

“PERFECCIONISMO Y CIRUGÍA ESTÉTICA: REVISIÓN TEÓRICA DE UNA NOVÍSIMA ASOCIACIÓN”

“PERFECTIONISM AND COSMETIC SURGERY: THEORETICAL REVIEW OF A VERY RECENT ASSOCIATION”

Investigador: Leonardo Andrés Aguilar Durán¹

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología”²
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Resumen

En los últimos años se ha incrementado la cantidad de investigaciones encaminadas al estudio del perfeccionismo como una variable que puede tener un profundo impacto sobre la salud y el bienestar psicológico. Por otra parte, la cirugía estética es cada vez más popular a nivel mundial. Como es evidente al sentido común, un ideal de perfección debe estar presente en los millones de personas que se someten a cirugía estética cada año. Después de presentar una aproximación psicométrica para el abordaje del perfeccionismo (como rasgo de personalidad y en la modalidad de auto-presentación perfeccionista), y tras revisar algunas tendencias actuales sobre los procedimientos estéticos, este artículo reseña los principales hallazgos e implicaciones de la reciente investigación desarrollada por la psicología respecto a la relación entre el perfeccionismo y el interés en la cirugía estética. Finalmente, se sugieren ideas y recomendaciones para estudios futuros.

230

Palabras Clave: Perfeccionismo, Cirugía estética, Personalidad, Evaluación psicológica.

¹ Correspondencia remitir a: psileonardo@gmail.com, Leonardo Aguilar. Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela (UCV).

² Correspondencia remitir a: revistacientificaeureka@gmail.com, o a norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de la Carrera de Psicología”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Abstract

The amount of research on perfectionism has increased over the years for being a variable that can have a deep impact on health and psychological wellbeing. On the other hand, cosmetic surgery is becoming more popular globally. The ideal of perfection must be present at the millions of individuals who undergo cosmetic surgery every year. After first presenting a psychometric approach for the study of perfectionism (trait perfectionism and perfectionistic self-presentation) and after reviewing some current trends in cosmetic procedures, this article reviews the main findings and implications of the recent research developed by psychology regarding the relationship between perfectionism and interest in cosmetic surgery. Finally, ideas and recommendations for future studies are suggested.

Keywords: Perfectionism, Cosmetic Surgery, Personality, Psychological Evaluation.

El Perfeccionismo

Según Hewitt y Flett (1991, citado en Aguilar, Báez, Barroeta, & Colmenares, 2012) el perfeccionismo se define como un rasgo de personalidad que consiste en el planteamiento de objetivos –para sí mismo o para los y las demás– muy difíciles de cumplir, acompañado de una gran exigencia, valoración excesivamente crítica del desempeño y preocupación por cometer errores; existe además pleno convencimiento de que los demás esperan resultados excepcionales derivados del rendimiento personal.

Estos autores distinguen tres dimensiones del perfeccionismo: 1) auto-orientado, que incluye comportamientos basados en un conjunto de metas no realistas que se mantienen casi dogmáticamente e involucran una evaluación minuciosa del propio comportamiento, un elevado nivel de autocrítica y censura de determinadas conductas con el fin de evitar situaciones de fracaso;

2) orientado hacia los demás, que comprende un conjunto de creencias y expectativas acerca de la capacidad de los otros, tiene que ver con la aplicación de altos estándares y objetivos muy ambiciosos a otras personas significativas, lo que se suma a un elevado nivel de crítica y constante evaluación del desempeño de aquellas; y finalmente, 3) socialmente prescrito, que describe la necesidad de cumplir con las expectativas prescritas por otros significativos, está caracterizado por la percepción de que los demás mantienen expectativas exageradas e irreales hacia uno, que son difíciles y hasta imposibles de satisfacer, pero que deben alcanzarse para lograr la aprobación y la aceptación. No existe una conceptualización del perfeccionismo aceptada universalmente, de la misma manera también pervive una discusión científica sobre la unidimensionalidad (p. ej., Burns, 1980) o estructura multidimensional del constructo (Hewitt, Flett, Besser, Sherry, & McGee, 2003; Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002).

Aún entre quienes hay consenso acerca de la multidimensionalidad de la variable, dicho acuerdo no es el mismo cuando se intenta articular a objeto de su medición las diferentes dimensiones propuestas (Bousman, 2007; Lozano, García, Martín, & Lozano, 2012; Rice, Ashby, & Slaney, 2007).

La Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HMPS o MPS-H por sus siglas en inglés) diseñada por Hewitt y Flett (1991) es una de las medidas de auto-reporte más utilizadas en la investigación de la variable, focalizándose en su aspecto negativo y de carácter interpersonal, la evalúa en las tres dimensiones ya conocidas: perfeccionismo orientado hacia sí mismo, que se caracteriza por una tendencia a exigirse y buscar unos niveles de ejecución y resultados muy altos (p. ej., “Una de mis metas es ser perfecto en todo lo que hago”); orientado a los demás, al exigir que se hagan las cosas perfectamente (p. ej., “Si pido a alguien que haga algo, espero que sea hecho de forma impecable”); prescrito socialmente, o la tendencia a esforzarse por satisfacer expectativas de excelencia percibidas en los demás (p. ej., “Las personas de mi entorno esperan que tenga éxito en todo lo que hago”). Cada sub-escala se compone de 15 reactivos para un total de 45 afirmaciones, los ítems se encuentran dispuestos en un formato tipo Likert con recorrido de 7 puntos que va desde 1= completamente en desacuerdo a 7= completamente de acuerdo.

Los constructores demostraron que las tres sub-escalas de la HMPS (también para diferenciarla de la FMPS o MPS-F de Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990) tienen un grado adecuado de consistencia interna y son estables temporalmente (confiabilidad test-retest).

Probando con ello que la prueba es confiable y mide un rasgo de personalidad que es estable desde del punto de vista longitudinal. En cuanto a las evidencias empíricas de validez, cada sub-escala se correlaciona positivamente con construcciones similares y, a su vez, negativamente con aquellas teóricamente diferentes, en concreto dichas dimensiones fueron asociadas a un gran número de problemas clínicos tales como depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, ideación e intentos suicidas, trastornos de alimentación, entre otros. De manera tal que se posibilita concluir que la fiabilidad y la validez de la escala están ampliamente demostradas en muestras clínicas y no clínicas (Hewitt & Flett, 1991, 2004).

Aunque hay que reconocer que en el perfeccionismo se destaca un aspecto saludable (p. ej., Slaney, Rice, Mobley, Trippi, & Ashby, 2001) tradicionalmente se ha considerado un rasgo esencialmente negativo, de hecho, numerosos estudios indican que el perfeccionismo se encuentra vinculado a la psicopatología en general (Alden, Bieling, & Wallace, 1994; Blatt, 1995; Hewitt & Flett, 1991).

Al decir de Oros (2005), la literatura proporciona suficiente evidencia como para apoyar la idea de que las creencias perfeccionistas actúan como factor de riesgo para la salud física, mental y emocional, razón por la cual, se está ante la necesidad de planear estrategias terapéuticas para el abordaje de la problemática y la prevención de trastornos a largo plazo (p. ej., Barrow & Moore, 1983; Bermejo, 2009; Kottman, 2000; Miracco et al., 2012; Oros, 2005; Quiroga & Cryan, 2007).

La cirugía estética

Hechas las consideraciones anteriores es preciso saber qué es la cirugía plástica, misma que Coiffman (1986, p. 3) define como “la especialidad quirúrgica que trata la reconstrucción funcional y estética de los tejidos”, mientras que la cirugía estética como tal abarca una serie de procedimientos que se practican por una cuestión de embellecimiento y no propiamente por motivos de salud, están orientados a mejorar la apariencia física de las personas que depende de la genética o para cambiar condiciones derivadas de la edad o el ambiente, pudiéndose lograr así formas que resultan agradables a la vista (Gerber & Czenko, 2004). Desde hace dos décadas la Sociedad Estadounidense de Cirujanos Plásticos (ASPS, por sus siglas en inglés) se ha dedicado a estimar, de forma bastante objetiva y

fiable, la cantidad de procedimientos estéticos y reconstructivos que se realizan año tras año en EE. UU. (ASPS, 2006a, 2006b, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013). En 1992 la ASPS reportó 1.515.222 procedimientos de cirugía plástica, una cifra que resulta irrisoria si se le compara con las del año 2000 en adelante (ver Tabla 1), sobre todo tomando en cuenta que aquella incluye también datos de intervenciones reconstructivas; incluso ya entre 1994 y 1998 el número de pacientes de cirugía estética por año en los Estados Unidos había aumentado poco más de 150 % (McGrath & Mukerji, 2000). Definitivamente la práctica de la cirugía plástica ha experimentado un crecimiento gigantesco en EUA, e igualmente existen tendencias similares en otras naciones (p. ej., Schofield, Hussain, Loxton, & Miller, 2002).

Tabla 1. *Histórico de los procedimientos estéticos según las estadísticas presentadas por la ASPS*

	Procedimientos quirúrgicos	Procedimientos no quirúrgicos	Total de procedimientos
Datos de 2000	1.901.049	5.500.446	7.401.495
Datos de 2004	1.740.236	7.470.391	9.210.627
Datos de 2005	1.813.542	8.425.188	10.238.730
Datos de 2006	1.845.728	9.138.275	10.984.003
Datos de 2007	1.837.118	9.957.947	11.795.065
Datos de 2008	1.669.026	10.896.924	12.565.950
Datos de 2009	1.521.409	10.972.592	12.494.001
Datos de 2010	1.555.614	11.561.449	13.117.063
Datos de 2011	1.579.079	12.249.647	13.828.726
Datos de 2012	1.594.526	13.034.750	14.629.276

Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por la American Society of Plastic Surgeons, 2006a, 2006b, 2007-2013.

Por su parte, la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS, igualmente por sus siglas en inglés) ha venido realizando una encuesta global basada en un cuestionario sobre el número de procedimientos estéticos quirúrgicos y no quirúrgicos (poco invasivos) que se realizan en todo el mundo (ver Tabla 2). Según la ISAPS (2010, 2013a, 2013b) Estados Unidos, Brasil y China encabezan el listado de los 25 países donde más se realizan cirugías estéticas (los cuales concentran 75 % de la actividad mundial), siendo las intervenciones más populares las que se indican a continuación:

- a) Liposucción: procedimiento usado para disminuir la grasa constitucional depositada en diversas partes del cuerpo, como por ejemplo cuello, espalda, mamas, nalgas, caderas y muslos (Vidal, 2004).
- b) Aumento de senos: colocación de implantes realizada con la finalidad de incrementar el tamaño de las mamas (Rodríguez, 2002).
- c) Blefaroplastia: cirugía mediante la cual se extraen pequeñas bolsas de grasa que se forman alrededor de los ojos así como el exceso de piel en los párpados superiores e inferiores, corrigiendo de esta manera la caída de los mismos (Rodríguez, 2002; Vidal, 2004).
- d) Abdominoplastia: remoción del exceso de piel y grasa en la mitad inferior del abdomen, para ajustar la piel suelta y desaparecer las estrías (Vidal, 2004).
- e) Rinoplastia: esta operación puede cambiar la forma, tamaño y apariencia de la nariz por medio de la modelación de los cartílagos y el hueso bajo la piel, también permite definir mejor su punta y eliminar algunas irregularidades en el dorso de la nariz (Vidal, 2004).

Tabla 2. *Histórico de los procedimientos estéticos según la encuesta internacional realizada por la ISAPS.*

	Procedimientos quirúrgicos	Procedimientos no quirúrgicos	Total de procedimientos
Datos de 2009 ¹	8.536.379	8.601.401	17.137.780
Datos de 2010 ²	6.735.640	7.371.211	14.106.852
Datos de 2011 ³	6.371.070	8.336.758	14.707.827

¹ Publicados en 2010.

² Publicados en 2013 (las cifras de 2010 fueron revisadas y recreadas).

³ Publicados en 2013.

Fuente: Elaboración propia con base en información proporcionada por la International Society of Aesthetic Plastic Surgeons, 2010, 2013a, 2013b.

Si bien por primera vez se cuenta con estadísticas mundiales sobre cirugía plástica y las mismas han sido calificadas de creíbles y confiables, representantes de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica Reconstructiva Estética y Maxilofacial (SVCPREM), en comunicación personal con Sulbarán (2012), consideran que ciertas condiciones metodológicas aplican al interpretarlas, aún así se trata de información valiosa que marca un precedente dentro de esta disciplina médico-quirúrgica. Dos cosas sí están claras, la primera es que los números mostrados apuntan a un incremento, rentabilidad económica y desarrollo vertiginoso de esta especialidad médica (Krieger & Lee, 2004), la segunda es que los procedimientos mínimamente invasivos (p. ej., aplicación de toxina botulínica o “botox”) han reportado un aumento significativo mientras que las intervenciones quirúrgicas se mantienen relativamente estables (ISAPS, 2010; Payne, 2013); quizá, tal como lo afirma Elliott (2011), las sociedades contemporáneas han transitado hacia la consolidación de una cultura de la cirugía estética.

El perfeccionismo y la cirugía estética

Pese a que el negocio y la prevalencia de la cirugía estética están bien documentados (Krieger & Lee, 2004), es poco lo que se conoce acerca de los rasgos de personalidad y los estilos interpersonales que guardan relación con la cirugía estética (Abreu, Tumer, Alessandrini, Macías, & Leal, 2010; Luna, 2005; Malick, Howard, & Koo, 2008; Sarwer, Pertschuk, Wadden, & Whitaker, 1998; Sarwer, Wadden, Pertschuk, & Whitaker, 1998; Shridharani, Magarakis, Manson, & Rodríguez, 2010).

De acuerdo con Luna (2001) cuando la belleza es vista como un valor absoluto que debe alcanzarse a toda costa, entonces podría relacionarse con la llamada “psicopatología de la imagen corporal”. Aun cuando se discutía que el perfeccionismo estaba asociado con la contemplación de la cirugía estética (Goldwyn, 1991), esta afirmación no se había probado empíricamente. Originalmente dos conclusiones apoyaban esta posición: 1) los perfeccionistas están, a menudo, descontentos con sus cuerpos, en este sentido, la insatisfacción corporal (Pearson & Gleaves, 2006; Ruggiero, Levi, Ciuna, & Sassaroli, 2003), la ansiedad social ligada a la constitución física (Haase, Prapavessis, & Owens, 2002) y la sintomatología dismórfica (Hanstock & O’Mahony, 2002) están relacionadas con el perfeccionismo; 2) hombres y mujeres perfeccionistas intentan, con frecuencia, transformar sus cuerpos a través de la conducta alimentaria (Cockell et al., 2002; Hewitt, Flett, & Ediger, 1995), el fisicoculturismo (Davis & Scott-Robertson, 2000) y el ejercicio físico excesivo (Flett & Hewitt, 2005; Gulker, Laskis, & Kuba, 2001). Más tarde se conocería que quienes se sirven de la cirugía estética son vistos por los demás como perfeccionistas (Delinsky, 2005) y que las historias de casos también sugerían que el perfeccionismo podía alimentar un apetito insaciable por la cirugía estética (Donahue, 2004). Para los perfeccionistas, los pensamientos acerca de la cirugía estética pueden surgir de un deseo de perfeccionar el self o para eliminar sus imperfecciones, también les permitiría, eventualmente, cambiar aquellas partes del cuerpo que no pueden ser alteradas mediante la dieta o el ejercicio (Sherry, Hewitt, Lee-Baggley, Flett, & Besser, 2004).

Hewitt, Sherry, Flett, y Shick (2003) fueron los primeros en argumentar que las dimensiones integrantes de la triada perfeccionista (Hewitt & Flett, 1991) influyen diferencialmente en las personas que buscan y se someten a procedimientos de cirugía estética, al afectar las motivaciones y expectativas preoperatorias como también el ajuste y la conformidad postoperatoria: 1) en los perfeccionistas auto-orientados el severo auto-escrutinio, las expectativas poco realistas y la predilección a la detección de defectos hacen probable que una cirugía estética exitosa sea percibida como un fracaso angustiante; 2) en cuanto a los perfeccionistas orientados hacia los demás, la hostilidad interpersonal y sus imperiosas exigencias tienden a resultar en una conflictiva y potencialmente litigiosa relación médico-paciente; y por supuesto, 3) los perfeccionistas socialmente prescritos son proclives a seguir procedimientos estéticos no por motivaciones internas, sino porque se dejan llevar por las contingencias externas como complacer las demandas percibidas, responder a las presiones sociales y obtener la aprobación de los otros.

Asimismo Hewitt, Sherry, et al. (2003) afirmaron que la predisposición crónica hacia la insatisfacción que caracteriza a los perfeccionistas (Hewitt & Flett, 1991) debería ser razón para impedir la realización de procedimientos de cirugía estética en quienes ostenten niveles patológicos del rasgo en cuestión.

Los y las perfeccionistas no tienen una percepción objetiva de su apariencia física tal como lo denotan aquellos que practican el culturismo, quienes se ven a sí mismos como escuálidos a pesar del desarrollo de su musculatura (Davis & Scott-Robertson, 2000), o las anoréxicas perfeccionistas, quienes se consideran con sobrepeso pese a su extrema delgadez (Cockell et al., 2002; Hewitt, Flett, & Ediger, 1995). Los autores creen poco probable que la cirugía solucione el deficiente sentido de sí mismo y la sensación de inferioridad que acompaña los elevados niveles de perfeccionismo (Hewitt & Flett, 2002).

Como se sabe, Hewitt y Flett (1991) consideraron el perfeccionismo como un rasgo caracterológico que consta de tres dimensiones distintas y perdurables, pero también Hewitt et al. (2003) conceptualizaron la denominada auto-presentación perfeccionista en tres facetas diferentes y duraderas operacionalizadas por la Escala de Auto-Presentación Perfeccionista (PSPS por sus siglas en inglés), la cual es una medida de auto-reporte de 27 reactivos dispuestos en tres sub-escalas: auto-promoción perfeccionista (10 ítems sobre la promoción asertiva de una supuesta perfección a los demás), no divulgación de la imperfección (7 ítems sobre la inclinación a evitar revelaciones verbales de las propias imperfecciones percibidas) y no exhibición de la imperfección (10 ítems que reflejan la evitación de exhibir comportamientos que denoten las imperfecciones).

Los ítems están organizados en un formato tipo Likert con un intervalo de respuesta de 7 puntos que va desde el ‘desacuerdo’ (1) hasta el ‘acuerdo’ (7). Hay evidencias sobre la validez (factorial, convergente, discriminante y predictiva) y la confiabilidad (consistencia interna y test-retest) de la escala (Hewitt et al., 2003).

A pesar de la superposición, el perfeccionismo es conceptual y empíricamente distinguible de la auto-presentación perfeccionista (Hewitt & Flett, 1991; Hewitt et al., 2003). En primer lugar, el perfeccionismo entendido como rasgo implica la percepción o exigencia de que uno mismo o los demás deben, en realidad, ser perfectos, por su parte la auto-presentación perfeccionista implica la promoción de una supuesta perfección a los demás y/o esconder las imperfecciones percibidas; en segundo lugar, el perfeccionismo como atributo especifica el origen de las demandas perfeccionistas, mientras que la auto-presentación perfeccionista implica la expresión externa y pública del perfeccionismo; en tercer lugar, el deseo de ser realmente perfecto (como en el perfeccionismo auto-orientado) puede implicar el deseo de parecerlo ante los demás (como en el caso de la auto-promoción perfeccionista), pero el primero no implica necesariamente este último y viceversa; en cuarto lugar, el rasgo perfeccionismo se centra en las actitudes y disposiciones típicas de los perfeccionistas, mientras que la auto-presentación se centra en cómo los perfeccionistas manifiestan su perfección en un contexto interpersonal; en quinto y último lugar, los resultados que surgen de las investigaciones con diversas poblaciones (p. ej., estudiantes universitarios, pacientes psiquiátricos) han demostrado que se trata de concepciones distintas.

En la línea de Hewitt, Sherry, et al. (2003), los autores Sherry, Hewitt, Lee-Baggley, et al. (2004) plantearon que dos de las facetas componentes de la división tripartita que presenta la auto-presentación perfeccionista (Hewitt et al., 2003) representan motivos distintos que subyacen a la consideración de la cirugía estética: 1) para los perfeccionistas auto-promotores, que tienden a actuar de manera narcisista y orgullosa (Hewitt et al., 2003), la contemplación de la cirugía puede surgir de un deseo de transformar sus cuerpos en un medio para atraer atención y/o admiración; y, 2) el ocultamiento de la imperfección puede instigar a la consideración de la cirugía cuando se detectan defectos físicos (p. ej., la forma de la nariz) o cambios relacionados con la edad (p. ej., arrugas de la frente), especialmente si tales imperfecciones son visibles para quienes habitan el entorno, de hecho, la cirugía estética podría ser entendida como una forma extrema (dado su costo económico y carácter irreversible) de eliminar los desperfectos percibidos. Según concluyen Sherry, Hewitt, Lee-Baggley, et al. (2004), ni la teoría ni la evidencia (Hewitt & Flett, 1991; Hewitt et al., 1993) indican que el “perfeccionismo orientado hacia los otros” y la “no divulgación de la imperfección” deban relacionarse con la contemplación de la cirugía estética, ya que es menos probable que estas dimensiones resulten en preocupaciones sobre la propia apariencia.

Animados por todas estas ideas, Sherry, Hewitt, Lee-Baggley, et al. (2004) condujeron una serie de estudios, con más de mil sujetos canadienses en total, cuyos hallazgos principales se exponen a continuación.

Primero, para las mujeres las correlaciones bivariadas indicaron que el perfeccionismo socialmente prescrito, el perfeccionismo de auto-promoción y no mostrar las imperfecciones correlacionaron positivamente con los pensamientos acerca de realizarse una cirugía estética, en cambio, el perfeccionismo hacia sí mismo no estuvo relacionado con tales pensamientos; para los hombres las correlaciones demostraron que ni el perfeccionismo como rasgo ni tampoco en la modalidad de auto-presentación estaban relacionados con los pensamientos sobre someterse a procedimientos estéticos; para ambos sexos la magnitud de las correlaciones bivariadas entre el perfeccionismo (en sus distintas dimensiones) y dichos pensamientos fue superior (pero no significativamente mayor) entre los participantes que asistían al gimnasio que entre los estudiantes universitarios. Segundo, las variables demográficas con las que se trató (edad e Índice de Masa Corporal ó IMC) en ningún caso influyeron en el vínculo trazado entre el perfeccionismo y el deseo de someterse a cirugía estética. Tercero, para las mujeres de cada estudio, la auto-promoción perfeccionista y el ocultamiento de imperfecciones, cada dimensión por separado, mediaron la relación entre el perfeccionismo prescrito socialmente y la consideración de someterse a intervenciones estéticas, dicho de otra manera, los agentes mediadores (auto-promoción perfeccionista y ocultamiento de imperfecciones) configuran un mecanismo generador a través del cual el predictor (perfeccionismo socialmente prescrito) ejerce su influencia en el criterio (contemplación de la cirugía estética).

Los resultados reportados constituyen el primer aporte empírico que fundamenta la teoría (Goldwyn, 1991; Hewitt, Sherry, et al., 2003) que ligaba el perfeccionismo con la cirugía estética y concuerdan con investigaciones previas que demostraron que las preocupaciones en cuanto a la auto-presentación son elevadas en pacientes de cirugía estética (Culos-Reed, Brawley, Martin, & Leary, 2002); sin embargo, en contra de lo esperado, los datos han sugerido que el perfeccionismo auto-orientado puede ser ajeno a la contemplación de la cirugía cosmética o que su impacto sólo podría ponerse de manifiesto cuando ciertos moderadores son especificados (p. ej., el narcisismo). Por otra parte, parece confirmarse la hipótesis de que la conexión entre el perfeccionismo y la contemplación de la cirugía estética es específica a las mujeres, evidencia que está en consonancia con la aserción de que las mujeres perfeccionistas son especialmente propensas a las inquietudes sobre la apariencia (Brownell, 1991), con el hecho de que las preocupaciones relacionadas con el aspecto son más frecuentes en las mujeres (Pliner, Chaiken, & Flett, 1990) y con los datos que soportan que el sexo femenino tiene una mayor participación en el mercado cosmético (Davis & Vernon, 2002; Davis, 2002); quizá, diferencialmente, los hombres perfeccionistas experimenten preocupaciones sobre su musculatura y ello les acerque a la patología vigoréxica (Davis & Scott-Robertson, 2000; Flett & Hewitt, 2005; Gulker, Laskis, & Kuba, 2001).

Cónsono con investigaciones anteriores que mostraban que la relación entre el perfeccionismo y la insatisfacción corporal era independiente del IMC (Sherry, Hewitt, Besser, McGee, & Flett, 2004), también se posibilita afirmar que el vínculo labrado entre el perfeccionismo y la consideración de la cirugía estética se mantiene aún controlando variables que influyen en el deseo de operarse, es decir, la edad (ASPS, 2006a, 2006b, 2007-2013) y el IMC (Sarwer, Wadden, et al., 1998), lo cual viene a reafirmar la solidez de la asociación presentada.

A la luz del referido modelo mediacional, se cree que una respuesta ante las expectativas –reales o no– de los otros, es tratar de presentarse como perfecto y, a su vez, el resultado de esta dinámica será la consideración de la cirugía estética (Sherry, Hewitt, Lee-Baggley, et al., 2004).

Posteriormente, Sherry, Hewitt, Lee-Baggley, Flett, y Besser (2005) insisten en que son dos las facetas de la auto-presentación perfeccionista y también dos las dimensiones del perfeccionismo como rasgo las que cobran relevancia para el proceso de cirugía estética (ver Figura 1).



Figura 1. Una versión abreviada del modelo de perfeccionismo de Hewitt y Flett. Fuente: de “*Perfectionism and interest in cosmetic surgery*”, por S. Sherry, P. Hewitt, D. Lee-Baggley, G. Flett & A. Besser, 2005, p. 1807. Traducción realizada por el autor del presente artículo.

Los resultados de un meta-análisis de tres estudios precedentes con más de 500 mujeres de poblaciones separadas (estudiantes universitarias y asistentes al gimnasio) son compatibles con el diagrama del modelo propuesto en la Figura 1 (Sherry et al., 2005).

Correlaciones ponderadas (una técnica meta-analítica que implica la añadidura de correlaciones a través de las investigaciones) mostraron

relaciones significativas entre el interés en la cirugía estética y el perfeccionismo auto-orientado, socialmente prescrito, de auto-promoción y el encubrimiento de imperfecciones.

Las correlaciones fueron equilibradas en función de los tamaños de las muestras de los estudios. La correlación para la auto-promoción perfeccionista fue significativamente

mayor que la del perfeccionismo hacia sí mismo, sin que se detectaran otras diferencias estadísticamente significativas entre correlaciones. Estos resultados se informan tras controlar dos correlatos que se suponen de interés en la cirugía estética (a saber, la edad y el IMC).

Corresponde a Sherry, Hewitt, Flett, y Lee-Baggley (2007) el estudio que proporciona la primera evidencia que conecta directamente el perfeccionismo, particularmente sus dimensiones de base social, con la cirugía estética. En la investigación participaron –de forma voluntaria y anónima– 16 mujeres canadienses que se habían sometido a alguna cirugía estética (pacientes) y 16 que no habían sido intervenidas (controles), las integrantes de ambos grupos fueron cuidadosamente emparejadas en las características demográficas pertinentes (edad, IMC, duración de residencia en Canadá, año de estudio en la universidad, estado civil e identidad étnica) y completaron versiones abreviadas de la MPS-H (Hewitt & Flett, 1991, 2004) y de la PSPS (Hewitt et al., 1993).

Se encontró que las pacientes tenían niveles significativamente más altos de perfeccionismo socialmente prescrito y de auto-promoción perfeccionista en comparación con las participantes del grupo control, esto se determinó después de haber eliminado los datos demográficos como factores de confusión potencial.

Las pacientes también evidenciaban valores más altos (pero no notablemente superiores) que las mujeres no intervenidas en las demás dimensiones que Sherry et al. (2005) habían considerado importantes de cara a la cirugía estética, particularmente el

encubrimiento de imperfecciones se aproxima a la significación estadística. En total, 11 de 14 perfeccionistas extremos se habían sometido a cirugía estética, mientras que sólo 5 de 18 perfeccionistas no extremos habían hecho lo propio. De manera tal que el perfeccionismo extremo aumenta de manera significativa la probabilidad de someterse a una cirugía estética.

De acuerdo con el razonamiento de Sherry, Hewitt, et al. (2007), los perfeccionistas prescritos socialmente son más propensos a aceptar –y menos propensos a rechazar– los factores culturales e interpersonales (p. ej., mensajes de los medios de comunicación, expectativas de los demás relacionadas con la perfección corporal, etc.) que motivan a las personas a someterse a la cirugía estética. La obtención y el mantenimiento del atractivo físico son parte integral de la auto-promoción perfeccionista porque dicha condición promueve la inclusión social y el bienestar económico (Crandall, 1994; Feingold, 1990, 1992), además los perfeccionistas son individuos hiper-competitivos que vigilan muy de cerca su estatus social (Wyatt & Gilbert, 1998). Tanto los perfeccionistas socialmente prescritos como los auto-promotores están interesados por la inclusión social (Hewitt & Flett, 1991; Hewitt et al., 1993).

Debido a que el atractivo físico facilita las evaluaciones positivas y la aceptación del medio (Feingold, 1992; Langlois et al., 2000), ambos tipos de perfeccionistas ven la cirugía estética como una forma de proteger poderosos reforzadores sociales (p. ej., aprobación, interés, afecto, etc.). Por lo demás, se ratifica que los perfeccionistas tienen una fuerte predisposición hacia la inconformidad corporal (Hewitt, Sherry,

et al., 2003; Sarwer et al., 2006) y, en razón de ello, el perfeccionismo debería suponer un impedimento para la realización de operaciones estéticas (Sherry, Hewitt, et al., 2007).

En la continuación del diálogo sobre el papel de los procesos de la personalidad en la cirugía estética, Sherry, Lee-Bagglely, Hewitt, y Flett

(2007) presentan un modelo (ver Figura 2) que describe las características identificables del perfeccionismo y los múltiples mecanismos mediante los cuales este rasgo produce insatisfacción quirúrgica y, por lo tanto, tal como lo han propuesto tanto cirujanos (Sarwer et al., 2006) como psicólogos (Hewitt, Sherry, et al., 2003), representa una contraindicación para la cirugía estética.

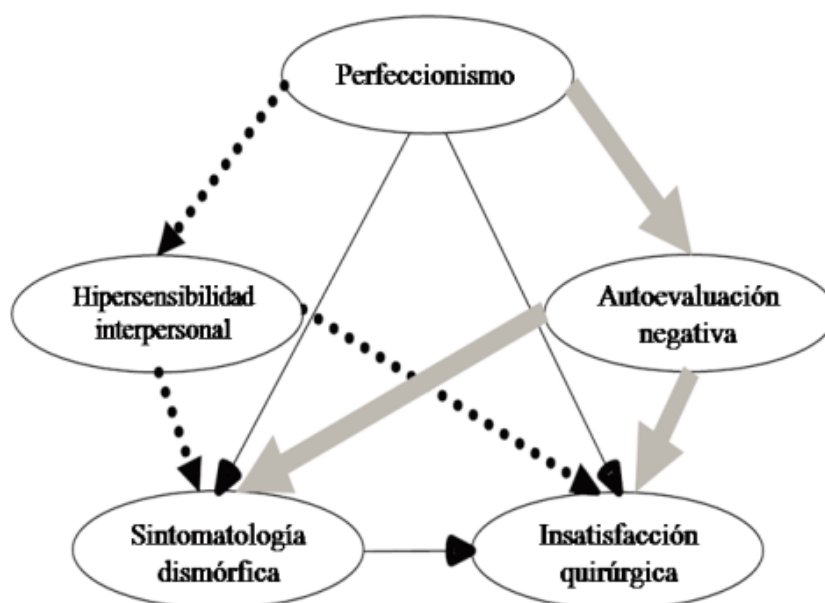


Figura 2. Un modelo que representa cómo y por qué el perfeccionismo es generador de insatisfacción quirúrgica. Fuente: de “*Perfectionism as a contraindication for cosmetic surgery*”, por S. Sherry, D. Lee-Bagglely, P. Hewitt & G. Flett, 2007, p. 358. Traducción realizada por el autor del presente artículo.

El perfeccionismo no sólo ejerce una influencia directa (véanse las líneas negras continuas en la Figura 2) en la sintomatología dismórfica y en la disconformidad quirúrgica, sino que también puede lograr un efecto semejante a través de la hipersensibilidad interpersonal (véanse las líneas negras punteadas en la Figura 2).

Los perfeccionistas suscriben la creencia de que si optimizan su apariencia, entonces mejorarán sus vidas, sin embargo, también están demasiado atentos a las expectativas de los demás, a quienes perciben como críticos y juzgadores. En la medida en que la satisfacción con la cirugía estética depende de las inferencias positivas derivadas de los contextos sociales, la hipersensibilidad en las

relaciones interpersonales predispone la insatisfacción con el resultado quirúrgico porque después de la cirugía es poco probable que los perfeccionistas perciban aceptación o se piensen como atractivos a los ojos de los espectadores, en otras palabras, cuando las recompensas sociales (Sáez, Valor-Segura, & Expósito, 2012) que fueron anticipadas no llegan, los perfeccionistas se tornan insatisfechos con la cirugía. La hipersensibilidad interpersonal gestada por el perfeccionismo es igualmente propicia para el desarrollo de síntomas dismórficos, los cuales a su vez están conectados con la inconformidad quirúrgica (Veale et al., 1996). En suma, los perfeccionistas son hipersensibles a los comentarios de los demás y se inclinan a creer que están evaluando sus cuerpos de forma negativa (Haase, Prapavessis, & Owens, 2002), estableciendo así las condiciones para la dismorfia corporal y el descontento quirúrgico.

El perfeccionismo también puede provocar insatisfacción quirúrgica a través de la auto-evaluación negativa (véanse las líneas grises gruesas en la Figura 2). Los perfeccionistas experimentan una deficiencia en la capacidad de formar una auto-imagen positiva capaz de brindarles satisfacción, por el contrario, la tendencia a la autocrítica y a localización de anomalías es un terreno fértil para la dismorfofobia y la insatisfacción quirúrgica (Pearson & Gleaves, 2006).

Considerando que los comentaristas culturales sostienen que actualmente se vive en una “edad de narcisismo” en la que se fomenta el interés por la cirugía estética (Twenge & Campbell, 2009), así como los estudios de casos e informes de prensa

que sugieren lo propio (Goldwyn, 1991) y además tomando en cuenta que tan interesantes observaciones no se habían sometido al escrutinio empírico, Fitzpatrick et al. (2011) hicieron que una muestra de mujeres (estudiantes universitarias) completara una serie de medidas de perfeccionismo (Hewitt & Flett, 1991, 2004), narcisismo (Raskin & Terry, 1988) e interés en la cirugía estética (Sherry, Hewitt, Lee-Baggley, et al., 2004), los resultados indicaron que el perfeccionismo y el narcisismo interactuaron de manera tal que el mencionado interés fue mayor entre los individuos con altas puntuaciones en ambos constructos.

Los perfeccionistas narcisistas (personas caracterizadas por niveles extremos tanto de narcisismo como de perfeccionismo) pueden tratar sus cuerpos a través de la cirugía estética en un esfuerzo por llamar la atención, demostrar superioridad o aumentar su autoestima (Hewitt & Flett, 1991; Raskin & Terry, 1988).

Este tipo de pacientes, como se vislumbraba, tienen objetivos poco realistas y exigen resultados imposibles de satisfacer, es de esperar que no estén complacidos aún obteniendo desenlaces quirúrgicos exitosos objetivamente hablando y agradables desde el punto de vista estético (Fitzpatrick et al., 2011).

Por último, el estudio más reciente del que se tuvo noticia fue el de Swami y Mammadova (2012), quienes probaron en una muestra de mujeres londinenses que la consideración de someterse a cirugía estética está predicha por las puntuaciones que se obtienen en las sub-escalas de “no divulgación” y “no exhibición” de la imperfección.

Conclusiones, limitaciones y recomendaciones

No cabe duda de que las operaciones de cirugía estética son procedimientos con significado psicológico que involucran tanto el cuerpo del paciente como su imagen corporal (Hewitt, Sherry, et al., 2003). El perfeccionismo es un tipo de personalidad que puede influir en todo el proceso de la cirugía estética: la contemplación o el interés, la consulta con el cirujano plástico, el sometimiento a la intervención y la satisfacción con la misma (Hewitt, Sherry, et al., 2003; Sherry, Hewitt, Lee-Baggley, et al., 2004; Sherry et al., 2005). Esta conclusión no es sino parte de una aseveración mayor que pone de relieve el papel potencial de los factores de la personalidad en el proceso de consideración y práctica de la cirugía estética (Sherry, Hewitt, et al., 2007).

En la investigación de Sherry, Hewitt, Lee-Baggley, et al. (2004) resaltaban dos limitantes. La primera es que emplearon una medida (TAHCSP por su acrónimo en inglés) de un solo elemento (“¿Alguna vez has pensado en realizarte una cirugía estética?”) para cuantificar la tendencia a considerar someterse a cirugía estética, los participantes ofrecían su respuesta en una escala donde 1= nunca, 2= a veces, 3= con frecuencia y 4= todo el tiempo; sin embargo, a falta de una medida alternativa los autores defienden su uso, además, ellos demostraron su validez (de facie; convergencia con desconformidad con el cuerpo, ansiedad social, autoconsciencia pública y dismorfofobia; divergencia con el perfeccionismo hacia los demás, la reserva de imperfecciones, etc.) y fiabilidad test-retest con un intervalo de tiempo de seis meses entre aplicaciones. La segunda es que la investigación se

centró sólo en personas que estaban contemplando la posibilidad de someterse a cirugía estética, dado que el interés en la cirugía necesariamente precede la concreción de la operación, la evidencia podía ser vista como un primer paso importante en la comprensión del nexo perfeccionismo-cirugía estética. Adicionalmente, acorde con Sherry et al. (2005), es probable que la fuerza de la asociación entre el perfeccionismo y el interés en los cambios estéticos lógicamente dependa del grupo estudiado (p. ej., aspirantes a actores con tendencias perfeccionistas pueden estar especialmente interesados en procedimientos estéticos).

La novel evidencia ofrecida por la investigación de Sherry, Hewitt, et al. (2007) debe ser considerada en el contexto de sus limitaciones y futuras direcciones: a) el estudio examinó sólo a mujeres, futuros investigadores deberían probar –como lo exploraron Sherry, Hewitt, Lee-Baggley, et al. (2004) de manera indirecta– si el perfeccionismo es igualmente elevado en pacientes de sexo masculino; b) sólo participaron estudiantes universitarios, obviamente esta muestra no puede ser representativa de la población general, de manera que convendría repetir el estudio empleando otro tipo de muestras, de hecho, tal como lo han señalado Mobley, Slaney, y Rice (2005), la mayoría de los estudios sobre perfeccionismo han utilizado muestras de estudiantes universitarios norteamericanos y se necesitan estudios que investiguen la relevancia del constructo en grupos culturalmente distintos; c) las participantes reclutadas en el grupo de pacientes simplemente respondieron afirmativamente a la pregunta “¿Alguna vez se ha practicado una cirugía estética?”, en posteriores investigaciones se debería preguntar el tipo de cirugía estética (p. ej.,

mamoplastia de aumento, rinoplastia, etc.) a la que se sometieron así como la motivación al hacerlo (objetivo estético o reparador), con la esperanza de poder revelar una influencia más específica de las dimensiones del perfeccionismo en la cirugía cosmética (Culos-Reed et al., 2002; Sherry, Hewitt, Lee-Baggley, et al., 2004); d) estudios ulteriores deben comparar a pacientes de cirugía estética con grupos control seleccionados (p. ej., mujeres con anorexia nerviosa) para inspeccionar las diferencias en los niveles de perfeccionismo; e) el estudio comparó 16 mujeres que se habían sometido a cirugía estética con otras 16 que no lo habían hecho, en las próximas investigaciones corresponde incluir muestras más grandes, lo que permitirá alcanzar mayor potencia estadística; f) con todo, que los rasgos psicológicos son –por definición– relativamente estables a lo largo del tiempo y medianamente consistentes ante diversas situaciones (American Psychiatric Association, 2002; Larsen & Buss, 2005), y el perfeccionismo cumple con este precepto (Aguilar et al., 2012; Barrow & Moore, 1983; Blatt, 1995; Frost, Lahart, & Roseblate, 1991; Hewitt & Flett, 1991; Hewitt et al., 2003; Kottman, 2000; Meyen & Skrtic, 1995; Soares, Gomes, Macedo, Santos, & Azevedo, 2003), se desconoce el papel que juega a largo plazo el perfeccionismo en la cirugía estética (y también en viceversa, p. ej., si la cirugía aumenta el deseo de perfección). Una mayor investigación sobre el perfeccionismo y la cirugía estética parece estar garantizada (Sherry, Hewitt, Lee-Baggley, et al., 2004).

Por ejemplo, aunque deliberadamente se habían omitido de la investigación las escalas del perfeccionismo orientado a otros y la no divulgación de la imperfección (Sherry,

Hewitt, et al., 2007; Sherry, Hewitt, Lee-Baggley, et al., 2004; Sherry et al., 2005), más tarde Swami y Mammadova (2012) demostraron que esta última dimensión junto con otras variables (esquemas de apariencia y satisfacción con la relación de pareja) podían predecir el interés por la cirugía estética. La asociación perfeccionismo-cirugía estética hasta ahora no ha sido replicada con muestras de personas hispanoparlantes.

Entre tanto, la HMPS ha venido pasando por algunos procesos de adaptación que se habrían llevado a cabo siguiendo directrices internacionales (Balluerka, Gorostiaga, Alonso-Arbiol, & Haranburu, 2007; Muñiz & Hambleton, 1996), en este sentido, la versión francófona fue elaborada por Labrecque, Stephenson, Boivin, y Marchand (1999), la versión portuguesa la realizaron Soares et al. (2003) mientras que la versión en español fue preparada por Gelabert et al. (2011).

Volviendo sobre la consideración del perfeccionismo como un rasgo contraindicado para procedimientos de cirugía estética (Hewitt, Sherry, et al., 2003; Sherry, Hewitt, et al., 2007; Sherry, Hewitt, Lee-Baggley, et al., 2004; Sherry, Lee-Baggley, et al., 2007), se dirá que hay una brecha irreductible entre el cuerpo perfecto que los perfeccionistas buscan y el cuerpo imperfecto que perciben, el intento de zanjear esa diferencia por medio de la cirugía es poco aconsejable porque el patrón de características que envuelve el perfeccionismo (p. ej., la necesidad de aprobación por parte de los demás, la rigurosa auto-evaluación, la autocrítica inclemente, las expectativas poco sensatas, la predilección al descubrimiento de defectos, etc.) puede transformar una operación estética

exitosa (desde la perspectiva del cirujano) en un fracaso (desde la percepción del paciente), inclusive, se sabe que los perfeccionistas no disfrutaban como deberían de los logros personales alcanzados (Hewitt & Flett, 2002).

De la misma forma en la que las relaciones interpersonales de los perfeccionistas están signadas por la hostilidad y el conflicto (Habke & Flynn, 2002), y del mismo modo en que el perfeccionismo no favorece la alianza terapéutica y suscita baja adherencia al tratamiento (Barrow & Moore, 1983; Bermejo, 2009; Oros, 2005), el perfeccionismo también puede impedir el desarrollo de una relación de trabajo sólida y positiva entre el cirujano y el paciente (Sherry, Hewitt, et al., 2007).

Quienes ejercen la cirugía plástica deberían ser capaces de reconocer actitudes perfeccionistas en quienes sean candidatos/as a cirugía estética, entender por qué aquellas constituyen un inconveniente para la realización de procedimientos estéticos y, desde luego, evitar intervenir quirúrgicamente en tales casos (Sherry, Hewitt, et al., 2007; Sherry et al., 2005; Sherry, Lee-Baggley, et al., 2007).

En general, se ha convenido en recomendar que las y los cirujanos deriven a sus pacientes a consultas especializadas cuando sospechen de un riesgo elevado de trastorno psiquiátrico o de suicidio (Abreu, 1997; Fitzpatrick et al., 2011; Hontanilla & Aubá, 2002; Villeneuve et al., 2006).

“*Lo bello es el comienzo de lo terrible...*” Rainer Maria Rilke (poeta austriaco).

Referencias

- Abreu, C. (1997). Estética y salud mental. *Cirugía Plástica*, 7(2), 62-65.
- Abreu, C., Tumer, O., Alessandrini, R., Macías, R., & Leal, E. (2010). Perfil de personalidad en pacientes que solicitan cirugía estética. *Cirugía Plástica*, 10(3), 97-101. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2000/cp003c.pdf>
- Aguilar, L., Báez, Y., Barroeta, G., & Colmenares, D. (2012). Medición del perfeccionismo académico: Desarrollo de un inventario para estudiantes universitarios. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 13(1), 244-269. Recuperado de <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/psicologia/article/view/219>
- Alden, L., Bieling, P., & Wallace, S. (1994). Perfectionism in an interpersonal context: A self-regulation analysis of dysphoria and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 18(4), 297-316. doi: 10.1007/BF02357507
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado: DSM-IV-TR*. Barcelona: Elsevier Masson.
- American Society of Plastic Surgeons (2006a). 2000/2004/2005 *National Plastic Surgery Statistics. Cosmetic and Reconstructive Procedure Trends*. Recuperado de

http://www.plasticsurgery.la/2000-2005_cosmetic_procedure_stats.pdf

American Society of Plastic Surgeons (2006b). *2005 Plastic Surgery Procedural Statistics*. Recuperado de <http://www.plasticsurgery.org/news-and-resources/2005-plastic-surgery-statistics.html>

American Society of Plastic Surgeons (2007). *2006 Plastic Surgery Procedural Statistics*. Recuperado de <http://www.plasticsurgery.org/news-and-resources/2006-plastic-surgery-statistics.html>

American Society of Plastic Surgeons (2008). *2007 Plastic Surgery Procedural Statistics*. Recuperado de <http://www.plasticsurgery.org/news-and-resources/2007-plastic-surgery-statistics.html>

American Society of Plastic Surgeons (2009). *2008 Plastic Surgery Procedural Statistics*. Recuperado de <http://www.plasticsurgery.org/news-and-resources/2008-statistics.html>

American Society of Plastic Surgeons (2010). *2009 Plastic Surgery Procedural Statistics*. Recuperado de <http://www.plasticsurgery.org/news-and-resources/2009-statistics.html>

American Society of Plastic Surgeons (2011). *2010 Plastic Surgery Procedural Statistics*. Recuperado de

<http://www.plasticsurgery.org/news-and-resources/2010-statistics.html>

American Society of Plastic Surgeons (2012). *2011 Plastic Surgery Procedural Statistics*. Recuperado de <http://www.plasticsurgery.org/news-and-resources/2011-statistics.html>

American Society of Plastic Surgeons (2013). *2012 Plastic Surgery Procedural Statistics*. Recuperado de <http://www.plasticsurgery.org/news-and-resources/2012-plastic-surgery-statistics.html>

Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso-Arbiol, I., & Haranburu, M. (2007). La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: Una perspectiva práctica. *Psicothema*, *19*(1), 124-133. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3338.pdf>

Barrow, J., & Moore, C. (1983). Group Interventions with Perfectionistic Thinking. *The Personnel and Guidance Journal*, *61*(10), 612-615. doi: 10.1111/j.2164-4918.1983.tb00008.x

Bermejo, A. (2009). *Perfeccionismo y necesidad de control* (Tesis de especialización, Grupo Luria, Madrid, España). Recuperado de <http://www.luriapsicologia.com/mmediateca/TRAB08%20PERFECCIONISMO%20Y%20NECESIDAD%20DE%20CONTROL.pdf>

Blatt, S. (1995). The destructiveness of perfectionism. Implications for de treatment of depression. *American*

- Psychologist*, 50(12), 1003-1020.
doi: 10.1037/0003-066X.50.12.1003
- Bousman, L. (2007). *The Fine Line of Perfectionism: Is It a Strength or a Weakness in the Workplace?* (Tesis doctoral, University of Nebraska–Lincoln). Recuperado de <http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=psychdiss>
- Brownell, K. (1991). Dieting and the search for the perfect body: Where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, 22(1), 1-12. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80239-4
- Burns, D. (1980, November). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14(6), 34-52.
- Cockell, S., Hewitt, P., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E., Flett, G., & Remick, R. (2002). Trait and Self-Presentational Dimensions of Perfectionism Among Women with Anorexia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 26(6), 745-758. doi: 10.1023/A:1021237416366
- Coiffman, F. (1986). *Texto de cirugía plástica, reconstructiva y estética*. (2ª ed.). Barcelona: Salvat.
- Crandall, C. (1994). Prejudice Against Fat People: Ideology and Self-Interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882-894. doi: 10.1037/0022-3514.66.5.882
- Culos-Reed, S., Brawley, L., Martin, K., & Leary, M. (2002). Self-presentation concerns and health behaviors among cosmetic surgery patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(3), 560-569. doi: 10.1111/j.1559-1816.2002.tb00230.x
- Davis, C., & Scott-Robertson, L. (2000). A psychological comparison of females with anorexia nervosa and competitive male bodybuilders: body shape ideals in the extreme. *Eating Behaviors*, 1(1), 33-46. doi: 10.1016/S1471-0153(00)00007-6
- Davis, D., & Vernon, M. (2002). Sculpting the body beautiful: Attachment style, neuroticism, and the use of cosmetic surgeries. *Sex Roles*, 47(3/4), 129-138. doi: 10.1023/A:1021043021624
- Davis, K. (2002). A Dubious Equality: Men, Women and Cosmetic Surgery. *Body and Society*, 8(1), 49-65. doi: 10.1177/1357034X02008001003
- Delinsky, S. (2005). Cosmetic surgery: a common and accepted form of self-improvement? *Journal of Applied Social Psychology*, 35(10), 2012-2028. doi: 10.1111/j.1559-1816.2005.tb02207.x
- Donahue, H. (2004). *Beautiful Stranger: A Memoir of an Obsession with Perfection*. New York: Penguin Group.
- Elliott, A. (2011). Plástica extrema: auge de la cultura de la cirugía estética. *Anagramas*, 9(18), 145-164. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/angr/v9n18/v9n18a12.pdf>

- Feingold, A. (1990). Gender differences in effects of physical attractiveness on romantic attraction: a comparison across five research paradigms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 981-993. doi: 10.1037/0022-3514.59.5.981
- Feingold, A. (1992). Good-Looking People Are Not What We Think. *Psychological Bulletin*, 111(2), 304-341. doi: 10.1037/0033-2909.111.2.304
- Fitzpatrick, S., Sherry, S., Hartling, N., Hewitt, P., Flett, G., & Sherry, D. (2011). Narcissism, perfectionism, and interest in cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 127(6), 176-177. doi: 10.1097/PRS.0b013e3182131ec9
- Flett, G., & Hewitt, P. (2005). The Perils of Perfectionism in Sports and Exercise. *Current Directions In Psychological Science*, 14(1), 14-18. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00326.x
- Frost, R., Lahart, C., & Rosemblate, R. (1991). The development of perfectionism: A study of daughters and their parents. *Cognitive therapy and research*, 15(6), 469-489. doi: 10.1007/BF01175730
- Frost, R., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14(5), 449-468. doi: 10.1007/BF01172967
- Gelabert, E., García-Esteve, L., Martín-Santos, R., Gutiérrez, F., Torres, A., & Subirà, S. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in women. *Psicothema*, 23(1), 133-139. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3861.pdf>
- Gerber, D., & Czenko, M. (2004). *100 Questions & Answers about Plastic Surgery*. USA: Jones & Bartlett Learning.
- Goldwyn, R. (1991). *The patient and the plastic surgeon*. Boston: Little, Brown and Company.
- Gulker, M., Laskis, T., & Kuba, S. (2001). Do excessive exercisers have a higher rate of obsessive-compulsive symptomatology? *Psychology, Health and Medicine*, 6(4), 387-398. doi: 10.1080/13548500126535
- Haase, A., Prapavessis, H., & Owens, R. (2002). Perfectionism, social physique anxiety and disordered eating: a comparison of male and female elite athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(3), 209-222. doi: 10.1016/S1469-0292(01)00018-8
- Habke, A., & Flynn, C. (2002). Interpersonal aspects of trait perfectionism. In G. Flett & P. Hewitt (Eds.). *Perfectionism: theory, research and treatment* (pp. 151-180). Washington: American Psychological Association.
- Hanstock, T., & O'Mahony, J. (2002). Perfectionism, acne and appearance concerns. *Personality and Individual Differences*, 32(8), 1317-1325. doi: 10.1016/S0191-8869(01)00120-9

- Hewitt, P., & Flett, G. (1991). Perfectionism in the Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association with Psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. doi: 10.1037/0022-3514.60.3.456
- Hewitt, P., & Flett, G. (2002). Perfectionism and stress processes in psychopathology. In G. Flett & P. Hewitt (Eds.). *Perfectionism: theory, research and treatment* (pp. 255-284). Washington: American Psychological Association.
- Hewitt, P., & Flett, G. (2004). *Multidimensional Perfectionism Scale (MPS): Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hewitt, P., Flett, G., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18(4), 317-326. doi: 10.1002/1098-108X(199512)
- Hewitt, P., Flett, G., Besser, A., Sherry, S., & McGee, B. (2003). Perfectionism is multidimensional: A reply to Shafran, Cooper and Fairburn (2002). *Behaviour Research and Therapy*, 41(10), 1221-1236. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00021-4
- Hewitt, P., Flett, G., Sherry, S., Habke, M., Parkin, M., Lam, R., McMurtry, B., Ediger, E., Fairlie, P., & Stein, M. (2003). The interpersonal expression of perfection: perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(6), 1303-1325. doi: 10.1037/0022-3514.84.6.1303
- Hewitt, P., Sherry, S., Flett, G., & Shick, R. (2003). Perfectionism and cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 112(1), 346. doi: 10.1097/01.PRS.0000067100.50738.73
- Hontanilla, B., & Aubá, C. (2002). Belleza y cirugía estética: consideraciones psicológicas y morales. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 46(3), 45-51. Recuperado de http://www.unav.es/revistamedicina/46_3/med%20y%20persona.PDF
- International Society of Aesthetic Plastic Surgeons (2010). *ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2009*. Recuperado de <http://www.isaps.org/isaps-global-statistics-2009.html>
- International Society of Aesthetic Plastic Surgeons (2013a, Enero 15). *ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2010*. Recuperado de <http://www.isaps.org/files/html-contents/Downloads/ISAPS%20Results%20-%20Procedures%20in%202010.pdf>
- International Society of Aesthetic Plastic Surgeons (2013b, Enero 15). *ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2011*. Recuperado de

- de
<http://www.isaps.org/files/html-contents/Downloads/ISAPS%20Results%20-%20Procedures%20in%202011.pdf>
- Kottman, T. (2000). Perfectionistic Children and Adolescents: Implications for School Counselors. *Professional School Counseling, 3*(3), 182-188.
- Krieger, L., & Lee, G. (2004). The economics of plastic surgery practices: trends in income, procedure mix, and volume. *Plastic and Reconstructive Surgery, 114*(1), 192-199. doi: 10.1097/01.PRS.0000128820.10811.0A
- Labrecque, J., Stephenson, R., Boivin, L., & Marchand, A. (1999). Validation de L'échelle Multidimensionnelle du Perfectionnisme Auprès de la population Francophone du Québec. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 3*(4), 1-11.
- Langlois, J., Kalakanis, L., Rubenstein, A., Larson, A., Hallam, M., & Smoot, M. (2000). Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin, 126*(3), 390-423. doi: 10.1037//0033-2909.126.3.390
- Larsen, R., & Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad*. (2ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Lozano, L., García, E., Martín, M., & Lozano, L. (2012). Desarrollo y validación del Inventario de Perfeccionismo Infantil (I.P.I.). *Psicothema, 24*(1), 149-155. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3992.pdf>
- Luna, I. (2001). Mujer, belleza y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 30*(4), 383-388. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80630405.pdf>
- Luna, I. (2005). *Cirugía estética e imagen corporal*. Manuscrito no publicado, Universidad Católica de Colombia, Bogotá.
- Malick, F., Howard, J., & Koo, J. (2008). Understanding the psychology of the cosmetic patients. *Dermatologic Therapy, 21*(1), 47-53. doi: 10.1111/j.1529-8019.2008.00169.x
- McGrath, M., & Mukerji, S. (2000). Plastic surgery and the teenage patient. *Journal of Adolescent and Pediatric Gynecology, 13*(3), 105-118. doi: 10.1016/S1083-3188(00)00042-5
- Meyen, E., & Skrtic, T. (1995). *Special education and student disability: Traditional, emerging and alternative perspectives*. (4ª ed.). Colorado: Love Publishing.
- Miracco, M., Scappatura, M., Traiber, L., De Rosa, L., Arana, F., Lago, A., Partarrieu, A., Galarregui, M., Nushold, P., & Keegan, E. (2012). Perfeccionismo en la universidad: talleres psicoeducativos, una intervención preventiva. En N. Cervone (Presidenta), *IV Congreso Internacional de Investigación y*

- Práctica Profesional en Psicología - XIX Jornadas de Investigación - VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp. 102-106). Buenos Aires, Argentina: UBA.
- Mobley, M., Slaney, R., & Rice, K. (2005). Cultural validity of the almost perfect scale-revised for African American collage students. *Journal of Counseling Psychology, 52*(4), 629-639. doi: 10.1037/0022-0167.52.4.629
- Muñiz, J., & Hambleton, R. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo, 66*, 63-70.
- Oros, L. (2005). Implicaciones del perfeccionismo infantil sobre el bienestar psicológico: Orientaciones para el diagnóstico y la práctica clínica. *Anales de Psicología, 21*(2), 294-303. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v21/v21_2/11-21_2.pdf
- Payne, C. (2013, February 24). Botox or your bills? Plastic surgery wins out. *USA Today*. Recuperado de <http://www.usatoday.com/story/news/nation/2013/02/24/plastic-surgery-procedures/1931059/>
- Pearson, C., & Gleaves, D. (2006). The multiple dimensions of perfectionism and their relation with eating disorder features. *Personality and Individual Differences, 41*(2), 225-235. doi: 10.1016/j.paid.2006.01.013
- Pliner, P., Chaiken, S., & Flett, G. (1990). Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the lifespan. *Personality and Social Psychology Bulletin, 16*(2), 263-273. doi: 10.1177/0146167290162007
- Quiroga, S., & Cryan, G. (2007). Resultados del Inventario EDI-II en Adolescentes Tardías Femeninas con Trastornos de la Alimentación. Comparación de Tratamientos. *Fundamentos en Humanidades, 8*(2), 127-152. Recuperado de <http://fundamentos.unsl.edu.ar/pdf/articulo-16-127.pdf>
- Raskin, R., & Terry, H. (1988). A principal-components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(5), 890-902. doi: 10.1037/0022-3514.54.5.890
- Rice, K., Ashby, J., & Slaney, R. (2007). Perfectionism and the five factor model of personality. *Assessment, 14*(4), 385-398. doi: 10.1177/1073191107303217
- Rodríguez, A. (2002). *El idioma de las ciencias de la salud. Manual de etimología y estilos médicos*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Unibiblos.
- Ruggiero, G., Levi, D., Ciuna, A., & Sassaroli, S. (2003). Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders, 34*(2), 220-226. doi: 10.1002/eat.10191
- Sáez, G., Valor-Segura, I., & Expósito, F. (2012). ¿Empoderamiento o Subyugación de la Mujer? Experiencias de Cosificación Sexual Interpersonal.

- Psychosocial Intervention*, 21(1), 41-51. doi: 10.5093/in2012v21n1a9
- Sarwer, D., Pertschuk, M., Wadden, T., & Whitaker, L. (1998). Psychological investigations in cosmetic surgery: a look back and a look ahead. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 101(4), 1136-1142. doi: 10.1097/00006534-199804040-00040
- Sarwer, D., Pruzinsky, T., Cash, T., Goldwyn, R., Persing, J., & Whitaker, L. (2006). *Psychological Aspects of Reconstructive and Cosmetic Plastic Surgery: Clinical, Empirical and Ethical Perspectives*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sarwer, D., Wadden, T., Pertschuk, M., & Whitaker, L. (1998). The psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization. *Clinical Psychology Review*, 18(1), 1-22. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00047-0
- Schofield, M., Hussain, R., Loxton, D., & Miller, Z. (2002). Psychosocial and health behavioral covariates of cosmetic surgery: Woman's Health Australia study. *Journal of Health Psychology*, 7(4), 445-457. doi: 10.1177/1359105302007004332
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773-791. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00059-6
- Sherry, S., Hewitt, P., Besser, A., McGee, B., & Flett, G. (2004). Self-oriented and socially prescribed perfectionism in the Eating Disorder Inventory Perfectionism subscale. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 69-79. doi: 10.1002/eat.10237
- Sherry, S., Hewitt, P., Flett, G., & Lee-Baggley, D. (2007). Perfectionism and undergoing cosmetic surgery. *European Journal of Plastic Surgery*, 29(8), 349-354. doi: 10.1007/s00238-007-0109-y
- Sherry, S., Hewitt, P., Lee-Baggley, D., Flett, G., & Besser, A. (2004). Perfectionism and thoughts about having cosmetic surgery performed. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 9(1), 244-257. doi: 10.1111/j.1751-9861.2004.tb00103.x
- Sherry, S., Hewitt, P., Lee-Baggley, D., Flett, G., & Besser, A. (2005). Perfectionism and interest in cosmetic surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 115(6), 1806-1807. doi: 10.1097/01.PRS.0000162170.43575.57
- Sherry, S., Lee-Baggley, D., Hewitt, P., & Flett, G. (2007). Perfectionism as a contraindication for cosmetic surgery: a reply to Clodius (2007). *European Journal of Plastic Surgery*, 29(8), 357-359. doi: 10.1007/s00238-007-0111-4
- Shridharani, S., Magarakis, M., Manson, P., & Rodríguez, E. (2010). Psychology of Plastic and Reconstructive Surgery: A Systematic Clinical Review.

- Plastic and Reconstructive Surgery*, 126(6), 2243-2251. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181f445ae
- Slaney, R., Rice, K., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. (2001). The revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(3), 130-145.
- Soares, M., Gomes, A., Macedo, A., Santos, V., & Azevedo, M. (2003). Escala multidimensional de perfeccionismo: Adaptación a la población portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 46-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/287/28750106.pdf>
- Sulbarán, P. (2012). *Representación mediática de la mujer en la publicidad de cirugía y tratamientos estéticos: caso Estampas* (Tesis de licenciatura, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela). Recuperado de <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anejos/biblioteca/marc/texto/AAS3950.pdf>
- Swami, V., & Mammadova, A. (2012). Associations between consideration of cosmetic surgery, perfectionism dimensions, appearance schemas, relationship satisfaction, excessive reassurance-seeking, and love styles. *Individual Differences Research*, 10(2), 81-94.
- Twenge, J., & Campbell, W. (2009). *The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement*. New York: Free Press.
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Willson, R., & Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *The British Journal of Psychiatry*, 169(2), 196-201. doi: 10.1192/bjp.169.2.196
- Vidal, P. (2004). *Manual de cirugía plástica*. Santiago de Chile: Origo.
- Villeneuve, P., Holowaty, E., Brisson, J., Xie, L., Ugnat, A., Latulippe, L., & Mao, Y. (2006). Mortality among Canadian Women with Cosmetic Breast Implants. *American Journal of Epidemiology*, 164(4), 334-341. doi: 10.1093/aje/kwj214
- Wyatt, R., & Gilbert, P. (1998). Dimensions of perfectionism: A study exploring their relationship with perceived social rank and status. *Personality and Individual Differences*, 24(1), 71-79. doi: 10.1016/S0191-8869(97)00146-3

Recibido: 18 de septiembre de 2013.

Aceptado: 25 de octubre de 2013.