. Alocución del Papa Pío XII durante el X Congreso Mundial de la Sociedad Mundial de Cirugía Plástica. Roma, 4 de octubre de 1958.
50. Delgado, H. Enjuiciamiento de la medicina psicosomática. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1960.
51. Colegio Médico del Perú. Consejo Nacional. Código de Ética y Deontología. Lima, 5 de Octubre del 2000.
52. Seguin, C. A. Tú y la Medicina. Editorial Poniente, Lima, 1993.