

Anatomía de la Expectativa: Mediación Prequirúrgica y Disonancia Postoperatoria en Cirugía Plástica

Anatomy of Expectations: Preoperative Counseling and Postoperative Dissonance in Plastic Surgery

Recibido: 17-07-2026 | Aceptado: 10-08-2026

Rostam Badii Guillén*
Arturo Regalado Briz**
Amalia Guillén Gaytán***

* <https://orcid.org/0009-0009-2627-8979>
Universidad Autónoma de Nuevo León, México
** *Asociación Mexicana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva*
*** <https://orcid.org/0000-0001-8400-3003>
Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Resumen

La cirugía plástica contemporánea entrelaza la precisión científica con la apreciación artística para restaurar o mejorar la armonía corporal. Sin embargo, la naturaleza fluctuante y subjetiva de la belleza frecuentemente genera expectativas irreales en los pacientes, desembocando en insatisfacción postoperatoria a pesar del éxito técnico. Este artículo analiza la anatomía del conflicto médico-paciente y propone la mediación sanitaria como herramienta fundamental en la práctica estética. En la fase prequirúrgica, se destaca la importancia de transformar la consulta en un aula de instrucción, utilizando la anatomía topográfica y la zona de posible acuerdo (ZOPA) para anclar las expectativas a límites biológicos reales, despersonalizando así la negativa médica. Durante el postoperatorio, los pacientes pueden experimentar una disonancia cognitiva derivada del choque entre su esquema corporal previo y su nueva imagen, a menudo agravada por la incompreensión de los prolongados tiempos de maduración cicatricial. Para mitigar esta crisis perceptiva, el cirujano debe aplicar estrategias de desescalada emocional, validando la angustia del paciente sin asumir fallas técnicas de manera prematura, reservando el juicio clínico definitivo hasta que las condiciones tisulares permitan una evaluación objetiva. Finalmente, se propone la integración de la biometría y la antropometría como una "tercera fase" mediadora. Estas disciplinas aportan evidencia matemática y geométrica que objetiviza el resultado quirúrgico, fungiendo como escudo protector para el cirujano frente a la dismorfia y estandarizando la evaluación estética. En conclusión, el cirujano

Cómo citar

Badii Guillén, R., Regalado Briz, A., & Guillén Gaytán, A.
Anatomía de la Expectativa: Mediación Prequirúrgica y Disonancia Postoperatoria en Cirugía Plástica. MSC Métodos De Solución De Conflictos. Recuperado a partir de <https://revistamsc.uanl.mx/index.php/m/article/view/160>



Esta obra está bajo una
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial 4.0
Internacional.

plástico moderno debe asumir un perfil híbrido, combinando excelencia técnica con habilidades de educación, negociación y mediación para garantizar un éxito holístico.

Palabras clave: *Mediación sanitaria, cirugía plástica, relación médico-paciente, antropometría, expectativas.*

Abstract

Contemporary plastic surgery intertwines scientific precision with artistic appreciation to restore or enhance bodily harmony. However, the fluctuating and subjective nature of beauty often generates unrealistic patient expectations, leading to postoperative dissatisfaction despite technical success. This article analyzes the anatomy of the doctor-patient conflict and proposes healthcare mediation as a fundamental tool in aesthetic practice. In the preoperative phase, the importance of transforming the consultation into an instructional classroom is highlighted, utilizing topographic anatomy and the Zone of Possible Agreement (ZOPA) to anchor expectations to real biological limits, thereby depersonalizing medical refusal. During the postoperative period, patients may experience cognitive dissonance stemming from the clash between their previous body schema and their new image, often exacerbated by a lack of understanding of prolonged scar maturation times. To mitigate this perceptual crisis, the surgeon must apply emotional de-escalation strategies, validating the patient's distress without prematurely assuming technical failure, reserving final clinical judgment until tissue conditions allow for an objective assessment. Finally, the integration of biometrics and anthropometry is proposed as a mediating "third phase." These disciplines provide mathematical and geometric evidence that objectifies the surgical outcome, acting as a protective shield for the surgeon against dysmorphia and standardizing aesthetic evaluation. In conclusion, the modern plastic surgeon must adopt a hybrid profile, combining technical excellence with education, negotiation, and mediation skills to ensure holistic success.

Keywords: *Healthcare mediation, plastic surgery, doctor-patient relationship, anthropometry, expectations.*

1. INTRODUCCIÓN: EL QUIRÓFANO COMO ESCENARIO DE CONFLICTO

Los cirujanos son descendientes de barberos y carniceros. Lo que en sus orígenes era percibido socialmente como un oficio empírico y bárbaro, evolucionó a una ciencia encargada de la intervención en el cuerpo, llamada operación, para curar tejidos dañados. Los

encargados de esta práctica quirúrgica pasaron de ser menospreciados a formar parte de un grupo social prestigioso y respetado. Sin embargo, clasificar a la cirugía como una ciencia es ignorar la faceta artística que adquiere en ciertas intervenciones, como las realizadas en la rama de la cirugía plástica. Los cirujanos pioneros Harold Gillies y Ralph Millard (1957) describieron a la cirugía

plástica como una batalla constante entre el aporte sanguíneo y la belleza, pero podríamos verla como el *matrimonio* entre ambos. Esta especialidad quirúrgica se ocupa de la corrección de todo proceso congénito, adquirido, tumoral o simplemente involutivo, que requiera reparación o reposición, o que afecte a la forma, función corporal o ambas (Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética, s.f.). Podemos dividir la disciplina en dos grandes ramas: a) reconstructiva, enfocada en la restauración o mejoría de la función y el aspecto físico de lesiones por accidentes y enfermedades; b) estética, orientada a pacientes generalmente sanos con la finalidad de obtener una mayor armonía facial y corporal.

Lo artístico de la cirugía plástica es justamente la búsqueda de la “belleza”. Según Platón, la belleza es el esplendor de la verdad (Blume Sánchez, J., 2006), pero la sociedad actual no tiende a esta definición. De acuerdo con la Real Academia Española (s.f.-a), la belleza es la cualidad de ser bello, definiendo “bello” como algo que, por la perfección de sus formas, complace a la vista o al oído y, por extensión, al espíritu (s.f.-b). Para fines de este análisis, el concepto se sintetizará como “armonía”. El problema con buscar la belleza mediante la ciencia es que este concepto cambia al mismo ritmo que la sociedad misma. En la prehistoria, el ideal de la belleza se basaba en cuerpos voluminosos, anchas caderas y grandes pechos que simbolizaban fertilidad. A partir del Renacimiento, la mujer bella era aquella con cuerpos redondeados, grandes curvas y proporciones matemáticas. En la década de 1960, el sector de la moda, con

figuras líderes como Coco Chanel, impulsó la figura delgada y seductora (Rodríguez, R., 2012). Al observar un concepto tan fluctuante, es una suposición muy lógica ver a la belleza como algo subjetivo. Y dentro de esa subjetividad, llegan los problemas al escenario quirúrgico.

La distribución demográfica indica que el sexo femenino es el mayor consumidor de procedimientos estéticos. A modo de ejemplo, las rinoplastias, en las cuales el 73.5% son realizadas a pacientes femeninas (International Society of Aesthetic Plastic Surgery, 2025). Cuando un paciente busca al cirujano para un procedimiento electivo, es decir, planeado y agendado, su expectativa resulta fundamental al momento de la consulta, porque en la cirugía plástica, especialmente en la rama estética, la satisfacción del paciente es la medida del éxito. No obstante, hay ocasiones en las que lo que el paciente busca es, por simple anatomía y funcionalidad, un resultado irreal. He aquí donde surge una pregunta natural: ¿cómo evitar estas expectativas irreales que dañan tanto la imagen del cirujano como la autopercepción del paciente?

2. LA IMPORTANCIA DE LA MEDIACIÓN SANITARIA

Hay que establecer las bases de la mediación sanitaria. Este es un método de resolución de conflictos en el que las partes involucradas consiguen por sí mismas, con la asistencia de un tercero imparcial: el mediador, adoptar acuerdos mutuamente satisfactorios a través del diálogo y la negociación (Colegio Profesional de Trabajo

Social de Huelva, 2017). El modelo tradicional de resolución de controversias en el ámbito de la salud ha dependido históricamente del sistema judicial, un entorno inherentemente adversarial que resulta incompatible con la naturaleza de la práctica médica. Cuando la insatisfacción de un paciente estético se judicializa, el conflicto se reduce a una búsqueda binaria e inflexible de culpabilidad o negligencia. Este enfoque punitivo fracasa de manera rotunda en el ámbito de la cirugía plástica, ya que los tribunales están diseñados para evaluar el daño físico objetivo o el mero incumplimiento contractual, siendo funcionalmente ciegos ante el verdadero núcleo del problema: el trauma psicológico derivado de un esquema corporal alterado y la crisis perceptiva del individuo (Syaufi, A., Haiti, A. y Mursidah, 2021). Aunado a la ineficacia para resolver el conflicto real, la amenaza constante del litigio fomenta en los profesionales de la salud la adopción de una “medicina defensiva”. Bajo este paradigma reactivo, las decisiones en el consultorio y en el quirófano dejan de tomarse buscando el máximo beneficio holístico para el paciente; en su lugar, se prioriza el cálculo del menor riesgo legal para el facultativo. Esta postura defensiva levanta barreras de comunicación, genera desconfianza mutua y destruye la piedra angular de cualquier intervención exitosa: la relación terapéutica y la empatía clínica. Frente a este fracaso procesal, la mediación sanitaria estructurada bajo los principios de la justicia restaurativa emerge no solo como una alternativa procedimental, sino como el estándar ético ideal. A diferencia de un juez que dicta sentencia desde la verticalidad y asimetría

del estrado, el mediador facilita un espacio de horizontalidad y estricta confidencialidad. La justicia restaurativa desplaza el foco del castigo hacia la reparación del daño y la restauración del vínculo humano. Al desviar el conflicto de los desgastantes protocolos burocráticos hacia una mesa de diálogo colaborativo, se abre la puerta a la verdadera comprensión. En este espacio mediado, el cirujano puede ejercer la escucha activa frente al dolor emocional de su paciente, validando su frustración y desorientación sin que este acto de empatía se traduzca, jurídicamente, en una admisión de mala praxis técnica. De este modo, la controversia deja de ser una batalla legal para transformarse en el último eslabón del cuidado al paciente, alineando finalmente las expectativas humanas con la realidad clínica (Shankar, R., Devi, F. y Qian, X., 2025). En lugar de buscar un culpable, la mediación tiene como fin el comprender lo que pasó y brindar soluciones con base en lo ocurrido, sin entrar al proceso judicial lleno de protocolos que resultan imprácticos para el paciente y el profesional de salud. De aquí surge la necesidad de un mediador profesional —que cuente con conocimientos en el ámbito clínico y legal— facilitando la confidencialidad e imparcialidad. La mediación sanitaria se adapta con mayor naturalidad teniendo como piedra angular los principios de beneficencia y justicia de forma holística, cuyo objetivo es que la parte interveniente se responsabilice de lo que ha hecho, sea consciente o no de las consecuencias y exista un encuentro en el que pueda pedir perdón a la parte afectada, llegando a un acuerdo para reparar el daño (De Lorenzo Abogados, 2016).

3. FASE PREQUIRÚRGICA: LA CONSULTA COMO AULA DE INSTRUCCIÓN

La primera barrera médico-paciente es que ninguna de las partes habla el mismo idioma, o peor aún, ni siquiera conocen los símbolos del lenguaje.

La terminología médica, al igual que en cada disciplina, es abismal, por lo que resulta normal que alguien no familiarizado con los conceptos tenga dificultad para comprender de lo que se habla durante una consulta. Aquí recae un deber básico del profesional de la salud: asegurar la comprensión del procedimiento por parte del paciente.

3.1 La Anatomía Topográfica como Criterio Objetivo y Terreno Neutral

Primum non nocere. Es imperativo que todo acto médico busque un bien y, sobre todo, no hacer daño. El cirujano debe tener la formación necesaria para poder tomar la mejor decisión sobre un abordaje quirúrgico, evaluando riesgos y descartando la manipulación innecesaria al tejido. La cirugía plástica tiene una orientación constante a la preservación de las estructuras anatómicas propias del cuerpo, con técnicas contemporáneas como la preservación alar, que priorizan una preservación de los cartílagos alares de la punta nasal del paciente (Regalado-Briz, A., 1999). Entonces, queda como tarea del cirujano enseñarle al paciente lo que se tiene y lo que se hará, contemplando sus limitaciones físicas y de este modo controlando las expectativas. No se necesita dar una cátedra de anatomía descriptiva al estilo de la escuela de la ana-

tomía francesa, basta una simple explicación de anatomía topográfica sobre las capas que se abordan y sus características, fundamentando las técnicas a utilizar por su naturaleza. Esto no solamente ayudaría a la comprensión por el lado del paciente, sino que también refuerza la toma de decisión por parte del cirujano. Su explicación, al ser requerida constantemente, refuerza su conocimiento mediante estrategias de aprendizaje como la repetición espaciada, una técnica muy utilizada por expertos en memorización (Maguire, E., Valentine, E., Wilding, J. y Kapur, N., 2003).

3.2 El Diagnóstico del Conflicto: Posiciones Inflexibles frente a Resultados Idealizados

Tras la educación al paciente, se espera que al aterrizar el procedimiento el paciente comprenda y esté de acuerdo con las decisiones del cirujano ya fundamentadas. Pero puede ocurrir que el paciente siga buscando un resultado que el cirujano no pueda proporcionar de forma realista, y es aquí donde entra el diálogo y la negociación. El objetivo debe ser que el cirujano oriente al paciente a la mejor decisión, usando el modelo deliberativo en su relación médico-paciente, con un diálogo bidireccional donde se debaten las opciones. Este modelo equilibra la autonomía y beneficencia, lo que permite la persuasión clínica sin coerción (Emanuel E., y Emanuel, L., 1992). De hecho, este modelo se considera el estándar médico deseable, con el médico tomando un rol de maestro. De acuerdo con Jerome Slavik (2008), hay siete elementos de una negociación efectiva que podemos adaptar al contexto de la cirugía plástica.

Tabla 1
Siete Elementos de una Negociación Efectiva en Cirugía Plástica

Elemento	Traslación al contexto de cirugía plástica
1 Relación: ¿estoy preparado para afrontar la relación?	Establecer confianza y empatía clínica. El cirujano debe crear un entorno seguro donde el paciente se sienta comprendido, evaluando no solo su anatomía, sino también su estado psicológico y emocional antes de proponer cualquier intervención.
2 Comunicación: ¿estoy listo para escuchar y hablar de manera efectiva?	Escucha activa y claridad médica. Implica escuchar los deseos y miedos del paciente sin juzgar, y traducir los términos médicos a un lenguaje comprensible. Se deben explicar claramente los riesgos, beneficios y el proceso de recuperación para evitar malentendidos.
3 Intereses: ¿qué es lo que las personas realmente quieren?	Descubrir la motivación profunda. ¿El paciente busca mejorar su autoestima, aliviar un problema funcional o está cediendo a presiones sociales? El interés del paciente debe alinearse con el interés del cirujano: realizar una práctica segura, ética y con resultados armoniosos.
4 Opciones: ¿cuáles son los posibles acuerdos?	Presentar el abanico de tratamientos. Proponer diferentes enfoques médicos para el mismo objetivo: desde tratamientos no invasivos hasta diferentes técnicas quirúrgicas (p. ej. tipos de incisiones o tamaños de implantes) que se adapten al cuerpo y deseos del paciente.
5 Alternativas: ¿qué haré si no llegamos a un acuerdo?	Conocer los límites éticos y prácticos. Si el paciente exige un resultado anatómicamente imposible o peligroso, la alternativa del cirujano es negarse éticamente a operar. La alternativa del paciente podría ser no operarse o buscar una segunda opinión clínica.
6 Legitimidad: ¿qué criterios usaré para persuadirnos que no estamos siendo estafados?	Uso de estándares médicos y evidencia. Apoyarse en la anatomía, guías clínicas internacionales, certificaciones médicas del profesional y fotografías reales de “antes y después”. Esto asegura al paciente que los resultados prometidos son realistas y que los honorarios son justos.
7 Compromiso: ¿qué compromisos buscaré de parte de ambos?	Consentimiento informado y plan de acción. Es el acuerdo formal y por escrito. El paciente se compromete a seguir rigurosamente los cuidados pre y postoperatorios (p. ej. dejar de fumar, reposo), y el cirujano se compromete a realizar el procedimiento con la mayor diligencia y cuidado médico.

Nota. Elaborado a partir de Seven elements of effective negotiations, por Slavik, 2008.

3.3 Establecimiento de la Zona de Posible Acuerdo (ZOPA): El Límite Biológico como Protector

En la mediación prequirúrgica, la Zona de Posible Acuerdo (ZOPA) se define como el estrecho margen topográfico donde la expectativa estética del paciente y la viabilidad morfológica de sus tejidos pueden coexistir sin generar morbilidad, con un grado razonable de pronóstico en términos de un buen resultado. Ante una demanda estética inviable, una negativa basada exclusivamente en la autoridad jerárquica del médico genera hostilidad y fomenta la ruptura de la relación terapéutica. Para desescalar este conflicto, el cirujano debe anclar la discusión en criterios estructurales objetivos. Al integrar evaluaciones estandarizadas —como la escala de Evaluación de Resultados en Rinoplastia (ROE; Alsarraf, R., 2000) o la escala de Evaluación de Síntomas de Obstrucción Nasal (NOSE; Stewart, M., Witsell, D., Smith, T., Weaver, E., Yueh, B. y Hannley, M., 2004)— junto con el análisis antropométrico de la envoltura de tejidos blandos y el soporte cartilaginoso, la restricción se vuelve cuantificable. Bajo este modelo de negociación clínica, la negativa se despersonaliza. El límite estético deja de ser una barrera impuesta por la voluntad del cirujano y se transforma en un escudo biológico innegable, dictado por la propia anatomía, que protege al paciente de secuelas postoperatorias isquémicas, estructurales o funcionales.

4. TRANSICIÓN: LA PARADOJA DEL ÉXITO QUIRÚRGICO

Mientras que la gran mayoría de los procedimientos quirúrgicos tienen fines meramente funcionales, ya sabemos que la cirugía plástica se orienta mucho a la estética. Cuando la operación fue un éxito —quirúrgicamente hablando— pero el paciente no está satisfecho, nos encontramos con una paradoja. ¿Es el cirujano, quien realizó el procedimiento sin agravar el estado de salud de la persona operada, culpable de los malos resultados?

4. 1 El Enfrentamiento entre el Espejo y el Esquema Corporal

El concepto de esquema corporal se define como el resultado de un proceso de organización mental y maduración perceptiva que permite al individuo pasar de la atención al entorno a la conciencia de su propio cuerpo (Le Boulch, J., 1987). En otras palabras, es la representación mental que cada persona tiene de su propio cuerpo. Desde el periodo maternal, el niño pasa de no tener conciencia del cuerpo a vivirlo, desde los primeros arcos reflejos hasta la marcha, encontrando el equilibrio en su plano postural. En el periodo infantil se desarrollan las posibilidades de control postural y respiratorio, y finalmente se elabora un esquema corporal definitivo entre los 7-12 años (Arráez, J., Ambel, L., Rodríguez, A. y Martín, A., 1993).

Teniendo este concepto en mente, cuando el cuerpo presenta cambios (aunque sean para una mejoría estética, como lo puede ser el resultado de una rinoplastia o una lipobdominoplastia de elección), enfrenta

un choque de la imagen mental establecida de la persona misma con lo que ve en el espejo. Este fundamento neurológico e inconsciente es una posible explicación de la insatisfacción estética por parte del paciente tras una operación. Es muy importante que el esquema mental se encamine al cambio previo al procedimiento, ya que de otro modo, el paciente difícilmente se sentirá satisfecho al despertar de la cirugía. El objetivo es que la expectativa del paciente coincida con la ejecución, evolución y resultado postoperatorio.

4.2 Disonancia cognitiva por crisis perceptiva

La disonancia es una inconsistencia en los elementos cognitivos, los cuales pueden abarcar los conocimientos, las opiniones, las creencias o los comportamientos propios de un individuo (Festinger, L., 1957). La teoría establece que esta inconsistencia genera una incomodidad mental. Usemos como ejemplo un caso de una rinoplastia donde tras la operación el paciente respira a la perfección y la forma cumple con lo acordado. Sin embargo, cuando el paciente se mira en el espejo y no se reconoce a sí mismo, despierta una disonancia cognitiva por una crisis perceptiva. Aunque la cirugía salió perfecta, el paciente perdió su identidad facial. De aquí la importancia de medir la satisfacción subjetiva del paciente, ya que las medidas antropométricas por sí solas no llevan a la predicción del éxito holístico de la cirugía. El bisturí puede reparar el tejido, pero el cerebro puede tardar meses en actualizar su mapa mental para aceptar su nueva imagen.

5. FASE POSTQUIRÚRGICA: CONTENCIÓN Y DISONANCIA PERCEPTIVA

5.1 Estrategias de desescalada inmediata: Validación del rechazo emocional sin concesión de falla técnica

Frente al pánico y rechazo del paciente, el cirujano tiene un gran poder en sus actos inmediatos tras su despertar de la anestesia. En un estudio realizado en los Estados Unidos de América, se demostró que las variables que más influyen en la satisfacción del paciente tras la cirugía plástica son las relacionadas al cirujano, como el que se tomara el tiempo para responder preguntas e incluir a los pacientes en la toma de decisiones (Tanna, N., Thorne, C., Kasabian, A., Smith, M., Coppa, G., Nash, I., Congiusta, S. y Chen, K., 2018). Resultados como este son cruciales para comprender el enfoque que se debe tomar al momento de encontrarse en una situación no deseada.

El instinto defensivo del médico es argumentar con hechos, pero ese enfoque no ayudará al paciente a afrontar la situación; al contrario, se sentirá más en crisis aumentando la disonancia perceptiva. Se debe actuar acogiendo al paciente, no negando su sentir. Validar el rechazo es el primer paso para superar este proceso, la aceptación es necesaria para asentar los hechos. Lo que el cirujano debe priorizar es reconocer y legitimar la angustia sin hacer sentir desubicado al paciente. Al mismo tiempo, es importante que el cirujano mantenga una postura de autoridad clínica sobre el éxito del procedi-

miento de así haber sido. Es decir, separar el sentimiento de fracaso del paciente del hecho quirúrgico.

Uno de los pilares del Proyecto de Negociación de Harvard es el principio rector de separar a las personas del problema (Fisher, R. y Ury, W., 2011). En el contexto postquirúrgico inmediato, cuando el paciente se enfrenta a la disonancia perceptiva frente al espejo, el verdadero “problema” no es una técnica quirúrgica deficiente, sino la profunda brecha entre la expectativa cognitiva preestablecida y la cruda realidad anatómica en su fase inflamatoria aguda. Sin embargo, el instinto natural del paciente en estado de crisis es personificar este problema, dirigiendo su frustración y miedo directamente hacia la figura del cirujano mediante reclamos y exigencias. Si el profesional de la salud responde desde una posición defensiva tradicional —interpretando la crisis emocional como un ataque directo a su prestigio y pericia médica—, la escalada del conflicto hacia un entorno litigioso es inminente. El enfoque de mediación reactiva exige que el cirujano asuma un rol de contención, absteniéndose de invalidar la percepción alterada del paciente con datos clínicos fríos en ese preciso instante. La estrategia de desescalada consiste en redirigir el encuadre de la discusión: pasar de un enfrentamiento interpersonal (cirujano versus paciente) a la consolidación de una alianza colaborativa frente a un desafío temporal común (el binomio médico-paciente versus el trauma tisular). Al legitimar la angustia sin aceptar responsabilidad por una negligencia inexistente, el facultativo desactiva la hostilidad primaria.

A veces, las cosas simplemente no salen tan bien, sin una clara razón.

5.2 El Contrato de Contingencia Temporal: El Manejo del Periodo de Maduración Cicatricial y Desinflamación (6-12 meses)

Desde la perspectiva de los mecanismos alternativos de solución de controversias (MASC), la incertidumbre es uno de los mayores catalizadores de disputas legales. En el terreno de la cirugía plástica, esta incertidumbre es inherentemente biológica: a pesar de la estandarización de las técnicas, resulta imposible predecir con exactitud milimétrica la respuesta inflamatoria y fibroblástica de un individuo específico. Para gestionar este riesgo y evitar que la impaciencia se transforme en un conflicto formal, la mediación propone el uso estratégico de los “contratos de contingencia”.

En la teoría clásica de negociación, un acuerdo contingente permite a las partes que mantienen visiones o predicciones divergentes sobre el futuro suspender su disputa actual, vinculando la resolución definitiva a la ocurrencia de eventos objetivos y medibles que se revelarán más adelante. Trasladado al escenario clínico, el cirujano debe establecer este contrato de contingencia en la fase prequirúrgica, dejando asentado —verbalmente y en el consentimiento informado— que la evaluación del resultado estético definitivo queda estrictamente clausurada hasta que se cumplan los criterios fisiológicos de maduración tisular. Este pacto no constituye una táctica evasiva por parte del médico, sino un blin-

daje metodológico de la relación terapéutica. Su función es obligar a ambas partes a reconocer al tiempo como un tercer actor neutral e indispensable. Si el paciente, impulsado por la disonancia cognitiva, exige una reintervención prematura o amenaza con acciones legales a las pocas semanas, el cirujano utiliza este contrato como ancla de mediación, recordando que las condiciones morfológicas pactadas para evaluar el éxito o fracaso del procedimiento aún no se han materializado.

Todo tejido que sufre un daño capaz de destruir su matriz extracelular, o cuyas células carecen de capacidad regenerativa completa, atraviesa una cascada de procesos biológicos que culmina en la formación de una cicatriz. Desde una perspectiva médica, la cicatriz se define como la señal que persiste en los tejidos orgánicos tras la resolución de una herida (Real Academia Española [RAE], s.f.-c), constituida predominantemente por colágeno y fibroblastos en reposo. En la práctica quirúrgica, es fundamental comprender que las cicatrices postoperatorias requieren un tiempo prolongado de maduración, lo cual puede generar variaciones en el resultado estético y funcional que el paciente observa tras el procedimiento.

El proceso de cicatrización comprende cuatro fases superpuestas: 1) hemostasia (detención de la hemorragia), 2) inflamación (limpieza inmunológica del lecho de la herida), 3) proliferación (reconstrucción del tejido) y 4) remodelación (restauración de la integridad estructural). Si bien este proceso suele completarse entre 1 y 2 años,

existen factores como la diabetes mellitus, la enfermedad vascular y el envejecimiento que incrementan la prevalencia de heridas crónicas, caracterizadas por una interrupción o deficiencia en el ciclo de reparación tisular (Rodrigues, M., Kosaric, N., Bonham, C. y Gurtner, G., 2019).

México presenta una de las mayores prevalencias de diabetes a nivel mundial, con reportes que alcanzaron los 13.6 millones de personas en 2024 y una proyección de 19.9 millones para el 2050 (International Diabetes Federation, 2024). Esta magnitud epidemiológica convierte a la cicatrización en un proceso de alto riesgo en la población mexicana. En general, un paciente con mal control metabólico no es candidato para intervenciones electivas debido al elevado riesgo de morbilidad; por ello, gestionar las expectativas del paciente mediante la educación continua y el control metabólico riguroso resulta indispensable. Si bien existen diversas opciones terapéuticas para el manejo de cicatrices postoperatorias, es necesario reconocer que sus costos elevados a menudo limitan el acceso para una gran parte de la población.

6. BIOMETRÍA Y BIOESTADÍSTICA: LA “TERCERA FASE” MEDIADORA

Adentrarnos a la disciplina de la antropometría es una apuesta ganadora para cualquier cirujano plástico. Existen ya los primeros bloques de la implementación de la antropometría a la cirugía plástica del torso, manejando sus abordajes con una perspectiva geométrica (Fantozzi, F., 2013). Desde

Tabla 2
Cicatrización y Cicatrización Crónica

Proceso	¿Qué sucede?	Tiempo estimado
Cicatrización	Proceso fisiológico de reparación tisular que atraviesa cuatro fases: hemostasia, inflamación, proliferación y remodelación.	1 a 2 años.
Cicatrización crónica	Interrupción o estancamiento del proceso de reparación debido a factores sistémicos (p. ej. diabetes, isquemia) o locales.	Indefinido (hasta que se corrija el factor causal).

Nota. Elaborado a partir de Wound healing: A cellular perspective por Rodrigues, M., et al, 2019, Physiological Reviews, 99 (1), p. 665.

el polímata florentino Leonardo da Vinci, los escultores han utilizado principios antropométricos para esculpir sus obras, un fin no muy diferente al de la cirugía plástica moderna. Cabe destacar trabajos del escultor Carlo Rochet (1887), quien publicó su libro de antropometría, *El prototipo humano que determina las leyes naturales de las proporciones en ambos sexos*, cuyos principios se pueden aplicar como medidas objetivas al momento de planificar y realizar la cirugía. Es en la intersección ciencia-arte donde se puede buscar tierra firme para encontrar resultados objetivos desde el punto de vista antropométrico, que actúa en esencia, como una homo-geometría que nos permite decodificar proporciones armoniosas para obtener mejores resultados.

La implementación de la antropometría puede ser el puente para desescalar la disonancia perceptiva que en su caso extremo llega a culpar al cirujano de mala praxis, e inclusive en esos casos, puede trasladar la carga probatoria hacia la dismorfia, fungiendo

como escudo para el cirujano. Al demostrar matemáticamente la exactitud del resultado, la estadística señala que la raíz de la queja no es una negligencia médica, sino un factor externo a la técnica quirúrgica, como expectativas poco realistas, que buscamos controlar con la educación preoperatoria.

7. CONCLUSIONES: EL PERFIL HÍBRIDO DEL CIRUJANO PLÁSTICO MODERNO

- El cirujano plástico de hoy en día no es un robot con bisturí evaluando la mejor decisión, es un maestro activo para que el paciente comprenda el procedimiento antes de la operación y una vez terminada esta. Los tiempos de la carnicería quirúrgica representan los fósiles. La evolución de la práctica quirúrgica lleva a requerir el mayor nivel de comprensión, necesario para la transmisión del conocimiento. La educación del paciente es fundamental para asegurar que el proceso sea claro desde el contexto preoperatorio hasta el término de la cicatrización, evitando la

disonancia perceptiva que provoca un disgusto del resultado por el paciente.

- No basta con educar, el cirujano plástico debe encontrar objetividad dentro del mar subjetivo en la búsqueda de la belleza, y la intersección con disciplinas como la antropometría podrían marcar un antes y un después en esta búsqueda, con la progresiva estandarización de resultados basados en clasificaciones numéricas, personalizadas a las expectativas del paciente.
- Es innegable que la cirugía plástica tiene un tinte artístico en su lienzo científico, y aprovechar el arte intrínseco de la disciplina al evaluar proporciones, tal como lo hacían los escultores y pintores en tiempos pretéritos, es un paso necesario para llegar a una práctica holística.
- Tomando en cuenta que la intención del cirujano nunca es dañar y el objetivo del paciente es obtener su plenitud, el diálogo y la mediación son pilares de su convivencia. Es de suma importancia encontrar la relación médico-paciente adecuada para cada caso específico, ya que tanto los individuos como los abordajes cambian en cada consultorio y quirófano. Podemos obtener de todo esto dos estrategias de mediación: una preventiva y otra reactiva. Mientras que la primera busca aterrizar las expectativas del paciente con números y variables medibles antes del procedimiento, la segunda se enfoca en desescalar el conflicto perceptivo que el paciente tiene tras la operación, haciendo énfasis en los procesos fisiológicos que perturban la anatomía resultante por un periodo de tiempo esperado.
- La mediación resulta el camino claro para desescalar posibles conflictos entre el paciente y el cirujano, resaltando los puntos válidos con los que cada uno cuenta, y la beneficencia combinada con la autonomía que rige el estándar médico-paciente en la actualidad.
- En última instancia, la adopción de este perfil híbrido transforma radicalmente la dinámica de la medicina estética. El cirujano deja de ser percibido como un proveedor infalible de resultados a la carta y se consolida como un facilitador ético de realidades anatómicas. Integrar formalmente la mediación sanitaria y la validación empática no es simplemente un recurso defensivo frente a la creciente ola de litigios, sino un compromiso bioético profundo. Al centrar la práctica en la comunicación colaborativa, se garantiza que el éxito quirúrgico trascienda el quirófano y se consolide genuinamente en la mente del paciente.

Tabla 3
Mediación Preventiva y Reactiva

Fase de Mediación	Momento de Aplicación	Definición y Enfoque	Herramientas y Estrategias Clave	Objetivo Médico-Legal
Preventiva	Preoperatorio	Establecimiento de una línea base irrefutable antes de la intervención. Transforma expectativas abstractas en objetivos numéricos tangibles y documentables.	Aplicación de escalas validadas (p. ej. Métricas de función y estética). Análisis de simetría basal mediante fotogrametría. Educación sobre los tiempos reales de cicatrización y desinflamación.	Anclar la percepción del paciente a su realidad basal, gestionar expectativas y construir el blindaje documental preventivo frente a la dismorfia o alteración de la memoria.
Reactiva	Postoperatorio (énfasis durante la maduración cicatricial)	Intervención analítica ante la disonancia o insatisfacción del paciente. Sustituye el debate de opiniones por la confrontación con los datos duros.	Reevaluación de los índices de satisfacción (contraste pre/post). Cálculo de métricas sobre el resultado final. Comparación fotogramétrica estandarizada.	Desescalar el conflicto perceptivo, demostrar matemáticamente el cumplimiento del plan anatómico-quirúrgico y exonerar al cirujano de reclamos por mala praxis técnica.

Nota. Elaboración propia.

TRABAJOS CITADOS

- Alsarraf, R. (2000). *Outcomes research in facial plastic surgery: A review and new directions* [Investigación de resultados en cirugía plástica facial: una revisión y nuevas direcciones]. *Aesthetic Plastic Surgery*, 24(3), 192-197. <https://doi.org/10.1007/s002660010031>
- Arráez, J. M., Ambel, L., Rodríguez, A. y Martín, A. M. (1993). *La mejora de la condición física en los deficientes psíquicos*. Unispon.
- Blume Sánchez, J. (2006). *Platón y su concepto de belleza: El Banquete*. *Iter*, 14, 171-184.
- Colegio Profesional de Trabajo Social de Huelva. (2017). *Guía de mediación sanitaria*. <https://trabajosocialhuelva.es/noticias/archivos/GUIAMEDIACIONSANITARIA.pdf>
- De Lorenzo Abogados. (2016, 12 de mayo). *La mediación en el espacio sanitario*. <https://delorenzoabogados.es/la-mediacion-en-el-espacio-sanitario/>
- Emanuel, E. J. y Emanuel, L. L. (1992). *Four models of the physician-patient relationship* [Cuatro modelos de la relación médico-paciente]. *JAMA*, 267(16), 2221-2226.
- Fantozzi, F. (2013). *Applications of anthropometry in torso-plastic surgery* [Aplicaciones de la antropometría en cirugía torsoplástica]. *European Journal of Plastic Surgery*, 36(8), 519-526. <https://doi.org/10.1007/s00238-013-0854-z>
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance* [Una teoría de la disonancia cognitiva]. Stanford University Press. <https://doi.org/10.1515/9781503620766>
- Fisher, R. y Ury, W. (2011). *Getting to yes: Negotiating agreement without giving in* (3.ª ed.) [Llegar al sí: negociar un acuerdo sin ceder]. Penguin Books.
- Gillies, H. D. y Millard, D. R. Jr. (1957). *The principles and art of plastic surgery* [Los principios y el arte de la cirugía plástica] (Vols. 1-2). Little, Brown.
- International Diabetes Federation. (2024). *México. IDF Diabetes Atlas*. Recuperado el 12 de julio de 2026, de <https://diabetesatlas.org/es/data-by-location/country/mexico/>
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery. (2025). *ISAPS international survey on aesthetic/cosmetic procedures performed in 2024* [Encuesta internacional de ISAPS sobre procedimientos estéticos/cosméticos realizados en 2024]. <https://www.isaps.org/discover/about-isaps/isaps-global-statistics/>
- Le Boulch, J. (1987). *Educación psicomotriz en la escuela primaria*. Paidós.
- Maguire, E. A., Valentine, E. R., Wilding, J. M. y Kapur, N. (2003). *Routes to remembering: the brains behind superior memory* [Rutas para recordar: los cerebros detrás de la memoria superior]. *Nature Neuroscience*, 6(1), 90-95. <https://doi.org/10.1038/nn988>
- Real Academia Española. (s.f.-a). *Belleza*. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 13 de julio de 2026, de <https://dle.rae.es/belleza>
- Real Academia Española. (s.f.-b). *Bello*. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 13 de julio de 2026, de <https://dle.rae.es/bello>
- Real Academia Española. (s.f.-c). *Cicatriz*. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 13 de julio de 2026, de <https://dle.rae.es/cicatriz>
- Regalado-Briz, A. (1999). *Aesthetic rhinoplasty with maximum preservation of alar cartilages: Experience with 52 consecutive cases* [Rinoplastia estética con máxima preservación de los cartílagos alares: experiencia con 52 casos consecutivos]. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 103(2), 671-682. <https://doi.org/10.1097/00006534-199902000-00048>
- Rochet, C. (1887). *Il prototipo umano che determina le leggi naturali delle proporzioni in ambedue i sessi* [El prototipo humano que determina las leyes naturales de las proporciones en ambos sexos]. *Modes y Mendel*.
- Rodrigues, M., Kosaric, N., Bonham, C. A. y Gurtner, G. C. (2019). *Wound healing: A cellular perspective* [Cicatrización de heridas: Una perspectiva celular]. *Physiological Reviews*, 99(1), 665-706. <https://doi.org/10.1152/physrev.00048.2018>

doi.org/10.1152/physrev.00067.2017

Rodríguez, R. R. (2012, 5 de octubre). *Cánones de belleza a lo largo de la historia. El Blog del Dr. Ricardo Ruiz*. <https://ricardoruizdermatologo.blogspot.com/2012/09/canones-de-belleza-lo-largo-de-la.html>

Shankar, R., Devi, F. y Qian, X. (2025). *Restorative justice approaches to conflict management in healthcare workplaces: A systematic review protocol* [Enfoques de justicia restaurativa para la gestión de conflictos en entornos sanitarios: un protocolo de revisión sistemática]. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2025.10.01.25337131>

Slavik, J. (2008, diciembre). *Seven elements of effective negotiations* [Siete elementos de las negociaciones efectivas]. HMS/HSDM/HSPH Ombuds Office. https://hms.harvard.edu/sites/default/files/assets/Sites/Ombuds/files/HMS.HHSD_.HSPH_.OmbudsOffice.SEVEN%20ELEMENTS%20OF%20EFFECTIVE%20NEGOTIATIONS.pdf

Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética. (s.f.). *¿Qué es la cirugía plástica?* <https://secre.org/que-es-la-cirugia-plastica>

Stewart, M. G., Witsell, D. L., Smith, T. L., Weaver, E. M., Yueh, B. y Hannley, M. T. (2004). *Development and validation of the Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale* [Desarrollo y validación de la escala de evaluación de síntomas de obstrucción nasal (NOSE)]. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 130(2), 157-163. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2003.09.016>

Syaufi, A., Haiti, A. y Mursidah (2021). *Application of restorative justice values in settling medical malpractice cases* [Aplicación de los valores de justicia restaurativa en la resolución de casos de negligencia médica]. *International Journal of Criminology and Sociology*, 10, 103-110. https://www.researchgate.net/publication/352361767_Application_of_Restorative_Justice_Values_in_Settling_Medical_Malpractice_Cases

Tanna, N., Thorne, C., Kasabian, A. K., Smith, M. L., Coppa, G. F., Nash, I. S., Congiusta, S. y Chen, K. (2018). *Factors influencing patient satisfaction in plastic surgery: A nationwide analysis* [Factores que influyen en la satisfacción del paciente en cirugía plástica: un análisis a nivel nacional]. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 142(3), 820-825. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000004658>

Rostam Badii Guillén

Estudiante de la carrera Médico Cirujano Partero de tercer año en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Instructor de Anatomía. Miembro del Grupo de Investigación Clínico Quirúrgico (GICQX), del Grupo de Investigación en Anatomía (GIA) enfocado en Cabeza y Cuello, y de la Federación Estudiantil de Universidades Promotoras de la Salud. Representante de la UANL en el XXXI Congreso Nacional de Anatomía.

Arturo Regalado Briz

Cirujano Plástico egresado del Hospital Universitario Dr José Eleuterio González. Visiting Fellow en Zeeba Clinic, Cleveland, OH. Ponente de conferencias de rinoplastia en 14 países fuera de México. Autor y coautor de artículos de rinoplastia en PRSJ, ASJ, EJPS, APS, Revista de Dermatología Medica y Quirúrgica. Actualmente en práctica privada en San Pedro Garza García, NL.

Amalia Guillén Gaytán

Profesora Investigadora de la Facultad de Derecho y Criminología (FACDYC) de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posdoctorado en Derecho por la Universidad de Burgos, España; PhD en Administración

por la Universidad Autónoma de Nuevo León, México; su especialidad se enfoca en Metodología de la Investigación, Análisis de Comunidades con énfasis en Derechos Humanos y Estadística. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) nivel I, Evaluador PRODEP. Evaluador de proyectos para organismos como SECIHTI, SEP y SILEX formación jurídica.