DOI: 10.48158/MEDICINAESTETICA.089.E

EDITORIAL

El paciente insatisfecho ante un buen resultado: uno de los dilemas de la medicina estética

The dissatisfied patient despite a good outcome: one of the dilemmas of aesthetic medicine

Alcolea López, Justo Miguel[1]; Flórez Lozano, José Antonio[2]

[1]Máster en Medicina Estética. Experto en gestión y revisión editorial. Coordinador Científico y Editor de la revista Medicina Estética (SEME). Director Médico de Clínica Alcolea, Hospitalet de Llobregat (Barcelona).
[2]Catedrático de Ciencias de la Conducta, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo.
Recepción: 12/08/2026. **Revisión:** 03/09/2026.
Aceptación: 14/09/2026. **Publicación:** 15/09/2026.

Un resultado técnicamente satisfactorio no garantiza necesariamente la satisfacción del paciente. Cuando ambas valoraciones no coinciden, el médico debe escuchar, reevaluar el resultado, recuperar los objetivos inicialmente acordados, respetar los tiempos de evolución y determinar si existe una alteración objetivable susceptible de mejora. También debe considerar el papel de las expectativas y los factores perceptivos, sin convertir la insatisfacción en un diagnóstico psicológico. La autonomía del paciente no implica tratamiento a demanda y cada nueva intervención requiere una indicación clínica propia. La insatisfacción es, por tanto, un motivo para reevaluar; no constituye, por sí sola, una indicación terapéutica.

A technically satisfactory outcome does not necessarily guarantee patient satisfaction. When the patient's assessment differs from that of the physician, the result should be carefully reassessed, the initially agreed goals revisited, adequate time for recovery allowed, and any objectively correctable alteration identified. Expectations and perceptual factors should also be considered, without turning dissatisfaction itself into a psychological diagnosis. Patient autonomy does not imply treatment on demand, and every additional procedure requires its own clinical indication. Patient dissatisfaction should therefore prompt reassessment; it does not, by itself, constitute an indication for further treatment.

Palabras clave: Satisfacción del paciente. Insatisfacción del paciente. Expectativas del paciente. Imagen corporal. Relación médico-paciente. Comunicación no verbal. Toma de decisiones. Ética médica. Ética.

Keywords: Patient satisfaction. Patient dissatisfaction. Patient expectations. Body image. Doctor-patient relationship. Nonverbal communication. Decision-making. Medical ethics. Ethics.

DOI: 10.48158/MEDICINAESTETICA.089.E

¿QUÉ DEBERÍA HACER EL MÉDICO CUANDO CONSIDERA SATISFACTORIO UN RESULTADO Y EL PACIENTE NO?

Pocas situaciones resultan tan desconcertantes en medicina estética. El procedimiento se ha realizado correctamente, no se han producido complicaciones, las fotografías muestran una mejoría objetiva y el resultado se encuentra dentro de aquello que razonablemente cabía esperar. El médico está satisfecho; el paciente, no. La primera reacción puede ser recuperar las fotografías iniciales, señalar las diferencias, explicar las proporciones conseguidas o recordar aquello que se había acordado antes del tratamiento. Todo ello puede ser necesario. Pero existe el riesgo de que la consulta se transforme, casi inadvertidamente, en un intento de demostrar al paciente que debería estar satisfecho. Y la satisfacción no puede demostrarse. La satisfacción del paciente constituye una dimensión relevante de la calidad percibida de la atención y, en medicina estética, está estrechamente relacionada con la comunicación y con el adecuado manejo de las expectativas [1].

La satisfacción aporta información sobre cómo el paciente ha experimentado la atención recibida y sobre aspectos del proceso asistencial que no siempre quedan reflejados por el resultado técnico. Una comunicación clara, la participación del paciente en la toma de decisiones y una actitud empática contribuyen a una mejor experiencia asistencial y pueden favorecer la satisfacción [1,2]. También la comunicación no verbal: la escucha atenta, la expresión facial, el tono de voz, la postura y otros indicios relacionales forman parte de la interacción clínica y puede influir en la percepción de empatía y satisfacción [3]. Por ello, ofrecer un trato humano, individualizado y comprensible no es únicamente un compromiso ético: facilita la obtención de información clínicamente útil, mejora la comprensión de las decisiones compartidas y ayuda a ajustar expectativas [4]. Tampoco debería aceptarse que, en el extremo contrario, cualquier insatisfacción constituya por sí misma una razón suficiente para volver a intervenir. Entre ambas posiciones se encuentra uno de los dilemas más interesantes, y probablemente más frecuentes, de nuestra práctica clínica.

Un mismo resultado, dos miradas distintas

La medicina estética posee una singularidad que comparte solo parcialmente con otras disciplinas médicas; el resultado puede ser técnicamente correcto y, al mismo tiempo, no ser experimentado como satisfactorio por quien lo recibe. El médico observa anatomía, proporciones, simetrías, volúmenes, textura, integración del tratamiento y evolución temporal. Compara fotografías y recuerda las posibilidades y limitaciones de la técnica empleada. El paciente contempla algo más difícil de medir. Observa su imagen. Y la imagen corporal no es simplemente anatomía reflejada en un espejo. Contiene experiencia, expectativas, emociones, comparación social y significado personal, todo lo que es inherente al ser humano. La literatura contemporánea ha confirmado hasta qué punto las expectativas y la comunicación previa médico-paciente condicionan la percepción posterior de los procedimientos estéticos realizados [1].

Los instrumentos de resultados comunicados por los pacientes, como FACE-Q, han contribuido precisamente a reconocer esta dimensión. Su importancia no consiste en sustituir el juicio clínico por una puntuación subjetiva, sino en recordar que la valoración del resultado incluye necesariamente aquello que experimenta quien ha sido tratado [5]. Por tanto, conviene comenzar reconociendo una realidad sencilla: **un buen resultado técnico y un paciente satisfecho son objetivos relacionados, pero no equivalentes**.

Esto no significa que existan dos verdades igualmente válidas sobre cualquier resultado. Significa que estamos evaluando dimensiones diferentes. El error comienza cuando una pretende anular a la otra.

La insatisfacción obliga a reevaluar

Cuando un paciente manifiesta insatisfacción, el médico debe escucharlo. No por mera cortesía, sino por obvias razones clínicas. La queja puede estar señalando una asimetría, una irregularidad, una corrección insuficiente, una complicación incipiente o una diferencia entre el objetivo acordado y el resultado obtenido que el profesional no había apreciado inicialmente. Pero también puede relacionarse con aspectos del proceso asistencial: información insuficiente o difícil de comprender, expectativas no suficientemente compartidas, percepción de escasa atención o deficiencias en el seguimiento. La comunicación clínica, incluida su dimensión no verbal, influye en la percepción de empatía y satisfacción y merece por ello ser explorada de forma específica cuando aparece una discrepancia entre el resultado valorado por el médico y la experiencia del paciente [2-4]. Tenemos una demanda creciente de información por parte de los pacientes debido a la escasez de comunicación no verbal y cuando las habilidades de comunicación no se utilizan adecuadamente, es más difícil sofocar los episodios o las crisis de ansiedad del paciente.

La primera respuesta, por tanto, no debería ser defensiva: "el resultado está bien". Tampoco intervencionista: "lo corregiremos". Debería ser exploratoria: "¿Qué es exactamente lo que ve diferente de lo que esperaba?". Esta sencilla pregunta permite transformar una manifestación genérica de insatisfacción en información clínicamente útil. Hay que volver entonces al punto de partida: cuál era el motivo de consulta, qué se acordó intentar conseguir, qué limitaciones fueron explicadas y si aquello que preocupa ahora al paciente coincide con aquello que motivó inicialmente el tratamiento. Conviene precisar si la insatisfacción se refiere realmente al resultado obtenido o a otros componentes de la experiencia asistencial, como información suministrada, comunicación y seguimiento médico y del personal de clínica adecuado o expectativas no suficientemente compartidas. Estos aspectos requieren un abordaje necesariamente diferente [1].

También debe determinarse si el resultado se encuentra suficientemente estabilizado. El edema, la inflamación, la adaptación tisular o la evolución propia de algunos tratamientos pueden hacer prematura cualquier valoración definitiva. Finalmente, deberíamos preguntarnos si existe algo objetivable que pueda razonablemente mejorarse y cuál sería la relación entre beneficio esperado y riesgo de una nueva intervención.

La secuencia puede resumirse en una afirmación que considero especialmente importante: **La insatisfacción es un motivo para reevaluar; no constituye, por sí sola, una indicación terapéutica.** La distinción no es semántica. Tiene consecuencias clínicas.

La insatisfacción no es un diagnóstico

Existe además otro riesgo: trasladar demasiado rápidamente el problema desde el resultado hacia el paciente. Ante una discrepancia persistente puede resultar tentador atribuirla a perfeccionismo, expectativas irreales o alteraciones de la imagen corporal. Sin duda, estos factores existen y merecen nuestra atención. El trastorno dismórfico corporal presenta una relevancia particular entre quienes solicitan procedimientos estéticos y existen actualmente vías de cribado y herramientas específicas que ayudan a identificar pacientes que pueden requerir una evaluación adicional [6,7].

Pero conviene evitar el razonamiento inverso. Que un paciente no esté satisfecho con un resultado que nosotros consideramos bueno no demuestra que presente un trastorno psicológico. Es preciso dejar claro que **la insatisfacción no es un diagnóstico**. Ni siquiera la discrepancia entre la valoración médica y la del paciente lo es.

Solo cuando aparecen determinados patrones, tales como preocupación intensa y persistente por defectos mínimos o inexistentes, comprobación reiterada, deterioro funcional, expectativas imposibles, múltiples tratamientos sucesivos sin satisfacción o desplazamiento constante de la preocupación hacia nuevas zonas debe considerarse la posibilidad de explorar con mayor profundidad esta dimensión [6,7].

La medicina humanizada exige escuchar la subjetividad del paciente, pero también protegerlo frente a una interpretación médica apresurada.

Cuando el retoque parece la solución más sencilla

El problema se vuelve especialmente delicado porque la medicina estética dispone de numerosos medios para "hacer algo". Una pequeña cantidad adicional de producto, una nueva sesión, una corrección localizada o un procedimiento complementario pueden parecer respuestas sencillas a una insatisfacción. Y, en ocasiones, estarán perfectamente indicadas. Pero existe una diferencia esencial entre corregir un resultado mejorable y tratar una insatisfacción.

Cada nueva intervención modifica nuevamente la anatomía, añade riesgos y puede alterar equilibrios previamente conseguidos. Por pequeña que sea, debería considerarse una nueva decisión médica. Antes de realizar un retoque conviene poder responder con claridad a estos interrogantes: ¿qué queremos corregir?, ¿es objetivable?, ¿está suficientemente estabilizado el resultado para actuar de nuevo?, ¿la modificación propuesta puede producir una mejoría clínicamente apreciable?, ¿el beneficio esperado compensa el nuevo riesgo?, ¿coinciden paciente y médico en aquello que se pretende conseguir?, ¿se conseguirá que médico y paciente den el tratamiento por finalizado? Si no podemos responder adecuadamente, la indicación es dudosa.

En medicina estética existe una inclinación comprensible hacia la acción. Sin embargo, **esperar también puede ser una decisión médica**, y no intervenir puede representar en determinadas circunstancias la conducta más responsable por parte del profesional.

DOI: 10.48158/MEDICINAESTETICA.089.E

El riesgo de perseguir la satisfacción

Hay pacientes en los que una primera corrección conduce a otra. Tratada una pequeña asimetría, adquiere importancia otra anteriormente inadvertida. Corregida esta, aparece un nuevo detalle. El punto de referencia inicial se pierde progresivamente y la atención se concentra cada vez más en diferencias menores. No siempre existe patología psicológica detrás de este proceso. Puede intervenir, entre otros mecanismos, la adaptación perceptiva. La literatura sobre la evolución temporal de la satisfacción tras cirugía estética ha descrito patrones compatibles con adaptación hedónica, en los que la mejoría inicialmente percibida tiende a integrarse progresivamente en el autoconcepto [8]. En la práctica, este cambio del punto de referencia puede hacer que la atención se desplace hacia otros detalles.

El profesional puede contribuir involuntariamente a esta dinámica. Deseamos que nuestros pacientes estén satisfechos. Además, la relación asistencial en medicina estética posee inevitablemente una dimensión económica y reputacional. Una queja, una valoración negativa en redes sociales o la posibilidad de que el paciente busque a otro profesional pueden influir, aun de forma inconsciente, sobre nuestras decisiones.

Pero la satisfacción del paciente, aun siendo muy importante, **no puede convertirse en el único criterio de calidad ni en el fundamento de la indicación**. Intentar satisfacer mediante intervenciones sucesivas a alguien cuya insatisfacción no tiene una causa corregible puede producir exactamente el efecto contrario. La medicina deja entonces de responder a una indicación para comenzar a perseguir una percepción.

Autonomía no significa tratamiento a demanda

El respeto a la autonomía del paciente constituye uno de los grandes avances de la medicina contemporánea. Pero autonomía no significa que toda intervención solicitada deba realizarse. La decisión compartida requiere dos participantes con responsabilidades diferentes.

El paciente expresa sus objetivos, preferencias y límites. El médico determina qué alternativas considera clínicamente razonables y cuáles no. El consentimiento informado autoriza una intervención previamente indicada; no crea la indicación [9]. Esta distinción resulta particularmente importante en medicina estética, donde el paciente generalmente está sano y cualquier daño añadido debe justificarse frente a un beneficio que no suele ser terapéuticamente imprescindible.

Trabajos muy recientes han recuperado esta dimensión ética de forma explícita. Friedman y Paniri han propuesto un marco para declinar procedimientos estéticos cuando el beneficio resulta dudoso o el riesgo desproporcionado, señalando que una negativa correctamente fundamentada constituye una expresión de profesionalidad y no un fracaso asistencial [10]. En dermatología estética se ha insistido igualmente en la necesidad de reconocer situaciones en las que no realizar el tratamiento constituye la conducta más segura y éticamente adecuada [11].

Esto conduce a una afirmación que quizá deberíamos incorporar con mayor naturalidad a nuestra práctica: **el médico de medicina estética debe saber decir no**.

Decir no sin rechazar al paciente

Probablemente sea esta una de las habilidades clínicas más difíciles. Decirle al paciente: “no considero adecuado volver a tratar” puede interpretarse como falta de interés, incomprensión o incluso abandono, especialmente cuando el paciente continúa viendo un problema. Por ello, establecer un límite exige primero demostrar que la preocupación ha sido escuchada.

No es lo mismo responder: “no tiene nada”, que decir: “comprendo qué es lo que le preocupa. Lo hemos valorado clínica y fotográficamente y considero que una nueva intervención no aportaría una mejoría proporcionada; en cambio, sí podría alterar un resultado que actualmente es seguro”. La primera frase niega la experiencia. La segunda mantiene el criterio médico.

También puede ofrecerse seguimiento, una nueva valoración después de un periodo razonable o incluso una segunda opinión cuando resulte apropiado. No intervenir no significa abandonar. En algunos casos, cuando existan señales consistentes de alteración de la percepción corporal o riesgo psicológico, puede ser necesario recomendar una valoración específica antes de considerar nuevas intervenciones [6,11]. La evidencia reciente apoya cada vez más la incorporación de herramientas de cribado psicológico en la evaluación estética, particularmente cuando existen expectativas irreales o antecedentes de insatisfacción repetida [11,12].

Figura 1. La insatisfacción del paciente es un punto de partida para la reevaluación, pero no constituye una indicación automática de tratamiento.

Pero incluso esta recomendación debe realizarse con sensibilidad. No se deriva al paciente porque "el problema está en su cabeza". Se reconoce que la percepción de la propia apariencia forma parte de una realidad compleja que puede necesitar una valoración distinta de la estrictamente anatómica.

UNA CUESTIÓN DE PRUDENCIA

Aristóteles denominó phrónesis (Φρόνησις) a la prudencia práctica: la capacidad de deliberar correctamente sobre lo que conviene hacer en una situación concreta [13]. Pocas virtudes describen mejor una parte esencial del ejercicio de la medicina estética.

Disponemos de tecnologías cada vez más precisas, materiales más versátiles y procedimientos capaces de modificar detalles cada vez menores. Pero el aumento de nuestra capacidad técnica amplía también nuestra responsabilidad. Poder intervenir no responde a la pregunta de si debemos hacerlo. Marañón insistió en que la dimensión moral de la medicina no podía separarse de la competencia científica [14]. Y Laín Entralgo situó la relación médico-enfermo en un terreno que excedía ampliamente la simple aplicación de una técnica [15]. Ambas ideas conservan plena actualidad.

El paciente insatisfecho ante un resultado que consideramos bueno nos obliga precisamente a abandonar durante un momento la comodidad de la técnica (Figura 1). Tenemos que escuchar, revisar, comparar, explicar, esperar cuando sea necesario, corregir cuando exista una verdadera indicación y establecer un límite cuando intervenir nuevamente no sea razonable (Tabla I).

CONCLUSIONES

El paciente que no está satisfecho merece ser escuchado, aunque nosotros estemos satisfechos con nuestro trabajo. Pero escuchar no significa necesariamente volver a tratar.

La buena práctica exige identificar si existe una diferencia susceptible de corrección, comprender qué esperaba el paciente, recuperar los objetivos inicialmente acordados, respetar los tiempos biológicos y valorar nuevamente beneficios y riesgos. Solo entonces puede establecerse una nueva indicación.

De lo contrario, corremos el riesgo de transformar la medicina estética en una respuesta técnica sucesiva a cualquier insatisfacción subjetiva. El buen médico debe intentar obtener buenos resultados y pacientes razonablemente satisfechos. Pero cuando ambas cosas no coinciden, su responsabilidad no consiste en perseguir indefinidamente la satisfacción mediante nuevos procedimientos. Consiste en conservar el juicio clínico.

DOI: 10.48158/MEDICINAESTETICA.089.E

SITUACIÓN TRAS LA REEVALUACIÓN	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA
Existe una complicación o evento adverso	Problema clínico prioritario	Diagnosticar, tratar, documentar y realizar seguimiento según su naturaleza y gravedad
Existe una alteración objetiva susceptible de mejora	Resultado mejorable	Valorar corrección cuando el resultado esté estabilizado
No existe complicación, pero el objetivo razonablemente acordado no se ha alcanzado	Discordancia resultado–objetivo	Reevaluar posibilidades, límites, beneficio y riesgo de una nueva intervención
Resultado adecuado todavía no estabilizado	Valoración prematura	Explicar la evolución y establecer seguimiento
Resultado adecuado y expectativa desplazada o no alcanzable	Discordancia principalmente entre expectativa y posibilidad terapéutica	Comunicación, redefinición de objetivos y evitar correcciones automáticas
Preocupación intensa, persistente o cambiante pese a resultados satisfactorios	Posible factor perceptivo o psicológico relevante	Suspender nuevas intervenciones, valorar cribado y eventual derivación
Nueva intervención con beneficio escaso o riesgo desproporcionado	Ausencia de indicación	No intervenir y explicar el fundamento clínico

Tabla I. Del paciente insatisfecho a la decisión clínica razonada.

La insatisfacción obliga siempre a escuchar con atención al paciente, reevaluar el procedimiento efectuado y gestionar adecuadamente la respuesta. En ningún caso debe supone tratar automáticamente.

Cuando disponemos de una técnica que podríamos realizar y decidimos si realmente debemos hacerlo, tal vez sea precisamente ahí donde la medicina estética demuestra con mayor claridad que continúa siendo, ante todo, medicina.

DECLARACIÓN

Se utilizó inteligencia artificial generativa (ChatGPT, OpenAI) como herramienta de apoyo en el diseño y elaboración gráfica de la Figura 1. El contenido conceptual, su interpretación y la revisión final fueron realizados y aprobados por los autores.

BIBLIOGRAFÍA

(1). Friedman O. Expectation management and patient-surgeon communication in aesthetic surgery: a narrative review of current challenges and communication strategies. Patient Educ Couns. 2026;146:109511. https://doi.org/10.1016/j.pec.2026.109511

(2). Keshtkar L, Madigan CD, Ward A, Ahmed S, Tanna V, Rahman I, et al. The Effect of Practitioner Empathy on Patient Satisfaction: A Systematic Review of Randomized Trials. Ann Intern Med. 2024;177(2):196-209. https://doi.org/10.7326/M23-2168

(3). Campos CFC, Olivo CR, Martins MA, Tempski PZ. Physicians' attention to patients' communication cues can improve patient satisfaction with care and perception of physicians' empathy. Clinics (Sao Paulo). 2024;79:100377. https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2024.100377

(4). Flórez Lozano JA. Humanizar la asistencia sanitaria. Un compromiso ético y estético. Medicina Estética. 2024;79(2):12-15. https://doi.org/10.48158/MedicinaEstetica.079.E3

(5). Klassen AF, Pusic AL, Kaur M, Rae C, et al. Extending the Range of Measurement for Minimally Invasive Treatments by Adding New Concepts to FACE-Q Aesthetics Scales. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2024;12(4):e5736. https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000005736

(6). Pikoos TD, Buchanan B, Hegarty D, Rossell SL. The Cosmetic Readiness Questionnaire (CRQ): Validation of a Preoperative Psychological Screening Tool for Aesthetic Procedures. Aesthet Surg J. 2025;45(2):208-214. https://doi.org/10.1093/asj/sjae207

(7). Mandavia R, D'Souza H, Rupasinghe T, Cariati M, Mandavia T. An Evidence-based Pathway for Body Dysmorphic Disorder in Facial Aesthetics. Facial Plast Surg. 2024;40(5):581-590. https://doi.org/10.1055/a-2244-1066

(8). Friedman O, Tal D. Temporal satisfaction patterns in body image after aesthetic surgery: a systematic review and meta-analysis. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2025;109:195-204. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2025.07.044
(9). Ordiz García I. La historia clínica y el consentimiento informado: la caja negra de nuestra praxis. Medicina Estética. 2026;87(2):35-41. https://doi.org/10.48158/MedicinaEstetica.087.03
(10). Friedman O, Paniri Y. Saying No in Aesthetic Surgery: Ethical Framework for Declining High-Stakes Requests. Aesthetic Plast Surg. 2026;50(7):2855-2862. https://doi.org/10.1007/s00266-026-05682-w
(11). Türsen B, Yiğit İK, Türsen Ü, de Oliveira GV, Kroumpouzos G. Persona non grata: Identifying patients unsuitable for aesthetic dermatologic procedures. Clin Dermatol. 2026;44(4):678-684. https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2026.04.013
(12). Robles Lorenzo ME, Buenaventura Perera M. El espejo miente. Comprender y tratar el trastorno dismórfico corporal. Medicina Estética. 2021;69(4):17-21. https://doi.org/10.48158/MedicinaEstetica.069.02
(13). Aristóteles. Ética a Nicómaco. Pallí Bonet J, traductor. 4.ª ed. Madrid: Gredos; 2014.
(14). Marañón G. Vocación y ética. Madrid: Espasa-Calpe; 1935.
(15). Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo: historia y teoría. Madrid: Revista de Occidente; 1964.

Licencia

Este artículo está sujeto a una licencia internacional **CC BY-ND 4.0** (*Creative Commons Attribution-NoDerivatives 4.0 International*), que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre que se otorgue el reconocimiento adecuado al autor. No permite la generación de derivados ni adaptaciones de la obra. Para consultar una copia de esta licencia, visite: **https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/**