

LIMITACIONES EN LA APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE BENEFICENCIA EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CON UN EXCLUSIVO FIN ESTÉTICO

Emilio García-Sánchez

Universidad CEU Cardenal Herrera

Resumen: No cabe duda de que muchas personas mejoran su imagen corporal y su autoestima a través de procedimientos quirúrgicos estéticos. En este caso, los médicos han logrado cumplir con la beneficencia y el interés del paciente. Pero existen casos no aislados y frecuentes, en los que los pacientes sufren daños corporales y mentales como consecuencia de esas intervenciones. Los procedimientos quirúrgicos implican más riesgos y complicaciones que los no quirúrgicos y algunas de ellos son dolorosos. En este tipo de cirugías estéticas, el mejor interés del paciente, su beneficencia a todos los niveles, exige no solamente que los procedimientos estéticos se realicen de modo seguro, sino que debería también exigirse un informe psicológico favorable previo a la cirugía que descarte posibles alteraciones psicosociales sobre la imagen corporal de los pacientes, alteraciones que por otra parte se han incrementado en la sociedad por la elevada presión estética actual. La aplicación correcta de la beneficencia médica debería contemplar la ejecución de alternativas no quirúrgicas con menos riesgos y cuyos beneficios están probados. ¿Resuelven siempre las cirugías estéticas la causa generadora de la insatisfacción corporal?

Palabras clave: Beneficencia, cirugías estéticas, riesgos, ética

Limitations in the application of the Principle of Beneficence in surgical procedures with an exclusive aesthetic purpose

Abstract: There is no doubt that many people improve their body image and their self-esteem through aesthetic/cosmetic surgical procedures. In this case, the doctors have managed to comply with the beneficence and the interest of the patient. But there are also cases, not isolated and frequent, in which patients suffer physical and mental damage as a result of these interventions. Surgical procedures involve

more risks and complications than non-surgical ones and some of them are painful. In this type of aesthetic surgeries, the best interest of the patient, their beneficence at all levels, requires not only that aesthetic procedures be performed safely, but should also require a favorable psychological report prior to surgery to rule out possible alterations psychosocial on the body image of patients, alterations that on the other hand have increased in society due to the current high aesthetic pressure. The correct application of medical beneficence should contemplate the execution of non-surgical alternatives with fewer risks and whose benefits are proven. Do aesthetic surgeries always solve the cause that generates body dissatisfaction?

Keywords: Beneficence, aesthetic/cosmetic surgeries, risks, ethics

1. Introducción

Actualmente, las cinco cirugías estéticas más solicitadas son: mamoplastias de aumento, rinoplastias, abdominoplastias, liposucciones, blefaroplastias (ISAPS: 2017). Requieren anestesia general o local (blefaroplastia), y una o dos noches de hospitalización. Son las cirugías preferidas para satisfacer el deseo de querer sentirse mejor, parecer más joven, ser más atractivo. En las reflexiones que a continuación expongo dejo al margen aquellos casos de personas que acuden a estos procedimientos para reconstruir estéticamente una deformación congénita, un defecto estético causado por accidente o por un tratamiento oncológico o un problema físico que causa estigmatización.

No cabe duda que muchas personas mejoran su imagen corporal y su autoestima tras una cirugía estética. En este caso, los médicos logran cumplir con la beneficencia y el interés del paciente. Pero, existen casos que no son aislados, en los que los pacientes quedan insatisfechos y han sufrido daños corporales y mentales como consecuencia de este tipo de intervenciones estéticas. Tanto en España como en otros países, el área de la medicina estética constituye una de las áreas con más demandas judiciales. Se trata de procedimientos no exentos de riesgos y por este motivo, merece la pena reflexionar acerca de si estas técnicas estéticas y su metodología clínica están ajustándose plenamente al significado de lo que debe ser el principio de beneficencia médica, que persigue siempre

la salud del paciente. Como ha subrayado la ética principialista (Beauchamp-Childress, 2001) lo mejor para el paciente debe estar representado por el beneficio previsto y alcanzado desde un punto de vista integral de su vida bio-psico-social. “Este espíritu es el que debe constituir siempre la brújula orientadora del cirujano estético en el momento de la toma de decisiones” (Arriagada, 2016: 115).

Lo que planteo en mi trabajo son algunos límites y ambigüedades sobre la correcta aplicación de este principio ético y médico en esta área médica.

2. Dificultades en la elaboración del balance beneficios/riesgos

Nunca antes había sucedido en la práctica médica que pacientes sanos quieran arriesgar su salud por una cuestión de belleza sometiéndose a una cirugía mayor. La mayoría de los pacientes estéticos de partida están sanos, no tienen una patología diagnosticada y, por tanto, no se pretende en ellos un beneficio terapéutico como en el resto de pacientes. Medicamente hablando “no hay nada que curar” (Satkoske et al., 2015). En la mayoría de estos casos no se suele hablar de urgencia médica. Tan sólo quieren corregir un pequeño defecto físico a veces insignificante o incluso imaginario, o parecer más jóvenes para sentirse mejor.

Dado el buen estado de salud en el que se encuentran "los médicos todavía tienen mayor obligación y responsabilidad de calcular mejor la probabilidad estadística de los daños y beneficios de cualquier intervención que realicen sobre ellos porque estamos partiendo de que son sanos" (Ubbink et al, 2015: 3). Al constituir este cálculo parte del corazón de la metodología clínica médica, resultaría impropio de una ciencia basada en evidencias como es la medicina que un tratamiento no terapéutico como es el estético diera como resultado una enfermedad en un paciente sano.

En este tipo de operaciones estéticas suele existir una dificultad para elaborar el balance de beneficios/riesgos porque propiamente no se producen beneficios funcionales. No está comprobado que las partes corporales embellecidas produzcan un mejor funcionamiento orgánico (Satzoske et al., 2015). A algunos médicos le resulta más difícil calcular los beneficios estéticos que los beneficios – no estéticos- de operaciones que curan una enfermedad o reestablecen el funcionamiento de un órgano dañado (Mantese et al, 2006: 27).

Por otra parte, las percepciones subjetivas – variables- de los propios pacientes estéticos que son las que determinan la voluntad de operarse, cuando se quieren convertir en necesidades médicas dificultan también el rigor médico del balance. La finalidad estética cubre necesidades más de tipo psicológico y psicosocial: *me quiero sentir mejor, me quiero ver mejor*. Al no haber propiamente lo que se denomina en medicina un “necesidad médica” o una “indicación médica”, resulta más difícil hacer una valoración del beneficio en base al cual se pueda tomar una decisión de tipo médico. Existe la tendencia a maximizar el beneficio por el solo hecho de que se va satisfacer el deseo estético operándole, restándole importancia a los riesgos objetivos (Widdows et al., 2018).

3. Desproporción entre el objetivo de la beneficencia y la posibilidad real de riesgos físicos y psíquicos

En la medicina general se asumen ciertos riesgos en operaciones que son requeridas por la salud de la paciente, para su recuperación. Pero en los casos en los cuales lo único que desea el paciente es *sentirse o verse mejor*, a algunos médicos les cuesta aceptar que por esa sola razón se tengan que asumir unos riesgos derivados de una cirugía mayor. Algunos hablan de falta de proporcionalidad con respecto a la beneficencia.

Consideran que se da una desproporción entre el beneficio obtenido y la posibilidad de altos riesgos. (Edmond, 2013: 237). Les desconcierta que la ejecución de intervenciones que no son estrictamente necesarias pueda tener consecuencias negativas para la salud (Satkoske et al., 2015). Las complicaciones quirúrgicas siempre han sido una parte inevitable de la práctica quirúrgica (Adedeji et al, 2009: 735), y, además, la cirugía necesariamente produce un ataque drástico al tejido biológico, constituyendo uno de los motivos que hace más difícil prever las reacciones a tales procedimientos incisivos.

Sorprende que las operaciones sobre estos pacientes sanos empiecen con dolor, motivo por el que se anestesia (Chad et al, 2018: 351). El inicio de las cinco cirugías mencionadas consiste en romper tejidos sanos, dañándolos. Para algunos médicos empezar dañando no deja de resultar una cierta contradicción con el principio de *primum non nocere* (Barone et al., 2015). Y, además, algunas de estas cirugías dejan señales o cicatrices en el cuerpo para siempre, añadiéndose un postoperatorio molesto durante semanas.

Si el objetivo de todo tratamiento médico es la beneficencia, este principio ético y deontológico debería asumir que el procedimiento menos invasivo es el que siempre ha de intentarse primero al ser el más adecuado, sobre todo en los casos en los que el tejido que se va a alterar es sano y funcional (Gallo et al., 2018). El procedimiento menos invasivo siempre es el no quirúrgico y si por parte del médico hay un afán desmesurado por operar cuando existe objetivamente algo que se puede solucionar sin cirugía, entonces, el cirujano estético no está actuando por un fin médico, poniéndose en duda la ética de su metodología clínica.

Por ejemplo, el procedimiento no invasivo no quirúrgico puede consistir en seguir una dieta, hacer ejercicio físico, seguir una terapia psicológica conductual, o sencillamente no seguir ningún tratamiento en absoluto (Ubbink et al., 2015). El médico

tiene la responsabilidad de que el procedimiento a seguir con un paciente siempre sea el más beneficioso de todos los que existen. Y esto exige no conformarse sin más con cualquier deseo del paciente (Lunceford, 2016: 32). Varios estudios confirman que una buena terapia psicológica en adolescentes y en no adolescentes, tiene efectos positivos sobre la autoestima corporal (Ericksen et al., 2012) muchas veces mayores que una cirugía estética.

4. El valor médico de la beneficencia psicológica y la necesidad de evaluarla previamente a la operación

En este tipo de operaciones existe un aspecto de la beneficencia que se ha de tener en cuenta: la beneficencia psicológica. El cirujano estético para valorar si la operación solicitada va a ser lo más beneficiosa posible para el paciente, ha de calcular no solo los beneficios físicos sino también en estos casos los beneficios psicológicos de la intervención.

Para ajustar mejor esa beneficencia psicológica y poder garantizarla no hay más remedio que por prudencia valorar la salud mental del paciente previamente a la intervención. Si tengo un paciente vulnerable emocionalmente, con una cierta fragilidad afectiva o una personalidad narcisista, con comportamientos adictivos, tendencias obsesivas, presión externa de pareja o de ambiente laboral, o si me viene con foto, etc., describen signos relevantes para aclararlos con especialista porque las consecuencias psicológicas de la operación podrían ser muy negativas (Ericksen et al., 2012) siendo lo más recomendable no operar para no hacer daño. Está comprobado que el tipo de personas que hoy día busca cirugía estética para mejorar su apariencia tiene un nivel de preocupación por su imagen y de ansiedad superior a la media de la población general (Lunceford, 2016: 29), y esto puede ser un síntoma significativo. Los casos de peticiones

de rinoplastias con finalidad exclusivamente estética se han convertido en la operación más solicitada por los que padecen dismorfia. Por tanto, es necesario extremar las precauciones en el diagnóstico, porque además ya es conocido que este tipo de personas no suelen confesar sus alteraciones o trastornos en la consulta (Strazdins et al., 2017)

Uno de los efectos negativos más comunes de las cirugías estéticas consiste en que el resultado final no se corresponda exactamente con lo esperado por el paciente. A veces, las expectativas son tan altas que se genera una frustración, una insatisfacción postoperatoria. Y por la beneficencia, resultaría necesario conocer a priori si el candidato a operarse tolera mucho, poco o nada las frustraciones en su vida. Los pacientes insatisfechos con la cirugía suelen demandar nuevas intervenciones o experimentar depresiones, aislamiento social, problemas familiares, conductas auto-lesivas y hostilidad hacia el cirujano y su equipo (Honigman et al., 2004). O caer en una carrera adictiva de tratamientos, que está identificado como el primer síntoma de la dismorfia.

Otro efecto negativo sobre la psicología de la persona es la euforia. Cuando el resultado estético es mucho mayor de lo esperado, se genera tal euforia mental que puede acabar en un proceso de ansiedad. La euforia es una alteración psicológica causada por unas emociones que el paciente no sabe psicológicamente como gestionarlas y necesita ayuda externa.

Por tanto, en aquellos casos en los que haya sospechas de posibles trastornos sobre la imagen, la precaución del médico debe llevarle a buscar una consulta de psicología clínica para despejar dudas. Esta actuación prudente y de buena praxis es lo que exige el principio de beneficencia/no maleficencia que busca reducir al máximo la posibilidad de daño (Adedeji et al., 2009). En general, aunque no esto se está haciendo en la mayoría de clínicas estéticas, lo prudente es solicitar informe psicológico para evitar dañar al paciente y lograr un efectivo mejoramiento psicológico (De Roubaix, 2011: 12).

Diversos estudios confirman el empeoramiento de la salud mental en aquellos pacientes que previamente a la cirugía tenían alteraciones psicológicas (Von Soest et al., 2012). Por ese motivo, está desaconsejado operar pacientes con síntomas en los que se manifiesta una distorsión de su imagen corporal, y una inconsciencia de las consecuencias negativas (Rees et al., 2012). Ya existen médicos cirujanos que no operan hasta que no obtienen un informe psiquiátrico favorable (Karimi et al., 2012).

El equipo médico debe ser capaz de identificar aquellos casos en los que el resultado psicológico de la cirugía será probablemente nulo o muy pobre debido a un cierto nivel de anormalidad en la autoconciencia del paciente. Por tanto, si el cirujano estético tras una evaluación psíquica llevada a cabo por especialista descubre un daño cognitivo, lo prudente y ético sería no operar. Por la protección de su salud, en ocasiones habrá que hacer comprender delicadamente a esos pacientes que dada su situación lo que realmente les aliviaría no es una intervención quirúrgica sino psicológica o psiquiátrica (Newell, 2011: 320).

Por último, con frecuencia y en cuanto a la satisfacción de los deseos estéticos se refiere, la cirugía estética muchas veces trata los efectos de un malestar, pero no resuelve la causa objetiva de por qué alguien se siente en la necesidad de querer someterse a una operación quirúrgica con riesgos. La auténtica beneficencia para que sea verdaderamente médica debería ir a tratar la causa del malestar o de la insatisfacción que es la que motiva que el paciente quiera operarse. Debe de intentar eliminar el mal que causa el daño, el complejo o descontento (Gallo et al., 2018). Si atiende solo los efectos y no la causa, probablemente tras la intervención el paciente pueda sentirse bien durante un cierto tiempo, pero dado que con el resultado físico obtenido no se ha resuelto la causa del problema, poco tiempo después el paciente buscará o repetirá operación u operarse de otra parte.

Buscar y desear el mejor bienestar físico y psicológico no siempre se resuelve con una cirugía, aunque así lo pueda pensar el propio paciente. Si la causa está ubicada en otro ámbito que no tiene que ver con la apariencia física en sí misma (que en la mayoría de las personas es normal), se debería ofrecer un tratamiento o terapia de carácter psicológico para garantizar una más completa beneficencia (Maio, 2011: 353).

BIBLIOGRAFÍA

Adedeji S, Sokol DK, Palser T, McKneally M. (2009). Ethics of Surgical Complications. *World J Surg*. Vol 33:732–737.

Arriagada, J. (2016). Buenas prácticas en cirugía estética: algunas consideraciones desde la bioética. *Rev. Med. Clin. Condes*, 27(1) 113-121.

Barone, M., Cogliandro, A., La Monaca, G., Tambone, V., Persichetti, P. (2015). Cognitive Investigation Study of Patients Admitted for Cosmetic Surgery: Information, Expectations, and Consent for Treatment. *Archives of plastic surgery*. Vol. 42 / No. 1 / January. 46-51.

Beauchamp, T. y Childress J. (2001). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 6th Ed.

Chad M. Teven, MD, and Scott B. Grant. (2018). Plastic Surgery's Contributions to Surgical Ethics. *AMA Journal of Ethics*. April. Volume 20, Number 4: 349-356

De Roubaix, JAM (2011). Beneficence, non-maleficence, distributive justice and respect for patient autonomy e reconcilable ends in aesthetic surgery? *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 64: 11-16.

Edmonds, A. (2013). Can Medicine Be Aesthetic? Disentangling Beauty and Health in Elective Surgeries. *Medical anthropology quarterly*, 27(2): 233–252.

Ericksen, W. L., & Billick, S. B. (2012). Psychiatric issues in cosmetic plastic surgery. *The Psychiatric Quarterly*, 83(3): 343–352.

Gallo, L., Baxter, Ch., Murphy, J., Schwartz, L., Thoma, A., (2018) Ethics in Plastic Surgery: Applying the Four Common Principles to Practice. *Plast. Reconstr. Surg.* 142: 813.

Honigman RJ, Phillips KA, Castle DJ (2004). A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* Apr 1;113(4):1229-37.

ISAPS: *International Society of Aesthetic Plastic Surgery*. https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2018/11/2017-Global-Survey-Press-Release_SP.pdf. [Consultado: 16/11/2018]

Karimi K, McKneally MF, Adamson PA. (2012). Ethical considerations in Aesthetic Rhinoplasty. A Survey, Critical Analysis, and Review. *Arch Facial Plast Surg* 14(6):442-450.

Lunceford, B., (2016). Ethical Dimensions of Cosmetic Surgery. *International Journal of Technoethics*. Volume 7, Issue 2, July-December, 28-46

Maio, G., *Ethical Considerations in Aesthetic Medicine* (2011). in C. Raulin and S. Karsai (eds.), *Laser and IPL Technology in Dermatology and Aesthetic Medicine*, 351. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 351-356

Mantese T, Pfeiffer C, McClinton J. (2006). Cosmetic Surgery and informed consent. Legal and ethical considerations. *Michigan Bar Journal*. 85: 26-29.

Newell, BL (2011). Informed consent for plastic surgery. Does I cut deeply enough? *Journal of legal medicine*. Vol. 32: 315-335.

- Rees LS, Myers S, Bradbury E. (2012). A Comprehensive Screening, Education, and Training Tool for the Psychological Assessment of Patients Seeking Aesthetic Surgery: “desirable op?” *Aesth Plast Surg* 36:443–447.
- Satkoske, V., Kappel, D. (2015). Plastic Surgery Ethics : Beyond Face Value. *American Society of Palstic Surgical Nurses*. Vol. 35, n° 2, april-june, 76-79.
- Strazdins E, Nie YF, Ramli R, Palesy T, Christensen JM, Marcells GN, Harvey RJ. (2017) Association of Mental Health Status With Perception of Nasal Function. *JAMA Facial Plast Surg*. Sep 1;19(5):369-377.
- Ubbink DT, Santema TB, Lapid O (2016). Shared Decision-Making in Cosmetic Medicine and Aesthetic Surgery. *Aesthetic Surgery Journal* 36(1):NP14-9.
- Von Soest T, Kvalem IL, Wichstrom L (2012). Predictors of cosmetic surgery and its effects on psychological factors and mental health: a population-based follow-up study among Norwegian females. *Psychol Med* 42:617–626.
- Widdows, H., MacCallum, F (2018). *The demands of beauty: health care analysis*. Springer 2018, 26: 207-219