

Mariablanca Ramos-Rocha de Viesca

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina,
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México,
Distrito Federal, México

Este material pertenece a la tesis doctoral
"Entre lo natural y lo artificial. El dilema bioético de la cirugía estética",
del Programa de Maestrías y Doctorados en Ciencias Biológicas,
Odontológicas, de la Salud y Humanidades Médicas,
Área de Bioética, Universidad Nacional Autónoma de México,
Programa de Excelencia de Conacyt

La vulnerabilidad humana frente a la cirugía estética.

Un análisis bioético

Comunicación con: Mariablanca Ramos-Rocha de Viesca
Correo electrónico: mamaviesca@yahoo.com

Resumen

La cirugía estética es uno de los mejores ejemplos del empoderamiento actual de la salud. Ha sido vista con recelo por considerar que se expone al individuo sano a un riesgo innecesario. El cuerpo se ha convertido en el depositario de la belleza, que en la sociedad moderna tiene un valor comercial. La bioética ha centrado su atención en la libertad, autonomía y la justicia distributiva. México ocupa el quinto lugar mundial de cirugías estéticas. La vulnerabilidad es una condición inherente del hombre en su existencia y marca el límite de la dignidad humana. De acuerdo con la UNESCO existen individuos más propensos a la vulnerabilidad. El objetivo de este trabajo es demostrar que los sujetos que acuden al cirujano estético son una población vulnerable por haber cedido a la presión social y por problemas psicológicos.

Palabras clave

cirugía plástica
vulnerabilidad
bioética

Summary

The cosmetic surgery is one of the best examples of the current health empowerment. Aesthetic surgical interventions have been criticized because it exposes the healthy individual to an unnecessary risk. In the modern society the body has turned into a beauty depository with a commercial value. In the published bioethics papers, the cosmetic problem pointed their attention on the freedom, autonomy and the distributive justice. Mexico occupies the fifth world place of cosmetic surgeries. The vulnerability is an inherent condition of the man in his existence and marks the limit of the human dignity. UNESCO agrees that some populations are more inclined to vulnerability. The aim of this work is to demonstrate that those who wish to make a physical change had give up to social coercion and psychological problems.

Key words

surgery, plastic
vulnerability
bioethics

El empoderamiento de la salud se ha transformado en un proceso social, cultural y psicológico que persigue como fin último mejorar la calidad de vida individual y colectiva.¹ La popularidad alcanzada por la cirugía estética, el desarrollo de recursos biotecnológicos y la proliferación de clínicas y métodos cosméticos son indicadores de la presión social que se vive en este momento a consecuencia de "la intolerancia hacia la vejez" y la exigencia de aproximarse a "estándares de belleza cultural". Las estrategias para hacer frente a esa "necesidad o deseo social" han desafiado al campo de la bioética de una manera casi inédita. Desde esta plataforma estaríamos obligados a preguntar ¿para qué o por qué analizar al paciente que solicita un tratamiento estético, si su decisión se encuentra inscrita en la expresión máxi-

ma de libertad y autonomía de ser o parecer lo que más le guste o le complazca, y con mayor razón si la satisfacción de ese deseo se ve reflejado directamente en su proyecto y calidad de vida? Hasta ahora, tanto los cirujanos estéticos como los generales se rigen por una misma moral y códigos similares.

El término cirugía estética o cosmética, según Harris (1989), se define como toda intervención en el físico del individuo que padece "dolor psicológico" causado por la autoconciencia de una apariencia anormal de no belleza o fealdad bajo un concepto sociocultural.² Sin embargo, el término "estético" es mucho más amplio pues incluye todas las intervenciones en el cuerpo sin que necesariamente exista sufrimiento psicológico. Dichas intervenciones se enmarcan en la satisfacción de la vanidad y la

sumisión ante una sociedad que ha puesto a la belleza corporal un valor estético comercial con el cual frecuentemente se lucra.

Según estadísticas del *National Clearinghouse* en Estados Unidos, en 2010 se realizaron 1 555 614 intervenciones invasivas y 11 561 449 no invasivas. Las primeras incluyen cirugía de senos, lipectomías, *lifts* y liposucciones; los segundos, rellenos, la aplicación de botox y procedimientos con láser.³ Nuevamente se encontró un incremento total de 2 y 5 %, respectivamente, comparando las cifras de 2009 con las de 2010.³ Las estadísticas recopiladas por primera vez por la Sociedad Internacional de Cirujanos Plásticos y Estéticos (2010) reportan los 20 países donde se realiza el mayor número de intervenciones: en primer lugar Estados Unidos de Norteamérica, seguido de Brasil, China, India, México, Japón, Corea del Sur, Alemania, Italia y Rusia.⁴

Las estadísticas mexicanas no son del todo confiables pues se trata de intervenciones realizadas en clínicas privadas y, so pretexto de la confidencialidad médico-paciente, los datos no están disponibles. El subregistro se da también porque el pago de honorarios médicos en este campo no se encuentra incluido dentro de los seguros de gastos médicos o solo parcialmente en las políticas de atención pública; por otro lado, paradójicamente, los pacientes ocultan que se sometieron a un procedimiento estético. La excepción a esto se da en Estados Unidos, donde el registro es estricto antes y después de la intervención, y depende de la base de datos *National Clearinghouse*.

En el campo de la cirugía estética, los bioeticistas han centrado su atención en la discusión sobre la libertad y la autonomía del individuo que solicita el procedimiento. Sin embargo, no se puede dejar de considerar la presión social y el hecho de que el cuerpo se ha convertido en el depósito de un imaginario cultural preponderante en la sociedad contemporánea. Esta situación nos lleva al análisis de la vulnerabilidad del paciente y de la responsabilidad del ejercicio médico, mucho mayor que en procedimientos con una clara indicación o urgencia médica.

Cirugía estética y ética

En la praxis de la cirugía estética existen dos tipos de orden ético: los primarios, en los que hay pocos problemas éticos en cuanto a la toma de decisión de la intervención quirúrgica, pues se trata de individuos que sufren de manera clara y objetiva de alguna malformación en el cuerpo, y que por lo tanto se encuentran fuera de la media poblacional (por ejemplo, trastornos congénitos, daño por quemaduras o accidentes graves). En cambio, los de orden secundario, como el *lift* de cara o abdomen, las rinoplastias o la liposucción, son vistos con recelo e incluso con cierta objeción de carácter ético por considerar que se trata de intervenciones “superficiales” o de “vanidad” que ponen en riesgo innecesario al cuerpo sano bajo la razón de mejorar la imagen corporal.⁵

Padecer por la “no belleza”

La Organización Mundial de la Salud aclara que la salud es “un medio” y no “un estado abstracto” para llegar a un fin, su cuidado es un derecho fundamental y universal. El sujeto a través de ella como “recurso” se posibilita una vida individual, social y económica en un sentido productivo positivo. El individuo consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.¹ La sociedad tiene una estrecha relación con la salud y con toda la dimensión de variables que la conforman: las económicas, culturales y del “estilo individual de vida” de cada uno de sus miembros. Según Alexander Moran Capron:⁶

...el derecho a la salud se convierte en un derecho a la felicidad, o a todo lo que una persona desee, lo cual constituye una aspiración y no un derecho”, lo que supone una diferenciación entre dos conceptos, los derechos (*rights*) y las obligaciones o deberes (*duties*).

Arthur Kleinman (1998), en su libro cuyo título es *The illness narratives, suffering, healing & the human condition*, apuntó la importancia de entender a la enfermedad a partir de quien la padece o la sufre, como una condición individual que cambiará de forma inevitable su propia existencia. La persona interpreta su sufrimiento de acuerdo con sus valores y medio sociocultural.⁷

La polémica sobre la cirugía estética nace del cuestionamiento de psicólogos, antropólogos, sociólogos, feministas, médicos e incluso de la población en general, sobre la motivación de quien solicita la intervención: ¿son personas “sanas” o “padecen emocionalmente” al encontrarse inconformes con su cuerpo? La preocupación excesiva de quien se somete a una cirugía estética surge al no adecuarse a los patrones sociales y culturales de belleza, de acuerdo con lo que dicta la moda. La molestia, pequeña a los ojos de los demás, induce gran sufrimiento psicológico, que desde “el padecer” en el lo más íntimo de la vida del hombre, le genera dolor, vergüenza, rechazo, desequilibrio emocional y mental, que perjudican su felicidad, el nivel de satisfacción personal y productividad. Justamente, por tratarse de una alteración subjetiva es “algo” imposible de ser medido. Ese padecer está anclado en el deseo y la fantasía de “la belleza”. Por lo tanto, el bienestar físico y mental nos da la pauta para que se pueda convertir en un derecho a la felicidad.

Dentro de este marco conceptual, brindar alivio al sufrimiento psicológico y emocional a través de una cirugía, aunque la razón lógica para algunos o irracional para otros descansa en la satisfacción de un deseo, es válido desde la premisa de que es obligación del médico promover la salud y la libertad del sujeto para modificar su cuerpo.

Vulnerabilidad en bioética

La vulnerabilidad (del latín *vulnus*) se define como la “posibilidad pasiva de sufrir una herida”. El ser vivo es vulnerable como condición propia de su existencia, en su temporalidad, en el contacto con su medio ambiente, en la posibilidad de estar expuesto a la infelicidad, a la destrucción y a la muerte y, más allá, por la amenaza a su proyecto y calidad de vida.^{8,9} Se han descrito por lo menos tres tipos de vulnerabilidad: la vital relacionada de manera directa con el proceso de vida, la de subsistencia asociada con la manutención y aseguramiento de los elementos biológicos para su desarrollo, y la vulnerabilidad existencial y social.⁹

La vulnerabilidad es ontológicamente anterior a cualquier principio bioético y es un claro indicador de los límites de la dignidad humana. Rendtorff y Kemp precisan la necesidad de identificar la vulnerabilidad del ser y los límites de la autonomía, la cual por ser considerada un principio *prima facie* ha dejado de lado la protección y respeto a la vulnerabilidad corporal.⁸⁻¹⁰ La ideología de la sociedad moderna es una cultura de supervivencia narcisista y autónoma que crea un extremo de mayor vulnerabilidad en el ser humano. La identidad de la sociedad moderna no está matizada por la tradición; la sociedad al liberarse de su cultura —tradiciones— y sus fundamentos simbólicos, se encuentra propensa a sufrir una mayor vulnerabilidad social, que incluye la marginación psicológica y física de sus integrantes.¹¹

En el artículo 8 de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005 se apunta: “al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos o grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad de dichos individuos.”¹² El principio de integridad, inseparable del de vulnerabilidad, se refiere al carácter inviolable del individuo, a su derecho a no ser “tocado” física o psicológicamente. La vulnerabilidad no es en todos los casos absoluta, existen poblaciones más propensas como las mujeres (en especial las embarazadas y en condiciones sociales particulares), los niños, estudiantes, empleados, inmigrantes, minorías étnicas y raciales, desempleados, personas sin hogar, prisioneros, analfabetas, discapacitados temporal o permanentemente, personas mayores de edad y sujetos con enfermedades mentales.¹²

Autonomía y vulnerabilidad en la cirugía estética

La autonomía se define como la capacidad de autogobierno, de autorreflexión, de elección personal libre de interferencia o control, por encima de la ley moral, sin coerción y manipulación por otros, en la ausencia de restricciones o impedi-

mentos impuestos por el poder de otros. Todo esto para actuar de acuerdo con un plan o deseo autoelegido.¹³⁻¹⁶ La persona autónoma tiene el derecho a ser respetada para actuar conforme a sus creencias y valores personales, lo que implica la no interferencia en sus “derechos, deberes y valores”, y la aceptación de las opciones que ellos manifiesten.¹¹ La bioética angloamericana redujo el amplio sentido de la “libertad” al sinónimo o condición del principio de autonomía a raíz del informe Belmont —postulación del principio de respeto por las personas— y la definición del principio de la autonomía. Para Beauchamp y Childress, la autonomía tiene dos requisitos fundamentales: la libertad, independientemente de influencias que ejerzan control, y la agencia, que implica la capacidad de llevar a cabo una acción intencional.¹⁴

La libertad (del latín *libertas*) es el ejercicio de forma activa y concreta de la autodeterminación de la persona, que le impone responsabilidad hacia sí misma y hacia la sociedad que le rodea.⁷ La libertad moral planteada por Kant es definida como la expresión absoluta de la voluntad, que “prescinde en efecto, de toda determinación externa a sí misma” de todo contenido proveniente de la naturaleza y de toda finalidad vital.

El hombre crea sus propias leyes por ser autónomo y racional, y de allí surge la ética.¹⁷ La decisión del sujeto trae consigo otras consideraciones de tipo moral, pues el respeto a la autonomía no está aislado de su mundo sociocultural y la repercusión que de su elección pueda derivar. Para el hombre carece de sentido ser libre si no tiene como objetivo el constituirse como un sujeto no-determinado ante los demás y autodeterminado ante sí mismo, como individuo cuyo significado es la construcción de su propio proyecto de vida.⁶

La calidad de vida también se ve afectada por la resolución que desde su inicio se encuentra “viciada”, determinada por el “afecto” y el “padecer”, del cómo se vive la problemática individual. El límite de autonomía y la capacidad de decisión llevan en sí mismas la subjetividad ligada a la experiencia del enfermo en el ámbito de lo físico, mental y social.¹⁸ De allí que el concepto de autonomía se vincule con otros principios básicos como dignidad, integridad y del cuidado a la vulnerabilidad que proveen al sujeto de protección normativa y de privacidad frente al desarrollo biomédico y tecnológico.

Las justificaciones que ofrecen los pacientes para someterse a un procedimiento estético son innumerables, descansan en el deseo convertido en una necesidad, resultado de la elaboración psicológica de su experiencia y sus afectos. Las razones psicológicas son de índole individual e irrepetible y nos hablan del sujeto como persona, de su mundo interno, apuntalados en la exigencia social introyectada que como padecer se unirá a la libertad individual, y le conformará un destino. Como ha señalado acertadamente la doctora Juliana González, a pesar de que la capacidad de elección queda en libertad manifiesta, encubre el carácter interno e inconsciente que determina la voluntad.¹⁷

La maniobra científica puede ser legítima cuando hay una unión entre la “realidad espacio-temporal fenoménica”, pues no existe la pretensión de ser algo “aparte” y “absoluto”.¹⁷ Cuando el fin de la cirugía estética “acerca” al individuo enfermo con deformidad física a un patrón de “normalidad colectiva”, el dilema ético se daría si el acto fuera impuesto por un tercero o el riesgo superara el beneficio quirúrgico. En el imaginario corporal se despliegan y matizan de forma caprichosa los deseos, pulsiones que en lo interno movilizan al sujeto a la toma de decisiones indeterminadas, sin “razón científica” o incluso “opuestas a la natura”, cuando se trata de cambiar “rasgos étnicos” o modelar el cuerpo solo con el fin de transformarlo en el modelo “ideal-social” de belleza, que a pesar de acercarse a una realidad fenoménica en lo más íntimo su carácter dominante es totalmente subjetivo.

A pesar de ello, aún con opiniones encontradas, la libertad otorga a la persona que acude al cirujano el derecho a elegir y decidir sobre su propia vida y aspecto físico, de acuerdo con su propia concepción de belleza y de la magnitud de su deseo, y que el vehículo sea la cirugía para mitigar una necesidad o sufrimiento. El individuo como un “todo” requiere un proyecto de vida y su realización personal. La sociedad moderna ha sobrevalorado la relación del cuerpo-belleza con aspectos sociopsicológicos, convirtiendo a las personas en objetos de una mayor vulnerabilidad. Algunas poblaciones al estar expuestas a factores como los medios de comunicación, la biotecnología y el racismo tienen un riesgo mayor. Los cirujanos plásticos manipulan ese cuerpo-sujeto, entendido como la parte más frágil y digna del ser humano, bajo la justificación y razonamiento de la búsqueda de la belleza.

La vulnerabilidad, la dignidad humana y la autonomía están entrelazadas y son dependientes de la diversidad cultural y social donde se desenvuelve el hombre. Los indicadores de salud, la oferta y demanda de numerosos servicios médicos cosméticos, bajo tendencias de la moda, apuntan que en el momento actual la identidad se encuentra fusionada con la de otros, con un total desarraigo de lo simbólico cultural que define a cada persona como tal. Por lo anterior se hace necesario considerar la vulnerabilidad de la población que acude al cirujano estético.

Especialmente valdría la pena poner a consideración la validez de una cirugía estética cuando el deseo está fundado en expectativas distorsionadas de la imagen corporal, o si el riesgo es mayor al beneficio por la magnitud de la intervención que expone al sujeto a complicaciones de orden médico. Sería válido hacer consideraciones semejantes cuando no es posible documentar un padecer como tal o existe cualquier enfermedad mental o un trastorno dismórfico (DSM IV-R).¹⁹ Resulta aún más delicado el dilema bioético si se trata de complacer los patrones sociales de moda corporal, de ese deseo social que se ha convertido en una necesidad personal. Por lo tanto, a pesar de contar con un amplio consentimiento informado, la autonomía no es absoluta por estar condicionada, cuando no determinada, por la coerción social que generó una necesidad de “belleza”.

Las razones entre la moralidad, el deseo y el deber, aseguran que el hombre por su libre albedrío puede exponer su integridad a esa vulnerabilidad de la que pienso tiene todo aquel que acude al cirujano estético.

Relación cirujano estético-paciente

Otro factor que impacta la autonomía y vulnera al individuo es el encuentro cirujano estético-paciente, único e individual, donde la persona deliberadamente manifiesta el deseo de cambiar su cuerpo, y durante el cual deposita su confianza y delinea a través de la palabra sus razones, deseos y fantasías; puede o no adherirse a las recomendaciones médicas. Es frecuente que el cirujano además del procedimiento solicitado, enliste cuáles son los “cambios” que podrían “mejorar” su apariencia. En el imaginario se fantasea la propuesta, el deseo, y se proyecta un placer anticipatorio a los resultados reales. La decisión autónoma se transforma en un acuerdo heterónimo, donde el cirujano, de acuerdo con su gusto, paradójicamente, puede contradecir e incluso objetar el deseo del paciente.

El cirujano con “su proyecto” en mano deja sembrada la duda, sobre todo en las personas frágiles o susceptibles de ser manipuladas. A lo anterior se suma que es un servicio que se “solicita voluntariamente y se paga” sin intervención de un comité hospitalario o un comité de especialidad que limite la posible intervención. Hasta principios de 2010, la regulación sanitaria gubernamental mexicana se limitaba a la vigilancia de las instalaciones hospitalarias donde se proporcionaba la atención quirúrgica. Cualquier médico podía realizar procedimientos cosméticos, lo que fue modificado a petición de legisladores, siendo solo los cirujanos estéticos graduados y aquellos en formación, y solo bajo supervisión de un especialista, los autorizados para realizar este tipo de intervenciones.

Por parte del paciente, la mercadotecnia (paquetes quirúrgicos), la publicidad y la recomendación de enfermo a enfermo son las que determinarán finalmente su elección. El consentimiento informado en la mayor parte de los casos es tomado con ligereza, más que nada por la idea de que las operaciones serán un éxito en cuanto a realizar la idea que se había hecho el paciente. No se valora suficientemente el riesgo-beneficio y la posibilidad de complicaciones en toda su magnitud. El cuerpo, depositario de un imaginario social, es vulnerable al acto médico que pretende aliviar su padecer, bajo el argumento de la obtención de belleza.

Población vulnerable en cirugía estética

La vulnerabilidad es más un estado que un rasgo y más si se trata de sujetos con padecimientos mentales.²⁰ Las personas con trastornos mentales son doblemente vulnerables por dos mecanismos: la “vulnerabilidad” para dar un consentimiento

informado en el cual valoren en toda su extensión el riesgo al que son sometidos y en segundo lugar por su susceptibilidad a la coacción.²⁰

En el campo de la cirugía estética se pueden documentar los siguientes grupos vulnerables: por género, edad, raza, trastornos mentales, adictos a la cirugía estética y pacientes con malformaciones congénitas.

De acuerdo con el género, la mujer acude al cirujano estético en una relación 9:1 comparada con el hombre, pues accede con mayor facilidad a alterar su cuerpo como respuesta a presiones sociales. La experiencia corporal se transforma en una identidad, el cuerpo bello es sinónimo de “poder” y del “falso control de sus vidas”.²¹ En los adolescentes, la demanda es muy alta por la búsqueda de una nueva identidad, es frecuente la vanidad y la estigmatización de rasgos familiares que tiene un contexto simbólico.^{22,23} También en esta etapa la insatisfacción con la imagen corporal genera una baja autoestima, un autoconcepto inestable y desorganizado.²⁴

La discriminación racial genera presiones sociales y los grupos que históricamente la han sufrido han sido los primeros en buscar una solución cosmética. Los sujetos con enfermedades mentales son potencialmente vulnerables por la disminución de su capacidad para dar un consentimiento informado (vulnerabilidad por capacidad) y por su susceptibilidad a sufrir coerción (vulnerabilidad por poder). Aunque de acuerdo con el *National Bioethics Advisory Commission* todas las personas que padecen trastornos mentales se consideran dentro de una población vulnerable, no todos lo son en la realidad. La diferencia estriba en la capacidad de comprensión, de entendimiento, de otorgar su consentimiento.²⁰ Este grupo incluye los trastornos del carácter,²⁵ los trastornos de la personalidad,²⁵ afectivos, depresión o quejas somáticas,²⁵ padecimientos o síntomas psicóticos, como los observados en la esquizofrenia, depresión y paranoia; entre ellos, de 2 a 16 % solicita se le realice rinoplastia.^{22,25,26}

Hay dos grupos de trastornos mentales que presentan ideas de preocupación somática: los sujetos que padecen dismorfobia —la idea tiene características delirantes (de 7 a 15 % se somete a procedimientos cosméticos)— y los que padecen trastorno dismórfico —idea de preocupación y ansiedad asociada con la apariencia física individual y en lo social de cómo los ven y los juzgan—, que se asocia con alteraciones en el ánimo, ansiedad social y problemas laborales—; la padecen más los jóvenes y 50 % de los pacientes que acuden al cirujano estético la presentan.^{27,28} En algunas personas, la cirugía estética se convierte en un acto compulsivo, sin importar el dolor, el costo o, incluso, la malformación a la que pueden ser expuestos. Curiosamente los casos sirven de “promocionales” en los medios de comunicación sobre el alcance y las promesas de una vida exaltada por medio de la cirugía.²¹

En las últimas décadas ha existido un incremento en el número de “reconstrucciones faciales” en pacientes con sín-

drome de Down, bajo el argumento de que la cirugía les da una mayor aceptación social y facilita su inserción en programas educativos y sociales sin ser discriminados, y se apunta que la misma discriminación puede ser factor que contribuye a una mayor discapacidad.²⁹⁻³¹

Conclusiones

Jefferson explica que el estrepitoso desarrollo de la industria cosmética y del vestido en los últimos años se debe a que los individuos:²⁵

...cambian continuamente estilos con gustos erráticos de manera que la apariencia es equivalente al éxito y a la juventud,... por un deseo desesperado de mantener una imagen. La edad se ha convertido en un factor determinante con significancia social que en muchos casos determina el tipo de trabajo, la socialización y la organización del grupo.

Parecería burdo comparar el ejercicio médico con comerciantes de ropa y maquillaje, pero actualmente —hablamos del siglo XXI— el sistema de valores se ha modificado. Actualmente la belleza es un valor social bajo estándares y tendencias de la moda. Hace algunos años era impensable que una persona buscara modificar sustancialmente su aspecto a no ser que padeciera deformidades mayores. La necesidad de adaptarse a un estándar social de belleza ha provocado que mínimos defectos físicos se vuelvan objeto de una intervención estética. Este malestar está ligado a una estigmatización personal o social simbólica.

La decisión autónoma puede verse afectada por la coerción social, la presión mediática, el imaginario individual, la información médica poco precisa, la oferta comercial, las decisiones heterónomas en la relación cirujano-paciente, factores de riesgo para la construcción de falsas expectativas en el sujeto, que incrementan directamente su vulnerabilidad. Descansar en una autonomía no crítica conduce a la distorsión de la realidad cotidiana, que deja de lado la vulnerabilidad de la condición humana.

El análisis cuidadoso de la población que acude con el cirujano estético apunta o que por lo menos tres cuartas partes de ella por diferentes razones, de índole social o psicológica, convirtieron su cuerpo en depositario de un deseo transformado en una necesidad que les generó displacer. Es imposible realizar una generalización sobre las motivaciones, pues tienen un carácter absolutamente individual. Por las razones expuestas, considero que el paciente que se somete a una cirugía estética se incorpora al grupo de población especialmente vulnerable, razón por la cual se le debe poner atención y cuidado para prevenir los problemas físicos y mentales derivados de las intervenciones y del incumplimiento de expectativas.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: glosario. [Monografía en internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998. Disponible en http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
2. Harris DL. Cosmetic surgery. *Ann R Coll Surg Engl* 1989; 71(3):195-199. Disponible en <http://ukpmc.ac.uk/articles/PMC2498899/pdf/annrscse01556-0059.pdf>
3. American Society of Plastic Surgeons. ASPS National Clearinghouse of Plastic Surgery Procedural Statistics. Report of the 2010 Plastic Surgery Statistics. Disponible en <http://www.plasticsurgery.org/News-and-Resources/2010-Statistics.html>
4. International Society of Aesthetic Plastic Surgery. [Sitio web]. ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2010. Disponible en <http://www.isaps.org/isaps-global-statistics.html>
5. Hans T. Aspectos éticos de la cirugía plástica y reconstructiva. *Cuadernos de Bioética* 1989;XIX(1):131-145.
6. Derecho a la Salud. En: *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética; 2008. p. 242-258.
7. Libertad. En: *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética; 2008. p. 413-432.
7. Kleinman A. The illness narratives. *Suffering, healing & the human condition*. USA: Basic Books; 1988.
8. Rendtorff JD, Kemp P. Basic ethical principles in bioethics and biolaw. En: *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw*. Vol 1. Report to the European Commission of the BIOMED-II Project basic ethical principles in bioethics and biolaw 1995-1998. Copenhagen-Barcelona: Centre for Ethics and Law-Institute Borja de Bioética; 2000. p. 45-55.
9. Rendtorff JD. The limitation and and accomplishments of autonomy as a basic principle in bioethics and biolaw. En: Weisstub DN, Díaz-Pintos G, editores. *Autonomy and human rights in health care. An international perspective*. Dordrecht the Netherlands: Springer; 2008. p. 75-88.
10. Vulnerabilidad y protección. En: *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética; 2008. p. 340-342.
11. Respect for autonomy. En: Beauchamp TL, Childress JF, editores. *Principles of medical ethics*. Fifth edition. USA: Oxford University Press; 1987. p. 57-112.
12. Comité Internacional de Bioética de la UNESCO. *Bioética: en busca de consensos*. Proyecto de "Informe el principio de respeto a la vulnerabilidad humana y a la integridad personal". México: Colegio Nacional; 2009. p. 1-25.
13. Engelhardt T Jr. Autonomy: the cardinal principle of contemporary bioethics. En: Kemp P, Rendtorff J, Johansen NM, editores. *Bioethics and biolaw*. Denmark: Rhodos International Science and Art Publishers & Centre for Ethics and Law; 2000. p. 35-46.
14. Dos modelos de responsabilidad moral en medicina. El modelo de autonomía. En: Beauchamps TL, McCullough L, editores. *Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos*. Barcelona: Labor; 1984. p 25-57.
15. Kemp PA. Cuatro principios éticos: autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad. En: Kemp PA, editor. *La mundialización de la ética*. México: Distribuciones Fontamara; 2007. p. 43-59.
16. Bovero M. La libertad y los derechos de libertad. En: *¿cuál libertad? Diccionario mínimo contra los falsos liberales*. México: Océano; 2010. p. 21-40.
17. González J. *Ética y libertad*. Segunda edición. México: UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, FCE; 1997.
18. Roberts LW. Clinical decision-making and ethics skills. En: *Concise guide to ethics in mental health care*. USA: American Psychiatric Publishing; 2004. p. 19-30.
19. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition text revision. [Monografía en internet]. American Psychiatric Association; 2000. Disponible en <http://www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4tr.htm>
20. Yanos PT, Stanley BS, Greene C. Research risk for persons with psychiatric disorders: a decisional framework to meet the ethical challenge. *Psychiatr Serv* 2009;60(3):374-383.
21. Davis K. Reshaping the female body: the dilemma of cosmetic surgery. Inglaterra: Routledge; 1995. p. 1-181.
22. Crisp A. Dysmorphophobia and the search for cosmetic surgery. *Br Med J* 1981;282(6270):1099-1100.
23. Aberastury A, Knobel M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós; 1987. p. 7-162.
24. Figueroa-Rodríguez A, García-Rocha O, Revilla-Reyes L, Villarreal-Caballero L, Unikel-Santoncini C. Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010;48(1):31-38.
25. Jefferson R S. The psychiatric assessment of candidates for cosmetic surgery. *J Natl Med Assoc* 1976;68(5):441-449.
26. Olley P.C. Aspects of plastic surgery. Social and psychological sequelae. *Br Med J* 1974;3(5926):322-324.
27. Castle DJ, Honigman RJ, Phillips KA. Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? *Med J Aust* 2002;176(12):601-604.
28. Castle DJ, Molton M, Hoffman K, Preston NJ, Phillips KA. Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38(6):439-444.
29. Hatch DJ. Facial reconstruction in Down's syndrome. *J R Soc Med* 1988;81(1):1.
30. Cole M, Cole R. Down's syndrome. *J R Soc Med* 1994;87(12):741.
31. Belin B, Kandari A, Shapira Y, Shulman D, Davidson JT. Anaesthetic considerations in facial reconstruction for Down's syndrome. *J R Soc Med* 1998;81(1):23-26.