

MEDICINA ESTÉTICA y PSIQUIATRÍA

DRA. ROSALBA HERRERO ZERPA
DR. RUBÉN DARÍO RONDÓN

Resumen

En este artículo se trata la relación entre la medicina estética y los estados emocionales y mentales en sujetos afectados por defectos estéticos, alteraciones corporales o faciales, en personas con una estructura de personalidad ajustada a la realidad, que aspiran a verse y sentirse mejor físicamente, y, también, aquellos con anorexia, bulimia y trastorno dismórfico corporal, cuya patología fundamental es de índole psiquiátrica.

Los defectos estéticos, como acné, obesidad, cambios en la piel por efecto del envejecimiento, insuficiencias vasculares periféricas, celulitis o alopecia, son negativos para la salud física y mental del afectado y causan el desarrollo de cuadros depresivos, ansiedad, sensación de rechazo y baja autoestima.

El 33,9% de las mujeres que consultan a un especialista tiene una percepción alterada de su cuerpo, y el 46% de los pacientes obesos sufre, al menos, algún trastorno mental. El médico esteticista debe evaluar adecuadamente a sus pacientes y derivarlos a un profesional de la salud mental si sospecha que existen patologías que no son de su especialidad.

Se revisó la relación de la medicina estética con los estados emocionales y mentales en las personas con defectos estéticos. Se presentan alteraciones corporales o faciales en individuos con una estructura de personalidad ajustada a la realidad que aspiran a verse y sentirse mejor físicamente. También se presentan a personas con alteraciones graves de su imagen corporal, como en casos de trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia) y trastorno dismórfico corporal, en las cuales la patología fundamental es de índole psiquiátrica. En el presente estudio se revisa la relación anteriormente señalada, los datos epidemiológicos comunicados, las consecuencias de estas alteraciones en distintos ámbitos y la importancia de la evaluación psicológica y psiquiátrica de las personas que acuden a una consulta de medicina estética, a fin de tener un criterio adecuado y profesional para decidir en cada caso. No se puede negar que en esta sociedad consumista, cada vez más materialista y obsesionada por la perfección y el culto al cuerpo, se han dejado al margen otros valores. Sin embargo, es importante considerar que usamos un rostro y un cuerpo con los cuales entramos en el mundo de las relaciones interpersonales y, por esto, tampoco se puede negar la necesidad de sentirse satisfecho y conforme con la apariencia física. Gran parte de los defectos estéticos, como el acné, la

obesidad, los cambios en la piel por envejecimiento, las insuficiencias vasculares periféricas, la celulitis, entre otras alteraciones, son negativos no sólo para la salud física del afectado, sino también para su salud mental, en especial, por el desarrollo de cuadros depresivos, ansiedad, sensación de rechazo social, baja autoestima y sentimientos de minusvalía.

Estas alteraciones podrían deteriorar de manera global la calidad de vida de la persona, afectando drásticamente su desempeño individual, social, familiar y laboral. Por este motivo, desde esta perspectiva, la medicina estética y la psiquiatría están altamente relacionadas cuando se trata de la vida de un ser humano. Durante los siglos XX y XXI, los avances en la ciencia y la tecnología se han desarrollado junto con cambios sociales, culturales y de estilos de vida que, también, han generado nuevas concepciones de la belleza que comprometen seriamente la integridad del ser humano, porque no son patrones de belleza corporal ajustados a la realidad. Por ejemplo, los medios de comunicación y la publicidad fomentan que se imiten los cuerpos de modelos extremadamente delgadas como símbolo de bienestar, salud, felicidad, éxito y poder.¹ Los medios de comunicación juegan un papel fundamental para promocionar esta idea, porque plantean que la belleza corporal se alcanza con esfuerzo, constancia, dinero y disciplina. La intención es definir un comercio donde el cuerpo y la belleza son el pretexto y el consumo, el propósito. Entre 1989 y 1994, la industria "diet" pasó de facturar US\$ 147 millones a facturar US\$ 336 millones. Del mismo modo, la industria cosmética tuvo un crecimiento acumulado del 126,66% en el período 1991-1995, con un incremento en su monto de facturación líquida de 1500 millones a 3400 millones de dólares.²

Estética y psiquiatría

La apariencia física y la salud mental están estrechamente relacionadas, desde grados leves de malestar psicológico hasta severos trastornos neuróticos, psicóticos y de la personalidad. A través de diversos estudios se ha confirmado la asociación entre alteraciones a nivel emocional y mental y patologías estéticas. En la mayoría de los casos, es difícil establecer si se presentó primero la enfermedad mental o la corporal.³⁻⁷ Se ha comunicado que el descontento con la imagen corporal genera daños psicológicos como:

- Baja en los niveles de autoestima. Varios estudios confirman que del 25% al 40% de la autoestima está relacionada con la imagen personal negativa o positiva. Esto quiere decir que si a alguien no le gusta su cuerpo, es muy difícil que le guste la persona que lo habita.
- Problemas interpersonales de ansiedad que dificultan la interacción social. Tener una imagen corporal negativa genera temor a concurrir a las reuniones sociales y a proyectarse ante los demás, la persona tiene vergüenza y, como mecanismo de escape, trata de estar lejos de aquellas situaciones donde su apariencia pueda estar expuesta.
- Problemas en las relaciones sexuales. La persona siente que su cuerpo desnudo es feo e inaceptable. Esto produce ansiedad y causa dificultades en las relaciones sexuales: por mirar cómo se ve su cuerpo, la persona relega el disfrute de la experiencia.
- Problemas depresivos que, a su vez, provocan rechazo de la propia apariencia, creándose pensamientos de desesperanza y de autocrítica.
- Desórdenes de la alimentación que degeneran en anorexia nerviosa o en bulimia.⁸ Todas estas alteraciones no sólo tienen relevancia a nivel estético, mental y emocional, sino que, en su mayoría, pueden afectar negativamente la salud de sistemas u órganos vitales, como es el caso de la obesidad y la insuficiencia vascular periférica.

Obesidad

La sociedad estigmatiza a los obesos; según el estereotipo son estúpidos o flo-

jos. Ser obeso durante la infancia puede repercutir negativamente en la autoestima del adolescente generándole niveles altos de tristeza, soledad y nerviosismo, así como mayor probabilidad de tener comportamientos de riesgo, como fumar y consumir alcohol.⁹ En la evaluación psicopatológica de pacientes obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica, los trastornos más frecuentes eran los propios de un grupo excéntrico y dramático: trastorno límite antisocial histriónico.⁹

Anorexia, bulimia

Las personas con anorexia nerviosa presentan ciertos rasgos característicos: son perfeccionistas, obsesivas, inmaduras emocionalmente, muy competitivas e inteligentes y muy dependientes de su familia. Su autoestima depende de su peso y silueta. Son poco conscientes de su problema y, por ello, es muy difícil que consulten por la pérdida de peso. Generalmente acuden al médico por malestares somáticos causados por la falta de alimentación. Las personas bulímicas son emocionalmente inestables, impulsivas, depresivas y con tendencia a la automedicación. Tienen baja autoestima, incompetencia social y fuerte necesidad de ser aprobadas por los otros. Al igual que las anoréxicas, se preocupan de manera excesiva por su peso y silueta. En general, se trata de mujeres con tendencia al sobrepeso. También suelen tener síntomas de ansiedad, como, por ejemplo, miedo a situaciones sociales.

Trastorno dismórfico

Una característica de estos pacientes es que se miran incesantemente en los espejos, los cristales de los vehículos, los espejos retrovisores, etc. (*mirror-checking*).

También suelen intentar camuflar el defecto como el maquillaje de la zona, el uso de sombreros o barba para ocultar cicatrices u otros defectos, depilación mecánica abusiva en el hirsutismo sobrevalorado, etcétera.^{11,12} El diagnóstico es eminentemente clínico y los dermatólogos y cirujanos plásticos deberían detectar este trastorno a partir de las quejas inconsistentes y repetitivas sobre el aspecto físico. De esta manera, se evitarían tratamientos médicos o quirúrgicos innecesarios

y complicaciones legales. Estos pacientes siempre están insatisfechos con los tratamientos cosméticos, los trasplantes de pelo, la cirugía, etc., y, en ocasiones, pueden presentar rasgos narcisista-paranoides y ser litigantes y hostiles.¹²

Acné

El acné, sobre todo las formas extensas, faciales y noduloquísticas, compromete con frecuencia el funcionamiento psicológico de los pacientes. Las deformidades faciales pueden incidir en forma importante en la imagen personal y la autoestima, por lo que individuos con personalidades premórbidas y acné, no necesariamente severo, pueden desarrollar problemas psicológicos y sociales. Varios estudios han relacionado el acné con la depresión y el riesgo de suicidio.¹³⁻¹⁹

Estadísticas

El 33,9% de las mujeres que consultan a un especialista de medicina y cirugía cosmética presenta en alteraciones en la percepción de su imagen corporal; mientras que en la población general el porcentaje de las personas "obsesionadas" por su aspecto es del 10%.²⁰

Obesidad

Existen pocos estudios sobre este tema, pero se señala que un 46% de los pacientes sufre, al menos de manera concomitante, algún trastorno mental. Los diagnósticos más prevalentes son: trastorno por atracones (27%), bulimia atípica (6,7%), trastorno adaptativo (15,2%), trastorno de la personalidad (10%).²¹

Anorexia y bulimia

Las personas con anorexia a menudo experimentan trastornos de ansiedad, incluyendo fobia y trastorno obsesivo-compulsivo. Alrededor del 25% tiene fobias sociales, aunque son aún más propensos al trastorno obsesivo-compulsivo. Un estudio sobre dicho trastorno informó que éste aparecía en el 83% de los pacientes anoréxicos. Entre el 40 y el 80% de los pacientes con estos trastornos tienen depresión.²² En las personas bulímicas, la mortalidad es de, aproximadamente, el 5%, en general ellas se suicidan debido a la depresión y la ansiedad que genera su patología.

Trastorno dismórfico corporal

En una serie extensa de Phillips (130 casos), el 30% había sido intervenido (55), la media de intervenciones era de $2 \pm 1, 3$, y algún paciente había sido operado hasta 6 veces. En general, los pacientes son adictos a la cirugía, y sus expectativas suelen ser más fantaseadas que reales.²³

Acné

El 50% de los adolescentes que tiene acné sufre ansiedad por esto; entre el 18 y el 44%, depresión y, de ellos, el 10% presenta una secuela psicológica crónica aunque el acné desaparezca.²⁴ El 5,6% de los pacientes con acné puede presentar ideación suicida.¹⁵

Alopecia areata

El estudio de Ferrando *et al.* estableció psicopatología en el 77,2% de los pacientes,²⁵ con predominio de trastornos psicofisiológicos (29,8%), trastorno mixto ansioso-depresivo (15,8%), trastorno adaptativo depresivo (8,8%), trastorno de ansiedad (8,8%) y crisis de angustia (5,3%).

Conclusiones

1. La imagen corporal es un factor que influye de manera positiva o negativa en la autoestima.
2. Los medios publicitarios, la cultura y la sociedad juegan un papel fundamental en la definición de los patrones de belleza considerados como ideales.
3. La apariencia física y la salud mental están estrechamente relacionadas, desde grados leves de malestar psicológico hasta trastornos neuróticos, psicóticos y de la personalidad.
4. Es prioritario evaluar el estado emocional y mental de los pacientes que consultan por tratamientos de estética, teniendo en cuenta expectativas con el tratamiento, fantasías, complejos, miedos, nivel de ansiedad y depresión.
5. Los pacientes con una percepción alterada de su cuerpo no deben ser tratados estéticamente.
En esto casos, el tratamiento debería ser, fundamentalmente, psicológico/psiquiátrico.
6. El médico esteticista debe tener en cuenta los aspectos antes menciona-

dos y capacitarse para evaluar adecuadamente, desde el punto de vista mental y emocional, a los pacientes que asisten a las consultas de estética. Si sospecha de patologías que no son de su especialidad, lo adecuado es derivar los pacientes a un profesional de la salud mental.

Referencias bibliográficas

1. Hurtado D. Corporeidad y belleza. *RecreArteOn-line* 2000 Dic. Disponible en: <http://recreartedigital.ucauca.edu.co/corporeidad.htm>.
2. Díaz F, Pandolfi M, Perfetti R. Atractivo físico. *Journal of social applied psychology On-line* 1999 nov. Disponible en: <http://www.udec.cl/clbustos/apsoque/soci/attractivo.html>.
3. García MJ, Doblado S, Caballero R. Psicodermatología: de la emoción a la lesión (I): Concepto. Bases biológicas, psicológicas y sociales. *Psiconeuroinmunología. An Psiquiatría* 2000;16(9):336-371
4. García MJ, Doblado S, Caballero R. Psicodermatología: de la emoción a la lesión (II): Trastornos psiquiátricos primarios con manifestaciones dermatológicas. *An Psiquiatría* 2000;16(9):372-382
5. García MJ, Doblado S, Caballero R. Psicodermatología: de la emoción a la lesión (III): Enfermedades dermatológicas con alta comorbilidad psiquiátrica. *An Psiquiatría* 2000;16(10):393-400
6. García MJ, Doblado S, Caballero R. Psicodermatología: de la emoción a la lesión (IV): Psicofarmacología, psicoterapia y dermatología. *An Psiquiatría* 2000;16(10):401-406
7. Tausk F, Nousari H: Stress and the Skin. *Arch Dermatol* 2001;137(1):78-82
8. De Gracia M, Ballester F, Patiño J, Suñol C. Prevalencia de insatisfacción corporal y de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. *Psiquiatría.com On-line*. Disponible en: <http://www.psiquiatría.com/articulos/tralimentacion/2298/>.
9. Psicología en relación con la obesidad. Disponible en: http://www.dietetika.com/asp_psico.htm
10. Bule E. Varias páginas web fomentan la anorexia. *Psiquiatría.com On-line* 2001 oct. Disponible en: <http://www.psiquiatría.com/noticias/trasalimentacion/anorexia/4910/>
11. Cotterill JA. Body dysmorphic disorder. En Koo J: *Psychodermatology. Dermatology. Dermatol Clin North Am* 1996;14:457-464
12. Cotterill JA. Dermatologic nondisease. *Psychodermatology. Dermatology. Dermatol Clin North Am* 1996;14:439-445
13. Layton AM, Seukeran D et al. Scarred for life?. *Dermatology* 1997;195 (suppl 1),15-21
14. Koo J, Smiyh L. Psychologic aspects of acne. *Pediat Dermatol* 1991;1185-1188
15. Gupta MA. Psychiatric aspects of the treatment of mild to moderate facial acne. *Int J Dermatol* 1990;29:719-721
16. Gupta M, Gupta A. Depression and suicidal ideation in Dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998;139:346-850
17. Koo J. The psychosocial impact of acne: Patients and Perceptions. *J Am Acad Dermatol* 1995;32(suppl);S26-S30
18. Morgan M. Dermatology Quality of life scales, a measure of the impact of skin diseases. *Br J Dermatol* 1997;136:202-206
19. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997;137:246-250
20. Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética. Imagen Corporal. Disponible en: <http://www.semcc.com>
21. LangT, Hauser B et al. Psychic comorbidity and quality of life in patients with morbid obesity -psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:29-35
22. Trastornos del comer: anorexia y bulimia nerviosa. *Monografía.com*. Disponible en: <http://lucas.simplenet.com/trabajos/anorexia/anorexia.html>.
23. Woodruff PW, Higgins EM et al. Psychiatry illness in patiens referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:29-35
24. Kellet SC, Gawkrödger DJ. The psychological impact of acne and the effect of treatment with isotretinoin. *Br J Dermatol* 1999;140:273-282.
25. Gupta MA, Gupta AK et al. Stress and alopecia areata: A psychodermatologic study. *Acta Dermatovenerol* 1997;77:296-298