



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y
ESTUDIOS SUPERIORES EN
ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**ROSTRO NEGADO- ROSTRO ANHELADO:
EL PROCESO DE TRASFORMACIÓN
ESTÉTICA DEL ROSTRO EN TUXTLA
GUTIÉRREZ A TRAVÉS DE LAS
PERCEPCIONES Y REPRESENTACIONES
DE MÉDICOS Y PACIENTES**

T E S I S

PARA OPTAR AL GRADO DE

MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA

P R E S E N T A

ELLS NATALIA GALEANO GASCA

DIRECTOR DE TESIS: DR. SERGIO LERÍN PIÑON

MEXICO, D. F. JUNIO DE 2011

LECTORAS

DRA. AÍDA GÁLVEZ ABADÍA

DRA. ZANDRA PEDRAZA GÓMEZ

DRA. ZUANILDA MENDOZA GONZÁLEZ

Agradecimientos

Esta tesis se realizó con el concurso de muchas voluntades a las que quisiera agradecer: A los interlocutores, que me permitieron acceder a las experiencias relativas a su apariencia y/o trabajo; a CIFAM, por abrirme las puertas amablemente y permitirme intercambiar conocimientos; al asesor, Sergio Lerín Piñón por su involucramiento esmerado durante todo el proceso investigativo, los aportes y las sugerencias; a Aída Gálvez Abadía, por las pertinentes observaciones y por estar al tanto, con compromiso y dedicación, durante gran parte de mi proceso formativo como profesional; a la doctora Zandra Pedraza Gómez, por haber aceptado amablemente la invitación de participar como lectora y por ofrecerme su visión de mi trabajo desde su gran trayectoria, que admiro y por la cual me motivé, en un inicio, a interesarme por este tema; a la profesora Zuanilda Mendoza González, por su interés en mi trabajo y sus juiciosos comentarios; a Tania Cruz, por su atinada reflexión sobre mi proyecto de investigación; a profesores y personal administrativo del CIESAS. Finalmente, quiero agradecer a los luchadores y luchadoras de la historia de México que han propiciado que la educación sea un derecho para muchas personas y por tanto existan instituciones como el CONACYT que nos apoyan con las becas de postgrado.

ÍNDICE

Introducción.....	6
CAPITULO I METODOLOGIA	15
1.1 Definiendo la pregunta	15
1.2 Escenarios, apariencia y modales de las médicas estéticas y cirujanos plásticos.....	19
Definiendo la unidad de análisis.....	19
1.2.1 Primeros encuentros en el Distrito Federal	19
1.2.2 Primeros encuentros en Tuxtla Gutiérrez.....	22
1.2.3 El campo en Tuxtla Gutiérrez	39
1.3 Herramientas conceptuales.....	47
1.4 La construcción del texto.....	47
CAPITULO II SOBRE EL MARCO TEÓRICO	49
2.1 Sobre los debates en relación a la cirugía plástica estética	49
2.2 Hegemonía en Gramsci.....	59
2.3 Representaciones y percepciones	65
2.4 Belleza física.....	69
CAPITULO III La versión hegemónica o el carácter ideológico de la belleza ...	72
3.1 Aproximación a la belleza desde los cirujanos	72
3.2 Aproximación a la belleza desde el paciente	90
3.2.1 Estilo de vida: no siempre los ricos son bonitos	91
3.2.2 ¡No es que yo sea racista...!.....	95
3.2.3 De lo femenino y lo masculino	102
3.3.4 Universalidad – Subjetividad de la belleza	107
3.3.5 La hegemonía incorporada	109
CAPITULO IV ANTES	111
4.1 Es que me golpeé mi nariz.....	112
4.2 Yo no tenía una insatisfacción.....	124
4.3 Lo que no me gustaba era mi nariz.....	139
4.4 Lo que no me gustaba era ser niño.....	147
CAPITULO V EL PASE	156
5.1 El papel del médico durante el pase y la eficacia simbólica	157
5.1.1 La reproducción de una ideología hegemónica.....	159
5.1.2 La doctrina de la neutralidad científica	164
5.2 El pase desde el paciente	167
5.2.1 El riesgo	168
5.2.2 Sala de espera.....	171
5.2.3 Consulta	172
5.2.4 Internamiento	173
5.2.5 El quirófano	174
5.2.6 El postoperatorio.....	176
5.2.6.1 Rostro de monstruo, el postoperatorio de la cirugía del rostro ...	177
CAPITULO VI DESPUÉS.....	185
6.1 Yo cambié completamente	188
6.2 Lo que cambió fue mi seguridad	195
6.3 Lo que cambió fue mi apariencia	196
6.4 Hubiera podido quedar mejor	201
6.5 Cambié para peor	204

6.6 Sobre la eficacia simbólica	206
CAPÍTULO VII LA TRANSFORMACIÓN ESTÉTICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS CIRUJANOS	210
7.1 La dinámica de la cirugía plástica en Tuxtla Gutiérrez desde el cirujano	210
7.2 Autopercepción de los cirujanos y las buenas prácticas médicas	213
7.3 Sociología del paciente, el paciente a la carta	223
7.4 El paciente no apto	224
7.4.1 Etiquetamiento y estigmatización.....	224
7.5 El paciente ideal o la relación terapéutica de tipo jerárquico.....	235
CAPÍTULO VIII CONCLUSIONES	238
8.1 La eficacia simbólica	239
8.2 El riesgo es no entenderse.....	242
8.3 ¿Una nueva existencia?	245
8.4 Motivaciones de los pacientes.....	248
8.5 Racismo intersticial.....	251
8.6 El deseo enjaulado	254
Bibliografía.....	257

Introducción

La manera de llegar a esta investigación, podría decirse, se trata de una motivación a partir de un contexto vital, donde la experiencia de la propia apariencia física y las narrativas diversas en torno a ésta resultaron decisivas. Nací en 1982 en la ciudad de Medellín- Colombia. Hija de un deportista profesional, siempre estuve inscrita en cuanta actividad física hubiera y yo lo disfrutaba bastante. La experiencia del cansancio, el dolor, el ácido láctico en el cuerpo, eran elementos de identificación con un grupo pequeño de deportistas con los que compartía, pero también elementos de placer físico y satisfacción. No creo que otra experiencia me hubiera podido enseñar de manera tan lúdica los frutos de la disciplina. Íbamos a que nos gritara un entrenador, a que nos pidiera que lo hiciéramos más rápido, mejor estilo, más horas, menos descanso, más agua, mejor técnica, y a pesar de todo, lo disfrutábamos. No estoy segura si era por la relación social que se generaba con los compañeros y el entrenador o el propio proceso fisiológico. Pero también estos escenarios deportivos son lugares privilegiados para exaltar los atributos de la apariencia física. Más aún cuando se es adolescente. Sin embargo, lo interesante para mí es que no solo fue cambiando mi preocupación por mi aspecto físico entrando a la adolescencia, también me di cuenta que, en un lapso muy corto de tiempo que podría ubicar entre 1994 y 2000, las narrativas sobre la apariencia física cambiaron de manera rotunda entre los jóvenes de mi ciudad natal. Las modas que identificaban a “los niños bien” estuvieron asociados a un estilo roquero que iba desde el *skate* hasta el *grunch*. Los primeros usaban pantalones y camisetas anchas, solo de ciertas marcas. De igual modo, los tenis eran solo de aquellos especiales para montar una patineta y varios de los chicos practicaban este deporte extremo, además escuchaban ska y punk. Los segundos usaban jeans rotos, camisetas anchas, sacos de abuelita, no se bañaban el cabello y usualmente lo llevaban largo los hombres y las mujeres corto, teñido de colores inusuales como azul, rojo o verde. La música que escuchaban se le llamó rock alternativo. Por supuesto, había muchos otros grupos con estilos, gustos, modas distintivas y dentro de cada uno de ellos gran diversidad. Pero eran más o menos estos grupos los preponderantes y

tenían en común un cierto desagrado ambiguo con la sociedad actual. Para algunos pocos de mis conocidos de la época, estas identificaciones fueron el germen para un posicionamiento crítico intelectual el resto de sus vidas. Mientras que la mayoría que perteneció a estos grupos optó por unirse a la moda siguiente; quienes solían ser menos críticos con la sociedad y adular el consumismo, de hecho desde antes lo hacían. Las chicas comenzaron a ponerse implantes de senos, ir al gimnasio, teñirse de rubio, maquillarse, ponerse extensiones de cabello, vestir elegantes, los tenis rotos se cambiaron por tacones y las blusas anchas a pequeñas camisetas ajustadas y escotadas. El tamaño del closet dejó de ser suficiente para la cantidad de atuendos. Escuchaban todo tipo de música, nada de estilos estrictos, pero principalmente se escuchaba música trance, que era la que dominaba en las discotecas más prestigiosas de la ciudad. Las niñas enflaquecieron de repente y de llevar papas fritas en paquete al colegio comenzaron a llevar zanahoria en julianas. Esta generación se parecía mucho más a las madres. De los chicos se podía decir lo mismo, bastante más preocupados por la apariencia física, comenzaron a ir al gimnasio, camisas planchadas y pantalones nuevos y limpios; se parecían mucho más a los padres. ¿Maduramos? Esa era mi pregunta, pero en realidad los más pequeños, para quienes se supone iba a corresponder la rebeldía, no fue así, se sumaron a la moda de los más grandes. Las niñas de quince años pedían un implante de senos de regalo, en cambio de la tradicional fiesta, las de doce mostraban con orgullo su incipiente figura femenina con ropas ajustadas. ¿Qué era? Una moda, la moda de ser bello o bella. Esa moda aún no ha pasado y por lo visto en este estudio, también se vive en distintos países, aunque bien con diferentes matices, contenidos e intensidades, pero algunos elementos más o menos desterritorializados. Por supuesto que también existen diversas apropiaciones de este modelo de belleza entre hombres y mujeres de distintas clases sociales, pertenencias étnicas, procedencias familiares o gustos individuales, pero lo que experimentamos es una normalización diferenciada de acuerdo con estas y más variables sobre un modelo de belleza en particular.

A mi me llegó la noticia por una amiga del club deportivo: “¡se va a poner de moda nuestro cuerpo atlético para el año 2000, lo leí en una revista!” Era el año

98 y estaba en lo cierto. No fue tan exacto, pero llegó ese día. ¿Qué clase de bola mágica tenía la revista para adivinar los designios de la cultura? Lo único que hacía la revista era analizar el aspecto físico de Madonna y con eso señalaba el destino para las demás mortales. Nosotras entretanto intentábamos caber aún más en dicho modelo. Nos medíamos con la cinta métrica y calculábamos el número de abdominales que teníamos que hacer para tener las medidas perfectas, que solo fallaban por un o medio centímetro, pero que era todo un tormento. Recuerdo haber estado tan obsesionada con la figura que a pesar de que encarnaba dichos ideales, nunca estaba satisfecha. Nos encontrábamos en situación de competencia. Por suerte para mí, lo único que hacía falta era hacer más deporte, lo cual era de todas formas el plan de mi entrenamiento, pero para otras no fue tan cotidiano; resultaron haciendo esfuerzos que rayaban con el riesgo. Era lo que todos hacían, y más aún, yo me podría ubicar entre las menos entusiastas con dicha moda. Tuve compañeras de generación que dejaron de ser simplemente reconocibles, no solo por la maduración propia de los años, sino porque pasaron en varias ocasiones por el quirófano, o hicieron dietas estrictas consiguiendo una imagen totalmente irreconocible de acuerdo con la que tenían. Alienadas, pero no éramos estúpidas culturales. Sabíamos lo que hacíamos, las consecuencias prácticas de encarnar dicho modelo, pero no de donde venía. Más aún, algunas sospechábamos de las prácticas riesgosas para la salud, pero el conocimiento que circulaba entre nosotras no nos permitía cuestionar con contundencia el modelo de belleza, a pesar de nuestras moderadas intuiciones negativas sobre este. Solo queríamos pertenecer, ser aceptadas, llamar la atención de un chico, tener cierto poder e influencia en nuestro círculo, nos guiábamos por nuestro sentido común. La mayoría de los chicos y chicas de mi generación tomamos decisiones acertadas con nuestras vidas que nos llevaron a romper con ciertas condiciones estructurales, hubo quién declaró su homosexualidad en el seno de una familia conservadora, las que lograron ser independientes económica y emocionalmente, a pesar de que sus madres no lo fueron, competentes y ubicadas en distintas áreas laborales en una sociedad bastante desigual y con oportunidades para los jóvenes muy reducidas; pero dichas decisiones y sobre todo para muchas de las chicas, no fueron igual de liberadoras en cuanto a la apariencia física se refiere. Dejé el deporte por trabajar para pagar mis estudios

universitarios, entonces ya la figura “me valió madres”, había bajado de estrato social y eso significaba una atención a la supervivencia y no a lo demás. No hubiera llegado el cuestionamiento a tal modelo sino hubiera estudiado antropología. Ahí comenzó la ruptura con mis prenociones en relación a la apariencia física, cuando fui acercándome a la literatura al respecto, cambiando mi marco de referencia.

Mi interés se aumentó con la necesidad de pensar mi posición como mujer en relación al rubro de la belleza. Entendiendo este dilema como un posicionamiento personal en relación a los poderes, si se quiere, naturalizados que tienen que se ejercen principalmente hacia la mujer y en una menor medida con el hombre. Este tema surgió mientras cursaba los últimos semestres del pregrado de antropología, en los cuales había adquirido algunas herramientas a través de las cuales podía desnaturalizar ese poder, considerando críticamente las dinámicas de consumo y los elementos raciales subyacentes que se presentan con una notoriedad especial en la ciudad de donde procedo. De esta manera, versé mi investigación de pregrado sobre los “ideales de belleza” y con esta me titulé como antropóloga. Al preguntar por los estereotipos de mujer bonita encontré en casi todas las respuestas un elemento distintivo, la referencia a la juventud, delgadez, y los rasgos faciales caucásicos. Algunos interlocutores usaron frases para designar lo feo como “teta de indígena”, “cabello de negra” (Galeano, 2007). Esto me pareció sumamente interesante como posible tema de indagación más profunda.

En esta medida y teniendo en cuenta que es un tema novedoso en la antropología latinoamericana, consideré reflexionar sobre estos aspectos relativos a la apariencia física, que vinculan lo biológico (sexo, rasgos físicos) con lo cultural (belleza/fealdad, raza y género). La transformación estética del rostro entonces me permite vincular estos elementos con el saber médico como legitimador de normas sociales y como relevante a la hora de naturalizar estos prejuicios sobre la apariencia física.

El trabajo versa sobre el proceso de transformación estética, dando cuenta de la experiencia del paciente a través de las representaciones y percepciones

sociales en relación a la apariencia física, así como las representaciones y percepciones de los médicos implicadas en la transformación estética y los estereotipos de belleza que son abordados por su disciplina. De este modo, tanto la perspectiva del paciente como la del médico están contenidas dentro de esta pesquisa. Esta propuesta se retoma a partir de la crítica que se ha realizado a los estudios que mantienen una cierta tendencia a privilegiar la versión de un solo actor significativo dentro de los procesos de salud/enfermedad y atención. De tal manera que no se describen ni analizan voces de los diferentes actores significativos con los cuales éstos entran en relación, poniendo en segundo plano las dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas que están presentes en dichas relaciones (Menéndez, 2009).

Tomar en cuenta la mayor cantidad de actores significativos en el proceso de transformación estética implica, no solo tener un panorama más amplio de dicha transformación, sino también confrontar las versiones de los actores significativos, en este caso el paciente y el cirujano. De modo que se contextualiza la transformación estética de acuerdo con las representaciones y percepciones de ambos y se evita sesgar la información de acuerdo con los intereses de un solo actor en la definición de una situación.

Menéndez (2009) señala una segunda tendencia de las ciencias sociales y en especial en el campo de la antropología médica en América Latina, desde la que se tiende a reportar la desaparición de rituales, dejando de poner énfasis en aquellos que surgen. Estos autores piensan la vida como secular, material, cuyos sujetos piensan a través de la racionalidad de medios y fines y en la cual no operarían los términos simbólicos y rituales. Sin embargo, considera que muchos de los rituales que surgen hoy, lo hacen en el contexto de procesos de salud, enfermedad y atención, asociados a la biomedicina y a la tecnología médica que se ocupa de los ritos como los de embellecimiento corporal.

A partir de la información recogida, termino por considerar que a pesar que los rasgos buscados y logrados como tal eran importantes, no eran siempre decisivos para la satisfacción del paciente, y de este modo se logró visualizar la

importancia del ejercicio de la autoridad y poder del médico. En este sentido el trabajo presenta dos momentos, uno en el que se exploran los ideales de belleza hegemónicos que es en los que se sustenta la práctica de transformación estética y otro donde se explora el proceso de transformación estética como tal ilustrado en el caso del rostro, poniendo atención, tanto sobre la perspectiva del paciente como la del cirujano. Es de resaltar que los casos que se exploraron siempre hacen referencia a la transformación de la nariz, aunque no siempre se haya tratado de rinoplastia como tal. Se consideraron procesos de transformación estética de la nariz a través de rellenos de grasas animales o bien reducción de alas nasales, que técnicamente no son equivalentes a una rinoplastia, pero que se guían por los mismos criterios de belleza. En este sentido prefiero referirme a la transformación estética que abarca tanto la cirugía estética de la nariz como los otros procedimientos estéticos invasivos de transformación de la nariz. De todas formas, es importante resaltar que la mayoría de los pacientes requirieron cirugía en quirófano.

Todos los pacientes se realizaron o estaban en camino de realizarse un procedimiento estético en la nariz, a pesar de que algunos decidieron hacerse otros procedimientos al mismo tiempo. Para el caso de la lipoescultura facial, que es un procedimiento en el que se saca grasa del abdomen para luego modelar el rostro, se consideró porque también se modifica la nariz con esta grasa o en algunos casos se realizó al mismo tiempo que la rinoplastia. La rinoplastia implica la modificación de estructuras óseas, pero las demás modificaciones no.

En la medida que se presentan entre los pacientes, diferencias de género y procedimiento, he preferido presentar la información referente a éstos, de manera individualizada, señalando su seudónimo en cada caso, pero a su vez los he agrupado en distintas tipologías de acuerdo al tipo de narrativa que se exploró. En este sentido, encuentro que las tipologías corresponden a la manera en la que los interlocutores intentaron manejar la información que me presentaron en el momento de la entrevista, en un intento de definir la situación en relación a la imagen que presentaron.

El trabajo se encuentra dividido en ocho capítulos. El primer capítulo presento la metodología de la investigación, partiendo sobre cómo llegué a la pregunta de esta, la delimitación de la unidad de análisis y cómo se sortearon las ventajas y dificultades que se presentaron en campo, que a su vez, fueron definiendo el rumbo de la investigación. Por último planteo los conceptos metodológicos claves que guían la pesquisa: la narrativa, la experiencia y un apartado donde se expone cómo se concibe la construcción del texto.

El segundo capítulo abordo el marco teórico del que parto para el desarrollo de la investigación. En principio presento los estudios precedentes relativos al tema de esta investigación para dar luego paso a mis posicionamientos propios. Mis puntos de partida tienen que ver con el enfoque hegemonía-subalternidad de Gramsci entendiendo esta teoría sobre el poder como privilegiada para concebir la manera en la cual opera el carácter ideológico de la belleza. También defino conceptos importantes que guiarán la pesquisa como representaciones, percepciones, belleza, raza y género.

En el capítulo tercero se trata de argumentar, a partir de los datos de las entrevistas y la revisión de la literatura médica, la versión hegemónica o el carácter ideológico de la belleza, tanto desde la representación de los pacientes, como de los cirujanos. De este modo, pretendo explorar los propios marcos de referencia de los interlocutores.

En el cuarto capítulo doy cuenta del *Antes*, que hace referencia a un grupo de representaciones y percepciones en relación al aspecto físico que se quiere modificar o que se ha modificado por parte de los pacientes en el momento previo de la transformación estética. Es decir, se trata de explorar las motivaciones del paciente desde la perspectiva *emic*. De esta manera agrupé las respuestas de acuerdo con lo que tenían en común y resultaron de ello cuatro rubros: 1) Es que me golpeé mi nariz. 2) Yo no tenía una insatisfacción. 3) Lo que no me gustaba era mi nariz. 4) Lo que no me gustaba era ser niño.

En el quinto capítulo abordo el *Pase*, que hace referencia al momento en el cual se agencia la eficacia simbólica en relación a la transformación estética.

Entendiendo el rasgo a modificar como el elemento que significa la insatisfacción que tiene el individuo en su relación con el mundo y la eficacia simbólica la entendemos en el sentido que, al modificarse tal rasgo, los demás elementos negativos identificados con él desaparecen. Recuperamos la noción de rito, que se entiende como el momento en el que se agencia la eficacia simbólica junto con un relato de sentido que es equivalente a un mito y que llamamos el ideal hegemónico de belleza. Encontramos varias etapas de este rito que hacen referencia a los distintos espacios y los tiempos en los que se desarrolla: la sala de espera, la consulta, el internamiento, el quirófano y el postoperatorio.

En el sexto capítulo exploro la manera en la que ha operado la eficacia simbólica *Después del pase*. De igual manera revisamos las respuestas de los pacientes y de acuerdo con las ventajas y desventajas que ha traído la transformación encontramos ciertas regularidades que condensamos en unas tipologías: 1) Yo cambié completamente 2) Lo que cambió fue mi seguridad 3) Lo que cambió fue mi apariencia 4) Hubiera podido quedar mejor 5) Cambié para peor.

En el séptimo capítulo me dedico a analizar la institución de la medicina plástica estética a través de varios cirujanos. En un comienzo doy cabida a la percepción de los cirujanos de su ámbito laboral en el contexto de Tuxtla Gutiérrez. En un apartado posterior me propongo dar cuenta de la autopercepción de los cirujanos y las buenas prácticas médicas, donde surgen términos que ellos recurrentemente utilizan para dar cuenta de las buenas y sobre todo de las malas prácticas médicas como *charlatan*, *médico mediocre* y *médicos de otras especialidades*. En la segunda parte de este capítulo quiero dar cuenta del etiquetaje y la estigmatización a partir de la consideración de la sociología espontánea del cirujano, donde éste plantea cuál es el paciente apto y no apto. De esta manera, encontramos etiquetas que daban cuenta de tipos de pacientes: aquellos con expectativas sobredimensionadas, con expectativas irreales, difíciles de operar, en búsqueda de la perfección. Y consideramos cómo se dan ciertos ajustes del poder curativo del médico a partir del concepto de *mejoría*. En relación al paciente ideal consideramos la relación tipo

jerárquica entre médico y paciente y la consideración de que este último debería de ser obediente de acuerdo con el cirujano para potenciar la eficacia simbólica.

En el último capítulo retomamos los debates que han sido señalados a lo largo de la exposición para dar paso a las conclusiones, en un intento de destacar los aportes de dicho trabajo.

Adicionalmente debo de aclarar que los nombres de los interlocutores han sido cambiados para proteger su identidad, pero además han sido intercambiados algunos de los testimonios que consideré más comprometedores, de modo que no corresponden con el seudónimo del interlocutor que los ha dicho.

CAPITULO I METODOLOGIA

1.1 Definiendo la pregunta

El interés de realizar esta investigación surgió a partir de una reflexión sobre las características físicas de aquellas personas consideradas “bellas” y cómo estas tenían una enorme relación con una construcción cultural sobre lo que se ha entendido como “blancura”. Si bien no en todas las latitudes ni en todas las situaciones este ideal de belleza se da de la misma manera, existe una regularidad en la manera que se presenta la apariencia física en los medios masivos de comunicación: el cine, la televisión, las revistas, las vallas publicitarias, los volantes, entre otros. De modo que se encuentra una saturación de la manera de concebir la belleza. Sin embargo, una de las premisas de la apreciación de la belleza más difundidas entre expertos y legos es que esta es subjetiva. ¿Cómo podría entonces ser la belleza subjetiva y al mismo tiempo ser tan poco diversa? ¿Qué pasa en los contextos en los que la construcción cultural que realizamos sobre “la blancura” no corresponde con la construcción cultural que hacemos sobre los rasgos físicos propios?¹ Esto me estaba haciendo referencia justo a un contexto latinoamericano y más aún un contexto en el que “la blancura” era un aspecto muy valorado de manera positiva². Comencé a entender la dimensión de esta situación en México cuando llegué por primera vez a hacer mis diligencias de migración. Yo decidí pagarle a alguien para que me ayudara a llenar estos formularios, ya que había escuchado con terror que cualquier equivocación era causante de una nueva visita a este lugar lejano y lleno de filas. Entre los documentos que se debían diligenciar se encontraba una descripción física. Cuando me preguntaron por el

¹ Entendemos “la blancura” como una representación social en relación a los rasgos físicos de una persona que dan cuenta de una probable vinculación genética con personas de origen europeo. En el capítulo III se define el concepto de raza del que parte esta noción.

² “La discriminación por origen racial, étnico, color de piel o apariencia física es una práctica cultural que persiste en México, pues 23 por ciento de los entrevistados no estarían dispuestos a permitir que en su casa viviera gente de otra raza; mientras 54.8 por ciento afirma que a las personas se les insulta por su color de piel y 15 por ciento ha sentido que sus derechos no han sido respetados por esa razón, según resultados de la Encuesta Nacional sobre Discriminación 2010 (Enadis), elaborada por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred). Detalla que la discriminación racial se asocia con frecuencia a personas indígenas; sin embargo, esta categoría involucra también a individuos cuyos rasgos son relacionados con otras razas u orígenes étnicos.” (La Jornada, 6 de mayo 2011).

color de mi piel, yo respondí: “morena”. El señor que me ayudaba a diligenciar el formato se quedó mirándome a los ojos y me dijo: “no, usted no es morena.” Yo le respondí: “¿Cómo que no voy a ser morena?” En realidad, se trataba de uno de mis mayores orgullos en relación a mi apariencia, muchas tardes de sol me habían hecho lograr mi color moreno, bastante bronceado, por cierto. Pero además era claro, que no se trataba solo del sol de unos cuantos meses, sino también de una tonalidad que había recibido genéticamente. No hubo acuerdo posible con el señor, él dispuso poner “morena clara”, porque de poner información imprecisa, según él, me devolverían el formulario. Yo me reí un rato de esto, ya que al principio el señor me sugería que pusiera “blanca”, lo cual era un tanto ridículo para mí. ¿Por qué me vería blanca? Más tarde fui comprendiendo que tal vez, para él, una persona de ojos claros no podría ser morena. Su mirada se fijó en mis ojos durante unos cuantos segundos, lo que me hizo pensar la posibilidad de esa asociación. Noté entonces que se otorgaba una atención muy especial a las pequeñas variaciones entre tonos de piel y rasgos físicos que daban cuenta también de una construcción cultural muy elaborada de un concepto de raza, pero además asociado con una valoración positiva sobre los rasgos que denotaban “blancura”. Esta visión se fue complementando al notar el elogio sobre “lo güero” expresado en las imágenes de vallas y publicidades a en distintos espacios de la ciudad, en casi cualquier lugar de comercio y publicidad. Los elogios sobre la belleza física de las personas se dirigían, principalmente, a aquellos quienes eran “güeros”. ¿Qué era entonces lo que hacía que se diera este tipo de adulación sobre lo que se ha construido culturalmente en relación con la apariencia del *otro*? La respuesta no era fácil y habría que buscar los canales por medio de los cuales se pudiera generar una pregunta más precisa y una unidad de análisis y de estudio que me permitieran abordarlo. Las indagaciones se fueron dirigiendo hacia la cirugía plástica estética. La cirugía de nariz, se había considerado por Gilman (2001) y Haiken (1997) como una de las cirugías que propició el surgimiento de la cirugía plástica estética, teniendo como objetivo cambiar características raciales de un grupo minoritario para transformarlas a imagen y semejanza de aquellas que se atribuían al grupo dominante y de esta manera permitir a los pacientes *pasar* desapercibido en este último grupo.

Según la sociedad Internacional de Cirugía Plástica, México se ha convertido en el quinto país con mayor número de intervenciones estéticas quirúrgicas realizadas a nivel mundial durante el año 2009³. Se ha puesto especial énfasis, desde los análisis de los cirujanos, en el auge de la cirugía plástica en personas jóvenes. Entre el 2000-2004 se registraron cerca de 12% de los pacientes debajo de la edad de 20 años, el 60% entre 21 y 50 años y el 28% mayor a los 51 años. En este sentido, son personas jóvenes quienes acuden con mayor frecuencia a los servicios de la cirugía plástica en los últimos años, representando cerca de un 72% de los pacientes. Se identifica así, una tendencia nueva de los jóvenes a acudir mayormente a este tipo de procedimientos.⁴ Otras fuentes señalan que en los últimos años, la rinoplastia ha aumentado en un 25 % de los jóvenes mexicanos de ambos sexos.⁵ De esta manera, fue como los jóvenes se presentaron como una población susceptible de ser investigada con mayores posibilidades de un trabajo más orientado a las insatisfacciones en relación con la nariz. Este panorama advierte una posibilidad de generar una pregunta más precisa para comenzar una investigación que estaría vinculada con mi motivación inicial: ¿Cuáles son los parámetros de los que parten los cirujanos y pacientes jóvenes de cirugía estética para considerar una nariz como bella o no y cual es la articulación que esto tiene en la relación médico paciente sobre el modo de asesorar del cirujano, concebir la belleza y transformarse los pacientes en su aspecto físico?

De igual modo, presento a continuación la justificación y los objetivos para dar cuenta del alcance de la investigación, tal y como se proyectó en un inicio.

Justificación

La transformación estética reproduce concepciones sobre la apariencia de los hombres y principalmente las mujeres, que a su vez, legitiman una parte de las concepciones y acciones racistas de una manera no conciente. De esta manera, resulta importante la crítica sobre el saber biomédico y especialmente

³ Estas estadísticas se encuentran limitadas a los procedimientos que han hecho cirujanos pertenecientes a la asociación internacional de cirugía plástica.
http://www.isaps.org/uploads/news_pdf/BIENIAL_GLOBAL_SURVEY_press_release_Latin%20Americana%20Spanish.pdf revisado en junio 2011

⁴ <http://www.revistacirujanosplasticos.com/menu/estadisticas.asp> revisado el 1 mayo 2010.

⁵ <http://www.cronica.com.mx/nota.php?idc=220975> revisado 8 de Junio 2010

el proceso de medicalización que conllevan explicaciones y técnicas que normalizan científicamente la discriminación de sujetos y grupos sociales en términos biológicos, justificando la intervención biomédica sobre los mismos a partir de los ideales de belleza hegemónicos que afectan a hombres y mujeres, pero principalmente a éstas últimas. Estos procesos expresan valores colectivos que son susceptibles de ser analizados desde la antropología. En esta medida, este estudio se presenta como un avance en el terreno de la crítica científica sobre las representaciones dominantes asociadas a la raza y género, para el estudio de los valores sociales, y a su vez, la relevancia de la consideración de nuevas ritualidades, nuevas concepciones ideológicas del cuerpo y de la belleza.

Objetivos

1. Describir y analizar el proceso de transformación estética del rostro de los jóvenes (hombres y mujeres) de Tuxtla-Gutiérrez
2. Describir y analizar las motivaciones de los pacientes para transformarse o desear transformarse el rostro de manera permanente.
3. Describir y analizar como entienden los cirujanos y otro personal dedicado a la transformación facial, las principales motivaciones de sus pacientes jóvenes para realizarse una transformación del rostro.
4. Describir y analizar los parámetros estéticos que propone el discurso de la cirugía estética, la otorrinolaringología en relación con la nariz.
5. Describir y analizar los parámetros estéticos del rostro desde los que parten los pacientes y potenciales pacientes de transformación estética del rostro.
6. Describir y analizar la percepción de los jóvenes y los cirujanos sobre los riesgos de una transformación facial por elección relativos a la salud y a los resultados no esperados.

1.2 Escenarios, apariencia y modales de las médicas estéticas y cirujanos plásticos.

Definiendo la unidad de análisis

Las sugerencias de realizar el proyecto en Chiapas habían surgido de una interlocución con una ex alumna del CIESAS, quien había hecho su doctorado sobre un tema relativo: prácticas de embellecimiento entre jóvenes indígenas y mestizas en San Cristóbal de las Casas. Ella había nacido y crecido en Tuxtla Gutiérrez, con lo cual tenía un conocimiento privilegiado de la zona. Lo que ella me había recomendado era hacer el trabajo de campo allí, en el sentido en que las construcciones culturales en relación con los rasgos faciales se encontraban permeadas por concepciones racistas del cuerpo, debido a la estrecha y conflictiva relación con la población indígena en esta zona. Profesores me habían advertido que esta misma situación se presentaba en otros lugares de México, incluso el D.F., con lo cual estaba de acuerdo. Para estudiar los paradigmas de belleza de cirujanos y pacientes era muy claro que la unidad de análisis eran los pacientes de cirugía plástica de nariz y los cirujanos que realizaban tales operaciones, pero lo que faltaba definir era dónde. No tendría que ser de Chiapas o el D.F. Sin embargo, Chiapas se me fue presentando como un lugar más adecuado para realizar un trabajo de campo de esta naturaleza. De cualquier modo, se hacía relevante el peso histórico en la manera en que las representaciones se han construido en un contexto claramente multiétnico, pero donde las desigualdades económicas resultan bastante evidentes y claramente asociadas a la población indígena.

1.2.1 Primeros encuentros en el Distrito Federal

Después de haber escrito correos electrónicos a unos 15 médicos cirujanos plásticos del Distrito Federal pertenecientes a AMCPER⁶, me decidí por uno de los dos que me respondieron a esta solicitud, ya que noté mayor interés por mi trabajo en su respuesta. Además, era uno de los pocos médicos que tenía una página de Internet llamativa, con información detallada de cada procedimiento,

⁶ Asociación Mexicana de Cirujanos Plásticos Estéticos y Reconstructivos.

procedimientos con tecnologías nuevas, económicos, su foto personal, un link a Facebook y Twitter, la foto del hospital donde atiende, además de unas imágenes muy escogidas de distintas partes del cuerpo femenino. Muy poco usual, pero tal vez lo más llamativo de todo, es un link para la consulta en línea con el doctor donde se pueden cargar archivos fotográficos y pedir sugerencias. Consideré que tal vez esto era una estrategia de enganchar clientes/pacientes, ya que normalmente un cirujano plástico cobra por una consulta de este estilo y solo suele ser presencial. En este sentido, su estrategia resultaba muy versátil e innovadora, ya que permitía una interacción con el paciente a partir de las imágenes que el doctor evaluaría a modo de primer acercamiento. Además, dentro de los requerimientos para acceder a esta asesoría es necesario dejar el teléfono y el correo electrónico de la persona que solicita la información, de modo tal, que el doctor bien puede proceder a llamar o a escribirle a un potencial cliente/paciente para hablarle más sobre el procedimiento que ésta persona desea, configurándose entonces en una estrategia para acercarse a ellos. También me llamó la atención de su página de Internet que no tenía una parte que parece gustar mucho a los cirujanos plásticos: los testimonios y las fotos de las personas que antes ha operado.

Las fotos del doctor en Facebook, por su parte, son tomadas en un quirófano muy moderno, con equipos que parecen ser de tecnologías nuevas y sofisticadas. El doctor se encuentra con una cánula en la mano, totalmente vestido para la cirugía, sin verse el paciente y con muy poca sangre a la vista. Consideré tanto la página de Internet como su link en Facebook eran la materialización de un esfuerzo del doctor por presentar una buena imagen. En este sentido, podría tener un buen interlocutor.

Me dirigí a su consultorio en un hospital de la colonia Roma. Aún estaba tratando de definir dónde hacía mi trabajo, pero tenía algunas preguntas claves para éste médico. El edificio del hospital aparentaba ser muy nuevo, pintado de blanco, espacioso, con pisos brillantes, iluminado y con un entorno bastante despejado en relación con los abarrotamientos de gente que suele haber en los servicios médicos. Claramente se trataba de un hospital privado. Cuando

llegué, me sentí más bien entrando a un hotel de cinco estrellas y no a un hospital. A pesar de la sobriedad de la decoración, había elementos que hacían que me confundiera, sobre todo, una disposición de parte de la recepcionista y el vigilante por mantener una etiqueta muy forzada y estricta, cuestión que pude notar en el momento de encontrarme con ellos de frente y mientras me requerían una credencial para la entrada. Más tarde, me di cuenta que hasta valet parking tenían, lo cual acabó de completar mi impresión primera. Subí a un piso dónde estaban los consultorios, una recepción y varias recepcionistas allí. El salón era bastante amplio y también se encontraba despoblado, había un médico hablando con una recepcionista, dos pacientes, dos recepcionistas hablando por teléfono y ocupadas en sus labores. Mientras tanto, hablaban el doctor y la recepcionista que estaban conjeturando que yo era “la chica de la investigación”, la recepcionista, una joven impecablemente vestida con ropa casual, me llamó, adivinando quién era yo y me presentó al doctor Ferro. Me sorprendió esta capacidad de la recepcionista por esta asociación. La recepción distaba mucho de lo que me imaginaba: un espacio íntimo donde se podrían establecer diálogos extensos con las compañeras y compañeros de silla. Este salón era lo bastante amplio y desocupado como para encontrarse de casualidad un cliente/paciente a su lado y menos aún, con la exclusiva intencionalidad de visitar uno de los tantos consultorios que había en este piso. Para empezar, la estrategia que había pensado para encontrarme con pacientes de cirugía plástica en la sala de espera se estaba yendo al traste. El doctor Ferro se despidió muy emotivamente de una de sus pacientes y le pidió a su recepcionista que lo llamara cuando una de sus pacientes saliera. Lo esperé por unos cuantos minutos y llegó hasta la recepción antes de la hora pactada. Me invitó a subir a la terraza, ya que lo consideraba un lugar más agradable que el consultorio y que además iba a aprovechar para comer su comida. El doctor era muy joven, presumo que tenía su nariz operada, por lo menos eso me pareció, de poco cabello, de piel clara, de mediana estatura, de contextura más o menos delgada y de mucho carisma. Tenía su bata de médico puesta impecablemente, con su nombre bordado en letras pegadas azules.

Una vez estuvimos en la terraza el doctor sacó su comida que traía de su casa y la calentó allí mismo, me invitó a un café y comenzamos a realizar la entrevista. Esta estuvo interrumpida en dos ocasiones, la primera por una llamada y la otra, porque se fue a despedir de una de sus pacientes, en lo cual se tardaría unos 15 minutos. Esta expresión me pareció bastante acogedora para tratarse de algún médico, nunca he recibido una expresión de afecto de tal envergadura de parte de un médico, ni siquiera cuando visitaba el pediatra. Me imaginé que su despedida había sido muy similar a la despedida que había presenciado minutos antes, de gran amabilidad, cercanía, familiaridad y hasta afecto. Esto comenzó a generarme una idea sobre el tipo de relacionamiento que podrían tener los cirujanos estéticos con sus pacientes. Por supuesto, que contarle a alguien sus inconformidades con su propia apariencia resulta un ámbito de intimidad y él compartía este con los pacientes, de modo que se podría propiciar dicha relación estrecha. También podría interpretarse como una estrategia por parte del médico para mantener sus pacientes y de algún modo, consentirlas generaba un apego mayor en la relación médico- paciente.

La entrevista la hicimos mientras comía rápidamente. Durante la entrevista pude notar una gran habilidad para responder las preguntas en un tono muy convincente y además una personalidad de gran simpatía. Consideré que tal vez el día había sido pesado porque estaba comiendo en una hora retrasada y de modo muy rápido. Le pregunté cómo eran sus tiempos a lo que me respondió que siempre andaba corriendo, que su tiempo siempre era limitado, sin embargo quedó con una abierta disposición a permitirme trabajar con él y con sus pacientes. Esta entrevista fue crucial para el desarrollo del trabajo, sin embargo, tendría que elegir D.F. o Tuxtla Gutiérrez, de modo que tomé partido por ésta última opción.

1.2.2 Primeros encuentros en Tuxtla Gutiérrez

Llegué a Tuxtla Gutiérrez el 11 de julio del 2010, aún con el proyecto de investigación en construcción, pero con algunos elementos bien claros. Mi estancia sería de ocho días y tendría que tener definido con esta visita si quería o no realizar el proyecto de investigación en esta ciudad. El paisaje urbano de

inmediato me remitió a los pequeños municipios costeros colombianos, un intenso calor que no recuerdo haber sentido en ninguna parte, más que en lugares de paso, calles pequeñas, pocos y pequeños edificios, poca industrialización a la vista, casas con las puertas y ventanas abiertas, personas haciendo actividades recreativas o productivas en el quicio de estas, pelando verduras, hablando con los vecinos, con ropas desaliñadas y con un altar de muertos lleno de flores y un ventilador en como elementos comunes de las viviendas.

Tuxtla Gutiérrez, capital del Estado de Chiapas, es una ciudad de 553.374 de habitantes, de los cuales el 30.6% es población entre 15 y 29 años, mientras que la población mayor de 60 años apenas representa el 6.3 % (INEGI, 2011). Esto nos indica que se trata de una población principalmente joven. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), desde 2000, Chiapas es el segundo estado con mayor grado de marginación en el país⁷, que a su vez se encuentra principalmente asociada con las poblaciones indígenas. El 23% de la población chiapaneca es indígena, de los cuales los pueblos predominantes son Tzeltal, con el 37,9% de la población indígena total, Tzotzil 33,5%, Chol 16,9%, Zoque 4,6%, Tojolabal 4,5%. Mientras que los pueblos Mame, Chuj, Kanjobal, Jacalteco, Lacandón, Kakchikel, Mochó (Motozintleco), Quiché e Ixil forman los otros restantes 2,7% de la población indígena del estado. Las desigualdades económicas son evidentes. En los datos, el ingreso de los pueblos indígenas per capita representa sólo un 32% del ingreso de los no indígenas en el estado. Hay 304.018 indígenas empleados en el estado de Chiapas: el 42% (122.345) no registran ingresos. Otro 42% (127.682) sobreviven por debajo de un salario mínimo mensual. Sólo el 9,9% de la población indígena chiapaneca gana de uno a dos salarios mínimos mensuales. 83% de la población indígena está ocupada en la agricultura, en comparación con 58,3% de la población general de Chiapas. 5,5% de la gente indígena trabaja en la industria y otro 8,6% en servicios. Chiapas es el estado con mayor concentración del ingreso monetario entre pocas personas o familias a nivel nacional, con una medida equivalente a la que se presenta en

⁷ http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=126&Itemid=194

los países africanos más pobres. También tiene la mayor desigualdad en distribución del ingreso monetario en nivel nacional.⁸

La ciudad se encuentra claramente dividida en un plano cartesiano del que se identifican los respectivos 4 cuadrantes, sur poniente, sur oriente, norte poniente, norte oriente. La urbanización se encuentra mayormente extendida hacia el oriente y poniente, siendo el oriente una zona residencial, mayormente de personas con ingresos medios y bajos, donde además se encuentran enclaves de algunos servicios como talleres automotrices, comercio de abarrotes, entre otros. En el centro se encuentra una zona, principalmente, comercial, donde además se encuentra el Mercado Díaz Ordaz, la catedral de San Marcos, el Palacio de Gobierno, y el Ayuntamiento Municipal, referentes principales de la ciudad. Por su parte, el poniente es una zona principalmente de servicios y residencial de ingresos altos, donde además se encuentran plazas comerciales de importancia. Los cirujanos estéticos se encuentran ubicados mayormente entre la zona comercial céntrica y la de de servicios y mayores ingresos. En realidad, esperaba encontrármelos en ésta última zona, que suele ser una zona prestigiosa de la ciudad, sin embargo el sentido de la ubicación también parecía relacionado con la gente que mayormente se atendía con ellos, personas con ingresos medios.

Hice varias citas durante la semana, una de ellas fue con el doctor Santos, quién me recibió fácilmente el día siguiente que hablamos. El consultorio del doctor Santos estaba ubicado en una zona de la periferia del centro y al comienzo del lado poniente. El edificio donde se encontraba el consultorio no era propiamente un hospital, sino más bien un edificio de oficinas de distintos profesionales. Parecía ser construido en los años setentas, de una arquitectura moderna, con unos 5 pisos de altura, aparentaba no haber recibido mantenimiento durante varios años. Tenía un aspecto de abandonado, porque además varios de los locales comerciales estaban vacíos y permanecía silencioso. De hecho, me costó trabajo pensar que éste era el edificio del doctor. Me percaté de la dirección y me cercioré que había un aviso con el

⁸ http://www.sipaz.org/data/chis_es_02.htm

nombre del doctor estaba en la entrada del edificio. De este modo, comencé a cuestionar el estereotipo que tenía del cirujano plástico como un hombre millonario, privilegiado y rodeado de lujos y suntuosidades.

Comencé a ver gente en la medida que fui subiendo las escaleras. El consultorio del doctor se encontraba en el tercer piso, que compartía con otro médico en horarios diferentes. Las recepciones eran improvisados espacios delimitados con deteriorados escritorios al lado de la puerta de los consultorios. Estaba dotada de un archivador, un teléfono, un televisor viejo y unas cuantas sillas viejas de acrílico de colores vivos y desgastados, populares en los años ochentas en mi país. Había tres recepciones que eran bastante parecidas y cada una tenía su televisor encendido con un alto volumen y con una programación diferente en cada cual. Entre las recepciones no había ninguna separación física, por lo cual el sonido del televisor del lado se filtraba y parecía competir con el del televisor que se tenía en frente, lo cual hacía que el ambiente se tornara bastante desagradable. En este aspecto, el lugar en el que estaba me parecía hartamente contrastante con los lugares de servicios estéticos que había estado antes; asociados normalmente con la prosperidad, el glamour, el consumo, el capitalismo y el análisis estético de cada detalle según la moda del momento. Las personas que atendían también parecían estar desde hacía muchos años allí, señoras de mediana edad de vestimentas muy recatadas y no muy acordes con la moda actual, cuerpos robustos, cabello corto y casi ningún maquillaje. Esta imagen me hizo contrastar con las recepcionistas de los consultorios de cirugía cosmética que había visitado en Colombia, éstas parecían sacadas de una agencia de modelos, y de hecho lo eran algunas de ellas, de acuerdo con los testimonios que obtuve al respecto. En Tuxtla Gutiérrez, no parecía un requisito “ser bello” para acceder a ciertos trabajos, ni siquiera dentro del ámbito de la cirugía plástica donde se suponía que se promovía este requerimiento. De hecho, también era bastante contrastante todo el lugar y las personas que allí trabajaban en relación con un aspecto visual a lo que había visto en el consultorio del doctor Ferro en D.F. De este modo, me pareció muy interesante este lugar, porque planteaba una manera muy particular de apropiarse de todo un repertorio de signos de prestigio, normalmente asociados a una cierta vocación consumista promovidas por la

ideología que sustenta la necesidad de la cirugía estética. En este lugar parecía que no había una concordancia necesaria entre la promoción al consumismo y la transformación estética.

El Dr. llegó 30 minutos tarde de la hora pactada y entró rápidamente a su consultorio con su esposa. La recepcionista me identificó y me hizo pasar casi en seguida, luego de que su esposa saliera de la oficina. Su esposa se veía una mujer de una edad similar a la del doctor, sus ropas eran de estilo casual, su cabello estaba tinturado de rubio, de figura alta, de pechos prominentes y cuerpo no muy ancho, pero tampoco delgado. El consultorio del doctor tenía un espacio moderado, no era grande ni pequeño, al interior se veía mucho más aprecio por la disposición de los objetos de acuerdo con un estilo determinado. Adentro el espacio parecía muy propio; fotos de sus hijos y su familia, implantes de senos, una cámara fotográfica con sus fotos en un anaquel y su diploma de cirujano plástico graduado, entre muchos detalles.

Según la opinión del Dr. Santos, Tuxtla Gutiérrez no era un lugar donde se pudiera ejercer el oficio de cirujano plástico estético de una manera muy democrática. De hecho, él mismo no realizaba muchas cirugías plásticas estéticas. Su opinión es que para poder ejercer se requiere estar inmerso dentro de un sector poderoso de población, al cual no es fácil acceder y al que él tampoco pertenece. Según su análisis, el 90 % de las personas de Tuxtla son pobres, no tienen ingresos suficientes para considerar cuestiones cosméticas como parte de sus gastos. El 10 % restantes eran personas ricas, de familias que siempre han tenido dinero y que se encuentran involucradas en la política regional y local. Estos poderíos económicos fueron construidos de vieja data y en la actualidad no se presentaban muchas oportunidades de ascenso social. La única manera de poder realizar cirugía plástica cosmética como un oficio rentable era perteneciendo a esta élite desde la cuna. Con la intencionalidad de darme una prueba de ello menciona el nombre de un cirujano plástico estético que se dedica ahora a la política, porque la cirugía estética no deja dinero en este lugar. De este modo, el doctor comienza una caracterización con nombres propios de la dinámica de la cirugía plástica cosmética en Tuxtla Gutiérrez, según su propio punto de vista, elaborado

desde la marginalidad de los cirujanos plásticos estéticos de la región. Para comenzar, señala tres nombres de cirujanos plásticos estéticos, a dos de ellos recuerda con claridad, a uno de ellos le da más dificultad. Plantea que el estilo de vida de los cirujanos plásticos es algo especial; lleno de lujos, mujeres, poca estabilidad emocional y relaciones sociales y políticas entre las clases más pudientes. Señala a uno de ellos como el principal representante de ese modelo. Este doctor es un hombre blanco, güero, alto, adinerado, ha tenido dinero toda la vida, ha tenido varias esposas, varios hijos con cada una, cambia frecuentemente de novias o tiene varias al mismo tiempo, tiene un carro lujoso y prácticamente todo el dinero que tiene es una herencia de su padre. Pertenece a una familia de renombre de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez y está acostumbrado a que le den todo lo que él pide. Según el Dr. Santos la formación de este médico es incompleta, no ha obtenido el diploma que le acredita como cirujano plástico estético y reconstructivo y se ufana de ser el promotor de un liderazgo dentro de cirujanos plásticos estéticos a nivel local. Siempre lo ha tenido todo sin mucha dificultad y por lo tanto tiene una personalidad arribista y desconsiderada. Según esta versión, sus conexiones políticas le permitirían fungir como cirujano plástico, cuando en realidad no tiene un entrenamiento completo. Tiene un ego muy elevado y suele tratar con prepotencia al equipo médico que trabaja con él. Cuando salen mal las cosas, culpa a sus ayudantes y se expresa con enojo tirando las cosas por doquier. No tiene tolerancia a la frustración y por tanto se disgusta con facilidad con el personal que trabaja. Además, no le explica claramente a sus clientes/pacientes los riesgos que corren al someterse a una cirugía plástica cosmética, incurriendo de este modo en faltas de ética profesional. Tiene un estilo de vida ostentoso, le gusta gastar y derrochar. Y tiene amplia popularidad entre sus amistades de alta sociedad quienes son los que se operan con él.

Lo que encuentro de interesante en esta breve semblanza no es solo que se trata de uno de los cirujanos plásticos más populares de la ciudad, sino que además el doctor Santos consideraba este ejemplo como un estereotipo de sus colegas, estimándose él, por principios filosóficos, fuera de este. Recuerda que cuando estudiaba en su escuela de cirujanos plásticos estéticos y reconstructivos, querían botarlo, por considerarlo “prieto” y una persona con

procedencia de rancho, de padres no acaudalados, en contraste con sus compañeros güeros, adinerados, caprichosos, altaneros, mujeriegos y prepotentes.

En oposición a lo anterior, el Dr. Santos se plantea como un hombre serio, de una sola mujer, que trabaja para mantener a su familia y que tiene una vida modesta y sencilla. Está casado hace 30 años y fruto de éste matrimonio tiene dos hijos. Señala que no le ha hecho cirugía de senos a su mujer “¡a pesar de que los tiene bien grandes!” Si bien le gusta tener clientes/pacientes de cirugía cosmética, no la busca, debido a que la mayoría de las personas que llegan por este concepto a su consultorio tienen algún problema psicológico y más bien él las envía con un especialista en el tema. Dice que es muy sincero cuando nota estos problemas y que eso a los clientes/pacientes no les gusta. Como ejemplo de esto me dice que muchas mujeres llegan allí queriendo solucionar sus problemas maritales por medio de la cirugía cosmética, y cuando él las confronta se van y no vuelven. Me dice que generalmente cuando le llegan las operaciones cosméticas trata de cobrar bastante, ya que considera que estas operaciones terminan por ser un problema en la medida de que los pacientes no tienen un claro criterio de lo que está bien o no, por lo tanto necesita un plus de dinero para que le parezca justificable. A pesar de todo, confiesa que le gustaría realizar más cirugías cosméticas, ya que reporta unos ingresos mucho mayores que las cirugías reconstructivas, que son a las que suele dedicarse.

Su relato está lleno de comparaciones económicas entre el cirujano plástico que caracteriza como exitoso en el campo de la estética y él. Considera que él es más exitoso en el sentido que ha construido una familia, tiene dos carros, un rancho, una casa y me muestra fotos de sus pertenencias y parientes. Además considera que este personaje que acaba de caracterizar ha perdido dinero antes que ganar, porque su padre ya le había dejado bastante y éste ha perdido fortuna, mientras que él comenzó desde cero, de no tener nada a tener una vida cómoda, sin muchos lujos, pero decente. Considera que no tiene grandes ambiciones económicas, porque no gasta demasiado y no necesita gastar para cumplir con sus expectativas.

El doctor Santos además cree probable que las personas que no pueden acceder a la cirugía estética vayan a donde esteticistas y personas de poca o nula formación, mencionando una señora de la que no recuerda el nombre, que inyecta diversas cosas, según él, “¡hasta aceite de carro!” Me muestra las fotografías de una de sus pacientes que fue donde esta señora a inyectarse un producto para aumentarse los glúteos y resultó con un tumor en el lugar de la inyección. El doctor Santos procedió a quitarle el tumor, no sin dejar una cicatriz que le recordaría toda la vida su imprudencia.

Considera que otra de las desventajas que tienen como cirujanos plásticos cosméticos en Tuxtla Gutiérrez es que médicos de otras especialidades están realizando cirugía plástica cosmética, como es el caso de los oftalmólogos realizando cirugías de párpados, los ginecólogos realizando cirugía de abdomen, los otorrinolaringólogos realizando cirugías de nariz. Pero en su opinión estos especialistas no dejan buenos resultados, porque no están entrenados para ello, hasta ha escuchado de médicos generales que hacen liposucciones. No solo las cirugías quedan mal hechas, sino que se corre un riesgo más grande que con un cirujano plástico bien entrenado. Por eso su gremio se hace cada vez más competitivo reduciéndose los posibles clientes/pacientes que puedan tener.

Mientras me hablaba iba mostrándome fotos personales, de su familia y sus pertenencias y otras fotos de sus pacientes, la mayoría de ellos acudían a él por concepto de la cirugía reconstructiva. Al mostrarme las fotos de los accidentes de estas personas, parecía disfrutar del desagrado que me causaban y que era imposible para mí evitar demostrarlo. El doctor sonreía de vez en cuando mirándome a mí y retornando su mirada a la foto, muy interesado en lo que me mostraba. Me enseñó unas pocas fotos de cirugía estética, como decir unas 3 entre 16, hubo una que le salió mal, se trataba de un implante de senos, la cicatriz le quedó grande y queloide, según comenta, se le infectó la herida, pero dice que como le habló claro de los riesgos desde el principio, la paciente se fue contenta, a pesar de su resultado. Cuando salí de este consultorio sabía que era en Tuxtla Gutiérrez donde quería hacer mi

investigación y quería entrevistarme con el afamado Dr. del que me había hablado el Dr. Santos con tanta elocuencia.

También me dirigí donde otros médicos a los que busqué a través de Internet y en las Páginas Amarillas de Tuxtla Gutiérrez. Una de ellas, la doctora Estrella Villa, ella no era una cirujana plástica, sino una médica estética. El edificio donde se encontraba su consultorio parecía bastante nuevo, pero aún desocupado, de unos siete pisos, estaba ubicado en toda una esquina. Su forma era de cilindro, con espejos oscuros como cristales. Me recordó los edificios que hacían los narcotraficantes en mi ciudad para “lavar dinero”. A pesar de que estaba nuevo me parecía que el lugar era feo, me daba la sensación de mal gusto e inseguridad. Dudé mucho en entrar ya que parecía vacío, no había nadie en un lugar dispuesto para la recepción y las escaleras estaban poco iluminadas. Una vez adentro, la situación cambió, se veía mucho mejor, aunque seguía percibiendo una sensación de inseguridad. Al lado del consultorio de la doctora se encontraba, de manera también improvisada, la recepción y una sala de espera. El mobiliario de la recepción estaba nuevo y acorde con una estética muy de moda. Me interesé por la recepcionista quien vestía unos jeans, unos zapatos de tacón, una blusa más o menos ajustada, tenía sus uñas maquilladas, iluminaciones rubias en su cabello, delgada, morena y joven. Noté que no pronunciaba bien algunas palabras, de hecho no se le entendía muy bien cuando hablaba, supuse que tenía un acento muy marcado de la región, pero también hablaba muy rápido. Conversé con ella un rato, me contó parte de su vida, tenía 23 años y era su primer trabajo, para acceder a este no requirió experiencia o estudios. Me dijo que regresara al día siguiente.

Salí del consultorio y a una media cuadra encontré otro centro de estética donde se ponía Botox, quise preguntar si se realizaba el procedimiento de perfil nasal. Le pregunté a una chica que había allí como empleada. Era una joven, vestía ropas desaliñadas y tenía los dientes sucios, con sarro. Me dijo que el doctor solo ponía Botex, a lo que le respondí que si se refería al Botox, y me asintió tímidamente. Con esto me quedó claro que la imagen no había sido un

aspecto tan importante en el personal de atención al público de los doctores, por lo menos, no desde la imagen que ellos intentan promover.

Al día siguiente llegué a la cita con la doctora Estrellita Villa. Su recepcionista me recibió y me sentó a esperar. Había tres personas afuera sentadas, una mujer de cabello teñido, de ropas elegantes, una niña y un hombre. La chiquita tenía el cabello teñido con rayos, que pretenden ser rubios pero quedan rojos debido a lo oscuro de su cabello o a la mala calidad del tinte. La niña tendría unos dos años. Me parecía terrible que la niña tan pequeña tuviera el cabello teñido y recordé lo común que es esta práctica entre algunos inmigrantes latinos en Estados Unidos, totalmente acorde con mi tema de estudio.

Estrellita Villa, así figuraba en la puerta de entrada, parecía un nombre artístico, tal vez ésta manera de presentar el nombre tiene que ver con la sonoridad o con lo que la gente se aprende más fácil. Su nombre completo lo vi en otra parte, en su diploma, era un poco diferente. La doctora tenía toda la apariencia de la médica estética que esperaba ver en los demás cirujanos de Tuxtla Gutiérrez. Ropas no muy elegantes, pero a la moda y muy combinadas. Su maquillaje suave y acorde con los tonos de su vestido, su piel impecable, sin manchas, arrugas o acné. Su cabello teñido con iluminaciones rubias. Un rostro muy redondo, de piel morena, de contextura un poco gruesa, pero proporcionada. Tenía un escritorio grande, espacioso, sin muchos objetos encima, solo una computadora portátil, una impresora nueva y un celular Blackberry último modelo. El espacio del consultorio era amplio y bien distribuido, todo parecía nuevo y se encontraba muy limpio. El ventanal era amplio, lo cual le brindaba una impresión de profanidad. Los detalles decorativos tenían mayor relación con la disposición de acuerdo con una moda estética actual.

Le comenté de mi proyecto y no noté mucho interés. Ella no creía que hubiera una cultura de la estética en Tuxtla Gutiérrez. Dice que cuando llegaron (siempre habló en plural, refiriéndose a los demás esteticistas) empezó bien y tuvieron acogida, sin embargo, cuando los medios comenzaron a mostrar a los casos de artistas como Alejandra Guzmán, la gente comenzó a asustarse y ya

no querían volver con los esteticistas. Plantea este escándalo como un evento definitivo en el ejercicio de su profesión, ya que la manera en que se manejó la información no contribuyó a que la gente tuviera conciencia de cómo diferenciar entre quién era el bueno y quién era el malo. Se queja de la Secretaría de Salud, ya que ponen muchos problemas para funcionar, mientras que hay charlatanes que funcionan sin problema, o “gente que está por ahí haciendo sus cosas mal hechas” y ellos no se encargan realmente de regularlos. Me dijo en varias ocasiones que tenía mucho coraje por esta situación. Se notaba mucha frustración en sus palabras cuando se refería a los clientes/pacientes que tiene y los que esperaba tener. Dice que la afluencia de gente es muy poca. Y que ha tenido problemas, incluso, para poner publicidad. Los procedimientos que la Doctora realiza son procedimientos estéticos no invasivos y a pesar de que ofrece el perfil nasal, no lo ha hecho mucho, menos aún en clientes jóvenes. La mayoría de sus pacientes son mujeres grandes que llegan por problemas de la piel, manchas, control de peso y Botox. Su actitud era un poco arrogante y cortante de modo que la entrevista no se extendió demasiado.

Al día siguiente me dirigí a otro centro de estética no muy cerca del centro de la ciudad, en el lado oriente. La cita la había pactado con otra médica estética a través de contacto telefónico. El lugar era una bonita casa llena de árboles en una zona de el sur oriente de la ciudad, podría decir que un barrio de clase media. Llegué y me recibió un hombre, que parecía me estaba esperando. El espacio era pequeño pero bien distribuido, con una decoración muy cuidadosa y de moda. Tenía una pequeña sala de espera donde había mucha información sobre procedimientos cosméticos no invasivos, Restylane, Botox, luz pulsada, láser, microdermoabrasión, control de peso, entre otros. El hombre comenzó a hablarme y me enteré que era su esposo. Él también era médico y le parecía muy interesante mi trabajo, ya que hacia un posgrado en epidemiología y se había interesado también en el tema de la medicina cosmética desde un enfoque investigativo. Para un trabajo de curso realizó una pequeña pesquisa en el consultorio de su esposa con los pacientes y trabajó también algunos datos estadísticos de lo cual concluyó que la gente dejaba de atender necesidades básicas importantes en la casa por dedicarle dinero a la

cosmética. Según él, el promedio de ingresos de la población que acude al consultorio de medicina estética es de unos 10.000 pesos y se gastan en servicios estéticos unos 3000 mensuales, lo cual le parece un costo exagerado, teniendo en cuenta que es posible que dejen de lado necesidades domésticas mucho más urgentes. Considera que todo esto de la estética está asociado con el neoliberalismo y que contribuye a que la gente descuide la salud en términos de dejar de destinar dinero para esto, sobre las nuevas necesidades de una sociedad consumista. Dice que a pesar de que Tuxtla Gutiérrez no es un municipio próspero económicamente está mucho mejor que el resto de Chiapas en las zonas rurales, donde se observa mayor pobreza y falta de oportunidades. A pesar de todo, nunca tuvo un discurso pesimista en relación a la cantidad de clientes/pacientes que llegaban. Consideraba, contrariamente a sus colegas, que sí había afluencia de gente suficiente, incluso más de la que se podría pensar acorde con nivel de ingresos de la gente y que cada vez llegaban más personas interesadas por estos servicios. Con sus colegas concuerda en la cantidad de trabas para el funcionamiento que pone la Secretaría de Salud y menciona lo poco eficientes que son, dejando de lado otros posibles asuntos más urgentes en materia de riesgo para la salud.

Esta conversación se extendió por un espacio de unos 30 minutos, de modo que no sabía bien que posición tomar frente a su postura crítica acerca de los procedimientos cosméticos. Esperaba todo, menos encontrarme con su postura en medio de este escenario. Además si tomaba partido por lo que él me estaba planteando de manera muy abierta o bien si planteaba mis motivaciones de manera más clara podría dañar una buena relación entre un posible interlocutor. Me quedaba casi estupefacta sin saber bien qué responder, casi asintiendo de manera intermitente a su charla en señal de respeto y aprobación a su planteamiento, pero no realicé una interlocución abierta y sincera. Me recordaba a mi misma todo el tiempo que él era un interlocutor y yo la antropóloga, por lo cual trataba de mantener ocultos mis más profundos pensamientos al respecto. Situación con la que me sentía un poco incómoda.

Al notar que su esposa se demoraba me comentó que estaba embarazada y que había tenido dolores esta mañana, por lo cual se demoraba en subir. A pesar de que le dije que podría venir otro día me dijo que no me preocupara que ella estaría bien en un momento. Casi al momento de tener esta plática subió la doctora, quien se presentó muy amablemente. A pesar de que estaba a comienzos de su último mes, le notaba una panza no muy grande y ella estaba delgada, consideré que tal vez se encontraba haciendo dieta de embarazo. Su rostro de una piel muy juvenil, sin manchas, arrugas o acné, su piel era un poco brillante y se notaba muy tersa. Cómodamente vestida, pero su ropa bien planchada y combinada. No tenía maquillaje, ni en su rostro, ni en sus uñas. Su estilo era muy sobrio y cómodo. Su estado avanzado de embarazo se notaba más cuando caminaba, ya que lo hacía con dificultad. Me invitó a pasar a su consultorio el cual era un cuarto pequeño desde el que se podía observar otra habitación con aparatos especiales.

Al comentarle de mi proyecto, ella me responde con una serie de observaciones hipotéticas sobre lo que considera como motivaciones de las personas para acudir a su consultorio. Sus clientes tampoco son jóvenes, sino más bien señoras de 40 años en adelante que vienen por procedimientos que ayuden a retardar en proceso de envejecimiento. Durante su exposición de los posibles motivos de estas personas para llegar allí fue muy crítica y habló abiertamente de problemas psicológicos de los clientes/pacientes, de auto aceptación y del síndrome dismórfico. Los jóvenes que atiende llegan por problemas de acné, más que por perfil nasal. A pesar de que se encuentra entre los procedimientos que realiza, lo hace muy poco. De igual modo que la otra médica esteticista, se dedica más a asuntos de la piel y control de peso. Su formación es de médica general y ha hecho algunos diplomados de medicina estética. De este modo, descarté la posibilidad de incluir estas médicas estéticas dentro de la investigación, ya que se dedicaban a procedimientos menos invasivos y al contrario de lo que había pensado, el perfil nasal, no era una opción a la que los jóvenes accedieran por ser más económica. Decididamente iba a averiguar cómo era posible relacionarme con cirujanos plásticos estéticos más posicionados.

Con el doctor Miguel Ángel hablé en la tarde y quedó de devolverme la llamada cuando terminara su jornada. A las 7 de la noche consideré que ya no me había llamado, cené, me puse la pijama y me dispuse a leer un rato. A eso de las 11 de la noche suena mi celular con el teléfono del doctor Miguel Ángel. Me sentí un poco intimidada, porque no consideraba que era una buena hora para llamar, sin embargo acepté entrevistarme con él ya que me dijo que tomábamos un café en el vestíbulo del hotel. Además consideré que siendo el cirujano plástico, aparentemente el más popular de Tuxtla Gutiérrez, debería de ser una persona muy ocupada, que tal vez no tendría otro momento para atenderme. Mi mayor suerte comenzó en ese momento. Me pidió la dirección del hotel y llegó rápidamente, ya que estábamos bastante cerca. Cuando bajó de su coche estaba lloviendo y yo lo estaba esperando con mi computadora para mostrarle el proyecto y mi grabadora. Inmediatamente después de él y luego de presentarnos, bajó una chica de un carro que le hubiera calculado a lo sumo unos 19 años, consideré que era su hija, ya que él aparentaba un poco más de cincuenta. Sin embargo, en la próxima visita me enteraría que se trataba de su pareja. El doctor me dijo que ella tenía muchas ganas de conocerme, ya que ella también era colombiana. De inmediato se dio una empatía, creo que facilitada por mi felicidad por haber encontrado elementos en común que me permitirían, posiblemente, mayor colaboración. El doctor Miguel Ángel llegó en un coche muy lujoso y adentro estaba la mamá de la chica colombiana. Una señora de la edad, más o menos, del doctor. Me sentí muy contenta de verlas, porque de inmediato me cercioré que no se trataba de una de esas colombianas clasistas que suelo encontrarme fuera del país. Eran mujeres de provincia, sencillas y amigables. La chica parecía mucho más contenta que yo, se notaba con mucho entusiasmo de hacer una amistad colombiana y parecía que se encontraba hacía rato en México, porque expresaba una nostalgia patriótica de su tierra que yo hasta ahora no había sentido. Fuimos a cenar a un restaurante por disposición de la chica, no me atreví a preguntar cual era su parentesco ya que podría pecar de imprudente. Tuve una impresión primera de ellos un poco diferente de lo que iría averiguando con el tiempo. Tuvimos una larga velada en la que hablamos una gran cantidad de temas y nos divertimos mucho, tuve miedo de encender la grabadora por las recomendaciones de algunos profesores y solo la encendí un

momento al inicio y al final, luego me arrepentí mucho de ello. La información obtenida fue muy buena, concluí que los jóvenes sí se operaban en Tuxtla Gutiérrez de su rostro, y que había llegado al lugar indicado ya que ésta era la especialidad del doctor.

Al día siguiente llegué a la oficina del doctor Miguel Ángel, que había sido escogido como interlocutor principal, debido a que no solamente tenía una gran capacidad para expresarse de un modo muy argumentado, sino que también me había parecido una persona amable, dispuesta, abierta e interesada, pero además especialista en el tipo de transformación que yo quería investigar. A pesar de tratarse de una primera entrevista noté que algunos de sus comentarios fueron descuidados, en el sentido que no eran justamente políticamente correctos. Sin embargo, esta sinceridad, por despiste o por ingenuidad, la debería yo de aprovechar para obtener una información de buena calidad. Otro punto importante era el hecho de tener a mi favor la familia del doctor, una ciudad mucho menos agitada que el D.F. y una comunidad de médicos con disposición a trabajar.

La oficina del doctor se encontraba ubicada en un edificio que había sido construido con un presupuesto muy austero, por lo menos, hace unos treinta años. A pesar de que se trataba de una clínica, no me imaginé que su consultorio estuviera en la entrada, al lado de un almacén de teléfonos, menos aún que tuviera el aspecto que tenía; pasaba del todo desapercibido. Cuando entré vi a la madre de la chica sentada en un escritorio amplio que ocupaba casi la mitad de la sala de espera. Los muebles eran amplios, lo que hacía que el lugar se viera aún más estrecho. Cada detalle del lugar parecía espontáneo y poco planeado. La sala de espera tenía un aspecto muy sobrio, con unas cortinas de cenefas desgastadas por el sol y una pared de madera que parecía poco adecuada para un ambiente tan caluroso, menos aún si el efecto de los colores oscuros hacía que se generara una impresión de un lugar más estrecho. En la sala de espera podrían caber unas 5 personas. Tampoco habría espacio para una eventual conversación discreta con un potencial cliente/paciente, sin que otra persona se enterara de ello, así fuera la recepcionista. El escritorio de la recepcionista se encontraba atiborrado de

información sobre distintos productos cosméticos: Botox, Acido hialurónico, Restylane, entre otros. Me llama la atención una de los anuncios publicitarios del Botox, que se trata de un espejo con un marco grande donde se encuentran fotos de distintas partes del rostro, como los surcos de la nariz, la boca, los párpados abajo una leyenda que tiene una pregunta: “¿Cuál es la arruga que tu tienes?”

Entré al despacho del doctor una vez me mandó a llamar. Era la primera vez que estábamos solos lo cual me puso un poco nerviosa, pero su actitud fue siempre respetuosa y dispuesta a brindarme información. La oficina tenía un librero de toda una pared con libros de medicina y fotografías de familiares, otra pared con un espejo grande, pero roto, ubicado detrás de su escritorio que daba apariencia de amplitud del lugar y unos cuantos elementos decorativos muy espontáneos y hasta con remiendos. Un estilo muy sobrio con algunos detalles suntuosos como el escritorio, la silla y su computadora. Hablamos cerca de 20 minutos, mientras le presenté mi propuesta de investigación a la que le prestó muy poca atención.

Había otro tipo de cirujanos a los que también quería entrevistar, parecía que era muy frecuente que las personas se hicieran operaciones estéticas de la nariz con los otorrinolaringólogos. Al ver las páginas amarillas, el espacio dedicado para estos especialistas, 6 de 7 anuncios pagados hacían alusión a la cirugía estética de la nariz en un lugar destacado. Llamé a varios doctores, pero solo uno me dio cita para el día siguiente. El lugar era una clínica no muy grande, privada, pero con una torre médica bastante concurrida y otra torre donde funcionaba el hospital. Se encontraba ubicada en un lugar muy céntrico, en un barrio de clase media con buenas vías de acceso. La torre médica parecía de reciente construcción. A pesar de no ser muy grande, se notaba una pretensión de demostrar cierto lujo en algunos detalles. De lo que más me llama la atención es que estos detalles “distinguidos” parecen calcados al pie de la letra de otros lugares en latitudes totalmente diferentes, aunque realmente es difícil saber cual es el origen. En Medellín recuerdo haber visto en clínicas grandes y privadas donde los nombres de los médicos estaban dispuestos a la entrada del edificio de la misma manera, con los mismos

materiales y hasta con un tipo de letra parecida y la iluminación casi idéntica. Esto me hizo suponer que la torre médica era de reciente edificación, además porque los colores de los materiales parecían menos desgastados que los del hospital. Al subir a su piso noté que la sala de espera era compartida con varios médicos de distintas especialidades. Tuve que esperar una hora y media más o menos, mientras acababa con sus pacientes y antes de que entraran los visitantes médicos. Eran cerca de las nueve y media de la noche cuando me recibió. Al entrar a su oficina vi un lugar ordenado, muebles nuevos, pequeño pero bien distribuido. El doctor era un hombre de mediana edad, moreno, alto, estaba vestido con su bata blanca y debajo de esta tenía una camisa con corbata y un pantalón de paño. Este doctor se mostró muy amable y colaborador. Según él, había muchos jóvenes que acudían a la cirugía estética de nariz y era un mercado en crecimiento. Consideró que era tímida mi propuesta de la cantidad de interlocutores que quería abordar, que en cualquier caso, él podría referirme unos diez o más. Su lenguaje era conciso y directo. Al final de la entrevista me solicitó una fotografía, su pedido fue tan extraño para mí, que quedé un poco abrumada.

Al concluir mi visita exploratoria me sentí convencida que Tuxtla Gutiérrez era el lugar para hacer el trabajo de campo de mi investigación. La riqueza que me brindaba la apertura y disposición de los cirujanos, las relaciones con ellos estaban mediadas por otras dinámicas menos condicionadas por los afanes, el poco tiempo, y este último vinculado al dinero que se hacía o dejaba de hacer. Por otro lado, el hecho de que los médicos se conocían unos a otros y tenían una clara disposición a contar confidencias de sus colegas, era una ventaja que tendría que aprovechar. Del mismo modo, los pacientes esperaba que tuvieran mucha más apertura que aquellos sujetos ciudadanos atareados y atascados en el tráfico. La apertura que se da en este contexto, donde los médicos ven exaltado su ego con la presencia de una estudiante extranjera de maestría, revertía en una ventaja estratégica importante para el buen desarrollo del trabajo de campo.

Otro de los motivos por los cuales me pareció interesante realizar un estudio sobre cirugía plástica en este lugar es que se trata de una ciudad con pocos

cirujanos plásticos estéticos, en promedio son unos 5, de los cuales logré contactar tres de ellos, con lo cual la muestra resulta bastante representativa. Por otro lado, el hecho de ser una ciudad donde los ingresos no son muy altos podría dar cabida para que los precios de las cirugías fueran asequibles a una población de ingresos más diversos. Pero además, había descubierto un ámbito menos acartonado en relación a la cirugía plástica desde el lugar de estudio hasta los posibles interlocutores, todo esto mucho más acorde con mi propia forma de vida. De este modo, me sentía más cómoda en el desenvolvimiento de las relaciones.

1.2.3 El campo en Tuxtla Gutiérrez

Regreso en agosto a realizar el trabajo de campo, con la esperanza de que no hubiera cambiado mucho el panorama favorable para mí, sobre esto tenía un poco de inseguridad, ya que habían pasado unos meses. Era muy probable que la chica colombiana ya no estuviera, ya que ella era una mujer muy joven y era bastante entendible que su relación con el doctor no fuera estable. Efectivamente así fue, sin haberlo buscado, el doctor Miguel Ángel se encontraba en una fiesta de celebración del bicentenario colombiano, a la que yo también había asistido. Me comentó que ya no tenía la pista de mi amiga colombiana porque se había regresado para Colombia, pero me dio una cita para verlo. Pasaron varias semanas antes de que llegara al consultorio del doctor, en principio, porque andaba buscando un lugar cómodo y económico para alojarme y segundo, porque estaba tratando de buscar posibilidades de realizar entrevistas con pacientes de cirugía plástica a partir de otros contactos. Esta estrategia me quitó mucho tiempo, mucha energía y no fue muy efectiva. Incluso me contacté con una familia de origen indígena que se habían realizado, varios de ellos, una operación estética en la nariz, sin embargo, no accedieron a brindarme información o bien a proporcionarme una entrevista. Sin embargo, hubo algo que me quedó claro, casi cada persona a la que le preguntaba, por lo menos, conocía a alguien que se hubiera realizado un procedimiento estético en la nariz. Muchas de estas personas eran mayores o menores del rango que había planteado, es decir, del rango de personas

jóvenes y muchas de ellas eran personas mayores que se habían realizado la operación desde hacía mucho tiempo antes. Con todo, la gente no suele ser abierta para hablar de estos temas. Al parecer, la gente que se preocupa por la apariencia, quiere ocultarlo. Quieren ser vistos, pero sienten vergüenza de mostrar cuales fueron sus inconformidades que los llevaron a la cirugía estética. Luego de un tiempo cavilé sobre este tema y llegué a la conclusión de que no era fácil para hombres y mujeres aceptar una inconformidad con su propia apariencia frente a una persona totalmente extraña, era algo demasiado íntimo como para compartirlo de buenas a primeras. Sobre todo, porque en el caso de las mujeres su orgullo se vería confrontado por una par, con la que en términos de reconocimiento a través de la imagen, se podría posicionar en una situación de competencia. En el caso de los varones, el orgullo también se vería afectado, siendo el reconocimiento de su inconformidad con la apariencia un aspecto no muy apreciado desde una idea tradicional de masculinidad. Asumir una nueva forma de masculinidad que incluye la preocupación por el aspecto, que a su vez está vinculado con la feminidad, puede ser que no sea muy apreciado desde muchos sectores. Podría interpretarse como causa de inseguridad, por parte de una chica a la que, posiblemente, les interesaba impresionar.

Fueron varios los pacientes con quienes no se pudo concretar una cita, fue difícil descubrir en relación a esta familia indígena cuales fueron los motivos para rechazarme, ya que no los conocí personalmente más que a uno de los miembros que no se había operado. Otros cuantos me dejaron esperando en el lugar pactado de la cita, en específico dos mujeres. Otra chica me rechazó en el primer contacto telefónico. Otro de los chicos le dijo a su familiar, quien era mi contacto, que definitivamente no le hacía gracia hablar de ello. Un chico más quien me había comentado que varias de sus amigas tenían una operación de la nariz, no pudo conseguirme una cita. A pesar de todo, la mejor estrategia seguía siendo enganchar los pacientes a través de los cirujanos plásticos estéticos, o bien a través del cirujano otorrinolaringólogo, tal y como lo había planteado desde un inicio. La mayor parte de los pacientes tuvo alguna reticencia para acceder a una entrevista conmigo, claramente no se sentían cómodos hablando sobre el tema. Yo era impertinente para ellos y sobre todo,

porque estaba recabando un pasado sobre algo que no hubieran querido formara parte de su destino. Desafiaban la apariencia como destino genéticamente dado y con esto reforzaban la idea de que su destino genético había sido el equivocado, el indigno, el vergonzoso, el malformado. No podría ser algo fácil de afrontar. Esto me quedó más claro luego de haber entrevistado a un chico por Internet, que al final no terminó siendo candidato como interlocutor de la investigación. Él planeaba una cirugía de nariz, porque había comenzado a trabajar en Televisa y allí se lo habían sugerido, pero no había nacido o vivido en Tuxtla Gutiérrez y este era uno de los criterios de inclusión que había definido desde un inicio para enganchar los interlocutores. Antes de enterarme de este asunto, tuve una conversación con él, en la cual le explicaba de qué se trataba la investigación. Le expliqué varias veces, sin embargo su réplica era que no entendía. Yo hacía un esfuerzo para presentarle los elementos más claros y positivos de mi trabajo, de modo que no fuera a ser tomada su decisión de operarse como un cuestionamiento de mi parte. De todos modos, él me respondió que si acaso era malo que él se operara. Esta fue una oportunidad muy importante para darle a entender el verdadero sentido de la investigación, pero también para yo enterarme de lo que podía llegar a pasar por la cabeza de mis interlocutores justo cuando intentaba engancharlos. De ahí en adelante tuve mucho más cuidado en ser reiterativa a este respecto, pero aún así, esto no garantizaba el buen entendimiento por parte de ellos. La situación de haber realizado una entrevista por Internet le posibilitaba una mayor libertad al entrevistado para expresar plenamente lo que estaba pensando. Sin importar si yo tenía un rotulo que me calificaba como profesional, estudiante de posgrado, extranjera, mujer y mayor que él. Por supuesto, los pacientes que yo contactaba tenían esto en mente, lo cual podría ser interpretado de diversas maneras, pero seguramente habría algo del prestigio que denotaba mi estatus que dificultaba este tipo de interpelaciones, para las que era necesario una mayor horizontalidad. Esta interpelación solo se presentó en este caso de entrevista por Internet. Pero al mismo tiempo, se podría considerar que la mayoría de los interlocutores accedieron a la entrevista, persuadidos por el agradecimiento, el prestigio y la amistad que tenían con el cirujano.

En inicio, el proyecto planteaba un acercamiento etnográfico a la vida juvenil, la idea era explorar el contexto social de los pacientes de transformación estética, de modo que pudiera acercarme a los contenidos en relación con la belleza física desde sus familiares y amigos. Esta estrategia no fue posible en la medida que no se dio una apertura de parte de los pacientes como para poder llegar a introducirme en su círculo familiar o de amigos. Era la oportunidad de acercarme a las modas, gustos y estilos distintivos de un grupo de jóvenes, sin embargo, esta estrategia, no funcionó. De este modo, se replanteó la estrategia y se amplió la cantidad de pacientes y del mismo modo se disminuyó la necesidad de llevar a cabo un acercamiento más profundo con cada uno de ellos. En este sentido la importancia de la juventud quedó limitada a un criterio de inclusión dentro del grupo estudiado, más que una variable de diferencia en propiamente dicha. De todas maneras es importante decir, que de acuerdo con la información planteada por los cirujanos la mayoría de pacientes de cirugía plástica de la nariz son jóvenes.

Tuve que fijarme cuidadosamente sobre sus apariencias, con el ánimo de encontrar elementos de identificación que me permitieran una empatía inicial con mis interlocutores. Para este asunto fue útil el Facebook, desde el cual busqué a algunos de ellos y observé sus estilos de vestir, maquillaje, peinados. Me preguntaba qué sería de mí si no fuera mujer y si no coincidiera por lo menos en alguna medida con el ideal de belleza que los interlocutores tenían, tal vez hubiera sido más complejo. Nunca antes había usado maquillaje, pero comencé a usarlo con el afán de no ser interpretada por mis interlocutores como desacertada a la hora de presentarme en público. Este tipo de juicios podrían ser para mí inconvenientes en relación con la información que pudiera obtener y también en relación a esta apertura que quería conseguir con ellos. Nunca tuve un testimonio directo sobre cómo veían mis interlocutores mi propia imagen, pero no sentí un rechazo o bien alguna señal que me permitiera interpretar que se sintieran sorprendidos negativamente con mi apariencia. En caso de que hubiesen apreciado estos detalles, no fue suficiente para lograr una apertura a partir de la cual lograra trascender a su círculo de amigos.

Por su parte, la actitud del doctor Miguel Ángel, quien era mi interlocutor principal, siguió siendo de apertura, con el agravante de que parecía ser que encontrara en mí una persona interesante que podía ocupar el lugar de la chica colombiana que había partido. Esto no pudo ser más inconveniente para mí, ya que mis acercamientos tendrían que limitarse y la estrategia reformularse. Ya no recordaría al doctor que me había prometido entrar a la consulta con las pacientes, más bien haría toda mi observación en los lugares públicos, contactaría los pacientes a través de teléfono y sala de espera. Esto replantearía parte de mi estrategia, ya que no habría oportunidad de estar presente en el momento de la interacción médico- paciente. Un punto fundamental que había planteado para mi trabajo. A pesar de que manifesté varias veces que tenía un compromiso amoroso, no fue fácil que se entendiera que no era mi intención tener una relación del estilo que pretendía. Más tarde entendí que no solo se trataba del doctor, cualquier hombre que se acercara tenía la idea de que me encontraba “sola” y que por tanto parecía que estuviera “vulnerable” y por tanto necesitara una “compañía” o bien un “apoyo”. No había ni palabras, ni explicaciones que valieran. Lo peor era que no solo se trataba de los médicos, sino también de los pacientes, los conocidos y demás. Parecía que entendieran que las mujeres eran “vulnerables” cuando no estaban en compañía de sus parejas o solas, o tal vez influía el hecho de ser extranjera, pero también parecía que el papel de ellos fuera insistir, así se les rechazara de mil formas. Es más, el rechazo parecía un aliciente. Esto era una total pesadilla. En esas condiciones me sentía condenada al ostracismo, totalmente inconveniente para realizar una etnografía. Las cirujanas plásticas mujeres no existían en Tuxtla Gutiérrez y mi única salida era tener un acercamiento cauteloso y discreto.

Los acercamientos al consultorio del doctor Miguel Ángel se fueron intensificando en cuanto más me daba cuenta de mi fracaso en conseguir los interlocutores fuera del consultorio. El acercamiento fue tímido y comencé entrevistando las personas más próximas a él. Su secretaria era nueva y él mismo no la tenía en un buen concepto debido a que era muy inexperta. Se trataba de una chica joven, de unos 23 años, coqueta, muy arreglada en su aspecto, se preocupaba por combinar bien los accesorios con su ropa y

maquillaje. Lograba vestirse de manera llamativa. Al parecer yo no le inspiraba mucha confianza, ya que las conversaciones que intentaba entablar con ella siempre se veían interrumpidas por algo que ella tenía que hacer. Parecía que yo era impertinente. Sin embargo, cuando yo llegaba, ella estaba haciendo actividades “para pasar el tiempo” como pelotas de cabuya decorativas, o bien otras manualidades. Nunca tenía tiempo para ayudarme a buscar los pacientes y a veces me citaba en horas en las que no se encontraba en la oficina, así fuera su horario de trabajo. El doctor, por su parte, consideraba esta situación inconcebible y se esforzaba para darle a entender que requería más diligencia de ella para conmigo. Mi mejor carta era la posibilidad de revisar la agenda de pacientes y sus historias clínicas, lo cual lo hacía en el horario que el doctor no estaba y que me encontraba sola con la secretaria. Llegaba entonces a las horas que había citas con pacientes que podrían ser mis interlocutores. Comencé a sospechar de una probable relación entre la secretaria y el doctor, ya que la actitud de la secretaria hacia mí parecía responder un comportamiento celoso, cosa que nunca pude comprobar. El doctor, mientras tanto, se encontraba muy ocupado en sus actividades deportivas y recreativas, lo que era un beneficio ambiguo para mí. Mi acercamiento se inició de manera más aguzada cuando apareció de nuevo la chica colombiana y pareja del doctor Miguel Ángel. Esto coincidió con un cambio de secretaria y con el inicio de la fecha de vacaciones de colegios y universidades. La oficina estuvo cerrada varios días, al parecer, porque no había quien atendiera. Comencé a ir diariamente con el consentimiento de la nueva secretaria, con quien me relacioné maravillosamente y con el beneplácito de la pareja del doctor. Todo se reordenó de nuevo a mi favor. De modo que llegué a acercarme bastante a ellos. Los acompañé a casi cualquier lado, su casa, la casa de sus amigos, discotecas, bares, restaurantes, etc. Esta cercanía me posibilitó una interlocución privilegiada, en el sentido que en ocasiones resultaba tener la posibilidad de contrastar y reiterar las preguntas de las entrevistas en otros ámbitos diferentes y menos artificiales al de la entrevista propia.

El último médico que visité fue el doctor Leonardo, con él siempre hubo inconvenientes en la comunicación a la hora de proponer una cita, ya que bien se encontraba fuera de la ciudad o no coincidíamos en los horarios. Así que lo

busqué solo hasta que la estrategia con el doctor Miguel Ángel parecía tambalear. La primera cita con el doctor Leonardo la tuve cuando había pasado la mitad de mi tiempo en campo y cuando ya no era tan relevante su apoyo. El consultorio de este doctor está en un centro médico ubicado en lo que podría llamar “la zona rosa” de la ciudad, en medio de una zona de vocación comercial, especialmente de servicios recreativos como restaurantes, cafeterías y bares. El edificio es de dos plantas y donde se encuentran otros consultorios de distintas especialidades médicas. La ubicación resulta ser muy estratégica y tal vez es la zona más prestigiosa donde se encuentra ubicado algún consultorio de cirugía estética que haya visitado en Tuxtla Gutiérrez. La sala de espera se trata de un salón donde están ubicados los consultorios. La recepción es compartida para unos seis consultorios y dos recepcionistas están allí atendiendo, sin mucha congestión, porque son pocos los pacientes. El consultorio del doctor es amplio, lujoso, con espacios bien distribuidos. Su escritorio es amplio, tiene dos computadores uno de base y otro portátil, una silla ortopédica y detrás de él un gran cuadro de Jesús en el Monte de los Olivos. Estaba vestido con un pantalón de paño, una camisa tipo polo y su bata blanca.

Me saludó muy amablemente y muy pronto me di cuenta que había algo de su imagen no muy adecuado para un cirujano plástico estético. Entre todo, era lo único disonante en la presentación de su imagen, se trataba de un tic nervioso bastante marcado. Al pasar de los minutos me di cuenta que su lenguaje tampoco era muy expresivo o prolífico, más bien era concreto. Me sentía culpable de que se acentuara su tic y creo haberme sentido tan incómoda como él en cuanto más se agudizaba. Esta situación me permitía recibir información que él no estaba controlando fácilmente. Cada vez que tenía dificultades para responderme una pregunta, notaba como su tic se acentuaba. A pesar de que en esta entrevista yo pretendía entrevistarle, terminó por entrevistarme a mí, averiguar todos mis objetivos y metodología de la forma más concreta y rápida posible. Me abordó con muchas preguntas y una vez terminó me dijo que me ayudaría con algunos pacientes y que me llamaría cuando ya los tuviera. No me permitió entrevistarle. Estuve esperando durante varias semanas, pero no me llamó así que decidí llamarlo. Cuando tuvimos una

entrevista de nuevo solo me dio el teléfono de sus pacientes, pero me advirtió que él debería llamarlos primero y que me avisaría cuando ya los hubiera llamado, esperé durante varios días y no recibí su llamada, entonces decidí llamarlo de nuevo. Para cuando tuvimos la nueva cita ya era muy tarde en mis tiempos de campo y decidí no trabajar ya con sus pacientes, así que le hice una entrevista más formal y eso fue todo.

En total fueron entrevistados cuatro cirujanos plásticos, uno de la Ciudad de México, del que se consideró su entrevista sólo en el capítulo final, en la medida que se trata de generalidades de la visión del médico sobre el paciente; dos médicas estéticas, tres cirujanos plásticos de Tuxtla Gutiérrez, siendo uno enfocado principalmente a la cirugía reconstructiva, los otros dos enfocados en la cirugía estética. Me contacté con un cirujano otorrinolaringólogo. Con las dos médicas estéticas tuve, con cada una de ellas, una entrevista de aproximadamente 40 minutos. Con la mayoría de los cirujanos tuve una entrevista de más o menos una hora, mientras que con un cirujano plástico estético, quién fue el interlocutor principal, obtuve tres entrevistas formales con una duración promedio de dos horas cada una. La observación que realicé con este último cirujano fue bastante amplia, siendo la mayor parte desde la sala de espera contigua a su consultorio, pero también en una ocasión en consulta y en tres ocasiones acompañé a las pacientes durante el proceso de internamiento y en una ocasión el proceso quirúrgico desde un salón contiguo no esterilizado. Las entrevistas con los médicos se realizaron en sus consultorios o en otras locaciones del hospital, solo en una ocasión se realizó una entrevista en un restaurante.

Se entrevistaron diez pacientes con experiencia de cirugía plástica; seis mujeres y cuatro hombres, la mayoría de estas entrevistas se realizaron o en lugares públicos como restaurantes o cafeterías o bien en sus hogares. También fueron entrevistados 4 pacientes potenciales, tres mujeres, quienes se entrevistaron en el hospital internas y una mujer transgénero que se entrevistó en su casa. La duración promedio de estas entrevistas fue de una hora, siendo dos pacientes quienes accedieron a darme más de una entrevista.

1.3 Herramientas conceptuales

Entendiendo la *apariencia física* como los estímulos que dan cuenta del aspecto visual de una persona, considero que la manera de entender propiamente de qué forma vive la persona su apariencia física con inconformidad o bien con estimación propia se encuentra principalmente asociado con la sensibilidad de la persona en relación a su apariencia física y/o la de otros, es decir, con el ámbito de la experiencia. En este sentido resultan de importancia los aportes de Byron Good (2003) en relación con la narrativa y la experiencia. Según este autor, la estrategia narrativa es una forma mediante la cual, la experiencia es representada y relatada, de modo tal, que los acontecimientos son presentados con un orden significativo y coherente, dando sentido a las personas afectadas por ella. Tales relatos no solo informan y refieren experiencias y acontecimientos desde la perspectiva del presente, también hacen referencial al pasado y al futuro en la medida que organizan nuestros deseos y estrategias dirigiéndolas hacia fines imaginados y acordes con actividades concretas. Los narradores están altamente implicados en tratar de dar sentido a la experiencia a través de los relatos. “La experiencia significativa aparece en la memoria como relatos, y el hecho de recordar y relatar tales historias permite acceder a las experiencias inmediatas” (294 pp.). De acuerdo con estos planteamientos nos hemos aventurado a proponer una definición de narrativa que atraviesa el trabajo. Entendemos pues la narrativa como un relato de acontecimientos seleccionados y organizados de acuerdo con un consenso cultural e ideológico que afecta de manera diferencial a los sujetos y que se expresan a partir de representaciones y percepciones dando, de esta forma, sentido a la experiencia.

1.4 La construcción del texto

De acuerdo con Good (2003) la experiencia vivida y los relatos tienen una compleja relación, no solo para los que evocan tales relatos, sino también para los antropólogos. La interacción entre la lectura de la antropóloga y las narrativas de los interlocutores producen como resultado la etnografía. Como

veremos en adelante, el trabajo ha intentado avanzar de modo que se sigan las perspectivas de las narraciones desde los interlocutores, luego se evalúan las narraciones y las acciones de los interlocutores y de esta manera se produce una nueva comprensión, como proceso de construcción de significado.

CAPITULO II SOBRE EL MARCO TEÓRICO

2.1 Sobre los debates en relación a la cirugía plástica estética

La variabilidad de los juicios en relación a la belleza resulta considerable acorde con el corolario de que se trata de una construcción sociocultural. Sin embargo, para la antropología es poco usual abordar el tema de la belleza física a pesar de que la apariencia física ha sido uno de los principales elementos que han configurado la noción de raza. De todas formas, las aproximaciones que se han dado sobre este rubro se vinculan con los debates en relación a la cirugía plástica que han sido principalmente abordados desde la óptica del feminismo, señalando algunos puntos en consideración a las estructuras de poder patriarcales que operan sobre los criterios de apreciación de la belleza física femenina. Una perspectiva alternativa, que a su vez se define como feminismo, defiende una agencia femenina en el sentido del empoderamiento buscado y logrado a través de la belleza (Davis, 2007). Este debate entre agencia o estructura se encuentra abierto y este trabajo se encuentra orientado a contribuir en este sentido.

La producción académica en relación a la belleza física ha sido liderada por las feministas en la medida que las mujeres resultan ser las protagonistas principales de las prácticas de embellecimiento, las dietas, el ejercicio excesivo y las cirugías estéticas. De acuerdo con varios de los cirujanos, la proporción de pacientes de cirugía plástica en relación al género es de nueve mujeres por cada hombre. De este modo, resulta evidente que la transformación estética es un asunto principalmente femenino.

Un estudio pionero en vincular la crítica feminista y la cirugía estética es el de Morgan (1991). Ella considera desde un análisis foucaultdiano, que a través de ésta se normaliza una patología narcisista en el cuerpo femenino como un espacio de poder y disciplinamiento a través de la tecnología. Cuestiona la autodeterminación de las mujeres como sujetos para otros, donde el erotismo femenino se niega, pero la mujer se define como objeto de deseo, belleza y fertilidad, siendo estos valores los que definen su autoestima en la medida que

es una de las pocas posibilidades de poder legítimo dentro de una cultura patriarcal. Hace, de igual modo, referencia a los estigmas raciales como rasgos privilegiados para someter a intervención. Trae a colación el ejemplo de la nariz judía y negra, considerando la belleza como condicionada a los estereotipos étnicos de los grupos dominantes. Relaciona el hecho de que las mujeres sean las que con mayor frecuencia se sometan a la cirugía plástica estética, bajo la interpretación que hacen las ciencias biomédicas del cuerpo de la mujer como inferior, imperfecto, infantil, y en este caso, deforme.

Bordo (1993) es otra autora que ha trabajado la belleza física desde la premisa de que ésta se sustenta en codificaciones de las diferencias de raza, clase, género y etnicidad. La autora plantea que los “lectores” del significado del cuerpo experimentarán respuestas múltiples a la misma imagen, sin embargo, las interpretaciones múltiples no representan una traba para perderse en efectos importantes de la activación cotidiana de representaciones de la cultura de masas sobre la masculinidad, la feminidad, la belleza y el éxito. Considera que dichas representaciones homogeneizan a su vez que presentan un ideal que hace referencia a una supremacía genérica y racial, aunque también se suavizan todas las “diferencias” raciales, étnicas y sexuales.

La autora considera que la cirugía estética no propicia la afirmación de diversos estilos étnicos y raciales de belleza. Más bien opina que se trata de todo lo contrario y que la supremacía racial junto con la obsesión por la belleza se configuran como paradigmas del cuerpo sexualmente aceptable a partir de los personajes públicos como cantantes y actrices. De este modo, a partir de la cirugía estética se establecen expectativas culturales de cómo se “deben” ver las mujeres a los cuarenta y cinco y a los cincuenta años, ocultando la cronología de un cuerpo en la apariencia cuando envejece físicamente. Su marco de referencia es foucaultiano/feminista desde el cual plantea que no se debe de considerar a los hombres como el enemigo. Hacerlo sería ignorar no sólo las diferencias de poder en las situaciones raciales, sexuales y de clase de los hombres; sino el hecho de que la mayoría de los hombres, igual que las mujeres, se encuentran incrustados e implicados en instituciones y prácticas que ellos, como individuos, no crearon ni controlan.

Más aún, ese marco de referencia la lleva a reconocer el grado en que las mujeres están orientadas a sostener el sexismo y los estereotipos sexistas. Muchas, si no la mayoría, de las mujeres son también voluntarias participantes entusiastas de dichas prácticas culturales. Los hombres no son el enemigo, pero con frecuencia pueden tener un mayor interés en sostener instituciones dentro de las cuales han ocupado históricamente posiciones de dominación sobre las mujeres.

En relación a la cirugía estética, la raza y el género existen algunos aportes sobre todo relacionados con mujeres de origen asiático, como es el caso de Kaw (1993), que además se posiciona desde el enfoque de hegemonía-subalternidad de Gramsci para entender como en los sectores subalternos se internalizan estereotipos de género y raciales asociados a patrones de belleza, los cuales generan su propia dominación en la práctica diaria. De igual modo, ubica la institución médica de cirujanos plásticos como generadores de sentido común sobre la realidad. El estudio de Kaw consiste en una etnografía sobre los procedimientos quirúrgicos demandados por las mujeres asia-americanas en Estados Unidos que recurren mayormente a realizarse cirugías de los párpados de modo que sus ojos queden más abiertos y también recurren a la cirugía de la nariz, de modo que quede más cincelada o también se pueden implantar un puente de silicona en la nariz para que tenga una apariencia más prominente. Este estudio se centra en las fuerzas culturales e institucionales que llevan a las mujeres asia-americanas a alterar la forma de sus párpados y nariz. La autora argumenta que la cirugía se presenta como una salida ante el estereotipo racial de las características físicas genéticas asociadas con estupidez, pasividad y falta de sociabilidad. Todo ello bajo la autoridad de la medicina que promueve estos estereotipos raciales. La medicina como productora de normas contribuye a mutilar cuerpos bajo una norma etnocéntrica. En este sentido, la autora encuentra que las minorías raciales deben internalizar la imagen del cuerpo de la ideología racial de la cultura dominante, de modo que se revise y modifiquen las partes del cuerpo. La autora entiende el cuerpo y la cirugía estética como una mutilación que expresa la alienación en la sociedad y la negación del cuerpo inducida por relaciones desiguales de poder. Sin embargo, las interlocutoras no ven la cirugía como un

acto de mutilación, más bien sienten que están ejerciendo su americanidad al tomar una decisión propia sobre su cuerpo. Unas apelan a que están formando su propio estándar de belleza y otras niegan que quieran reproducir un estándar de belleza occidental. En los libros médicos de cirugía plástica que la autora revisó, igualmente se estigmatizan las características físicas asiáticas de las cuales se dice que son anormales. Por tanto, la autoridad de la racionalidad científica y la eficiencia técnica de la medicina normaliza los sentimientos negativos de las mujeres de ascendencia asiática en relación con sus características.

Song (2003) realiza un trabajo con un enfoque similar a de Kaw, sin embargo intenta proponer un nuevos elementos de modo que la introducción del análisis sobre la clase y de la cirugía como rito de paso, lo diferencian del aporte precedente. Song (2003) trabaja con 15 jóvenes entre los 19 y 25 años, entre las cuales 5 ya se han hecho la cirugía plástica bien de la nariz, de los párpados o ambas, 5 que desearían realizarse alguna de estas cirugías y 5 quienes nunca se realizarían una cirugía plástica, todas ellas son de estratos altos de la comunidad asiática residente en California, Estados Unidos. A pesar de que se trata de rasgos que la autora considera raciales, las entrevistadas nunca consideran que quisieran verse más “blancas” sino más bien argumentan la búsqueda de la “belleza”. La autora es crítica frente a este postulado, ya que lo que se considera bello es justamente aquello que identifica como racialmente blanco. Las entrevistadas tienen conversaciones frecuentes sobre el deseo de realizarse una cirugía plástica, pero evitan tener estas conversaciones con personas que no sean pertenecientes a su comunidad asiática, porque no pueden ser cuestionadas. De igual modo, la autora considera que la cirugía plástica opera como un elemento de distinción asociado a la clase. En este sentido, se reconocen los procedimientos quirúrgicos como una inversión en el capital simbólico de la persona, pero también se considera la importancia de la cirugía plástica como un rito de paso entre las jóvenes para entrar a la adultez, comenzar una vida profesional y conseguir pareja.

Por su parte, Blum (2005) comienza describiendo su propia experiencia de cirugía plástica de la nariz, la cual se llevó a cabo por disposición de su madre, cuando ella era una adolescente. Relata su sufrimiento en relación a su transformación en el sentido que no solamente no se encontraba satisfecha con el resultado estético, pero también se sentía despreciada por su madre quien la había considerado “fea”. La autora considera que en su contexto estadounidense se ha normalizado la patología que implica la inconformidad con el cuerpo y tratamiento a través de la cirugía estética. El cuerpo parece que cobra valor cultural, solo cuando puede convertirse en *el cuerpo*, a través de rutas que se diseñan, haciendo ejercicio, dieta o cirugías. Es decir, que se ha *normalizado* la experiencia patológica del cuerpo. Todo esto la autora lo vincula con la cultura de la celebridad.

Estos antecedentes presentados hasta aquí aportan puntos de vista importantes y a pesar de que se diferencian entre sí, éstos tienden a fortalecer el argumento, de acuerdo con el cual, la transformación estética es un mecanismo de poder patriarcal más, que opera sobre el cuerpo femenino. Los enfoques antes presentados se contraponen con la postura de Edmonds (2007), quien analiza fenómeno de la cirugía plástica en Brasil, sustentando que la estética, sobre todo femenina, se configura como un elemento de expresión de identidades nacionales constituidas a partir de la valoración del mestizaje. El autor se propone argumentar que los ideales de belleza del cuerpo son una categoría autónoma con una lógica propia que no se reduce a elementos ideológicos. Sin embargo, su argumento se despliega en el sentido contrario, demostrando la importancia de la ideología en la configuración de los ideales de belleza. Su argumento trae a colación la importancia de las construcciones de relatos nacionales en relación al mestizaje, principalmente atribuidos al trabajo de Gilberto Freyre, según el cual, la miscegenación contribuía de manera positiva a la construcción de nación en el sentido que se combatía el racismo por esta vía, con la consecuencia de que algunos componentes estéticos de lo que se representa por afrobrasileño se valoraban en relación a la sensualidad. En este sentido los ideales de belleza nacionales terminaron por privilegiar elementos considerados raciales de procedencia afrobrasileña y estableciendo una jerarquía en la que la mezcla europeo-

indígena se encontraba en situación de inferioridad sobre la mezcla afro-europea. Finalmente el autor analiza el papel de la “cirugía de nariz negroide” y considera que no tiene gran importancia para entender los elementos raciales de los que se componen los ideales de belleza, argumentando que más bien la cirugía plástica contribuye a diversificarlos, más que a homogeneizarlos.

Con respecto a la posición de Edmonds (2007), me encuentro de acuerdo en que los ideales de belleza van más allá de los contenidos raciales con los que se pueda asociar. Sin embargo, me parece que los elementos ideológicos tienen un papel importante en la constitución de éstos, que son los que nos ha interesado señalar. De todas formas, considero que el argumento de este autor, antes que negar esta hipótesis del carácter ideológico de la belleza, la refuerza, en el sentido que es la ideología de la miscegenación la preponderante en Brasil y de acuerdo con la cual se guían los ideales de belleza. Además es de recordar que Gilberto Freyre consideraba positiva la miscegenación, en el sentido que se combatía el racismo de esta manera, pero lo que deja de visualizar Edmonds es que su argumento se contradecía con la práctica que era en sí misma racista. Es decir, tanto la promoción de la mezcla para efectos de solapamiento de un factor primordialmente negro o indígena, como el aislamiento o exterminio de ciertos grupos, considerados raciales, denota una carga racista. Asimismo, considero que el autor realiza un análisis poco problematizado sobre el papel de la “cirugía de nariz negroide” para considerar la importancia de los elementos raciales asociados a ésta, sobre todo aquellos asociados con los rasgos considerados blancos.

Davis (2007) por su parte argumenta que las mujeres acuden a la cirugía estética, no tanto para destacarse entre otras mujeres, sino más bien para ser parte de las que consideran como “normales”. Pero además considera que la cirugía estética hace parte de un proceso de su agencia, donde la mujer no es un objeto pasivo, sino un sujeto agente de un empoderamiento. La autora plantea que: “...a pesar de que la cosificación del cuerpo femenino es parte esencial de la situación que vive la mayoría de las mujeres occidentales y da cuenta de un sentido compartido de alienación corporal, las mujeres también son agentes, esto es, sujetos bien informados y activos que buscan superar su

alienación... la cirugía cosmética puede, de manera paradójica, ofrecer una vía para convertirse en sujetos encarnados en lugar de permanecer como cuerpos cosificados.”(110 p.) Es en este sentido, la autora considera que la cirugía plástica les permite a las mujeres convertirse en sujetos y no cosas, en el sentido que por esta vía las mujeres ganan poder. Sin embargo, lo que la autora no se pregunta con claridad es sobre los términos sobre los cuales estas mujeres ganan dicho poder. De todas maneras, encuentro que su posición entra en contradicción con lo que en otro momento expone: “Tal vez no sean capaces de “trascender” sus cuerpos como supuestamente lo puede hacer el sujeto masculino... no se trata de una solución. Tampoco resuelve los problemas de encarnación femenina, mucho menos abre las puertas al camino de la liberación” (110 pp.) En este sentido su argumento resulta ambiguo, en tanto que la agencia parece considerarse al mismo tiempo desde dos definiciones: como práctica que denota libertad, elección, empoderamiento y también como una forma en que la acción social y la estructura social se constituyen mutuamente. Este tipo de contradicciones las encontramos a lo largo del trabajo de esta autora, y por tanto considero que su postura teórica se encuentra mal concebida.

Los antecedentes de estudios sobre cirugía plástica en México son escasos. Sin embargo, este estudio contribuye a ampliar el debate en este contexto donde se destaca el aporte de Guerrero (2009), quien considera la cirugía estética como elemento para la configuración de identidad de género a partir de la experiencia corporal de seis mujeres de la Ciudad de México, las lógicas y relaciones de género y poder, inscritas en sus cuerpos a partir de la decisión de modificarlos quirúrgicamente con fines estéticos. La autora entiende el género como un sistema simbólico y lo relaciona con la sexualidad, la clase y la etnia. Entiende la experiencia y la cirugía estética como resultado de la autonomía liberal de mujeres que ejercen un poder sobre sus propios cuerpos y vidas. A partir de ello se accede un mejor trabajo, una mejor vida sexual, se mejora la autoestima, se es consumidora feliz, y se eliminan los prejuicios propios.

Para la autora, la teoría crítica feminista plantea nuevas formas de interpretar la experiencia corporal con fines estéticos, ya que muestra facetas que están

ocultas en la visión tradicional del cuerpo y de la experiencia, que se aborda en estudios de género, considerando de este modo, las relaciones de poder. La autora da cuenta de las narraciones que hablan de ganancias en lo personal, laboral, social y económico. Subraya la autonomía corporal al decidir realizarse una modificación “a gusto” o de la misma manera, ser creadora de las formas disponer de “una misma”, ser propietaria de sí y por tanto de su propio cuerpo. Sin embargo, al mismo tiempo considera la importancia de los medios de comunicación masiva en proponer dichos ideales, los cuales privilegian los ideales del cuerpo asociados con características anglosajonas. Algunas de las mujeres que entrevista son económicamente dependientes y en muchas ocasiones, con fuerte presión por parte de pareja, amigas, madres o médico quienes son los actores que puntualizan y afirman como deben ser los cuerpos o cómo quieren que sean los cuerpos, más allá del sujeto mismo. En este sentido cuestiona los ideales modernos de autonomía y libertad, así como el poder de decisión para modificar sus cuerpos, pero a pesar de todo, reporta como positivo el cambio que las mujeres experimentan en sus vidas, en sus relaciones interpersonales, laborales o eróticas a partir de su cirugía. En nuestra opinión la autora mantiene la misma línea contradictoria de la propuesta de Davis (2007) otorgándole un peso mucho mayor a la elección, vinculada con libertad y una crítica mucho menos contundente sobre los aspectos estructurales.

Si bien, no existen trabajos sobre cirugía plástica en la zona, un tema relativo ha sido abordado por Cruz (2006), quien realizó una tesis de doctorado sobre las prácticas de embellecimiento de jóvenes mestizas e indígenas. La autora propone el concepto *Modelo Hegemónico de Belleza* que define como un ideal “con un contenido altamente simbólico, que se presenta dominante y es elaborado por los medios de comunicación y convertido en productos mercantiles con el objetivo de consumir valores y transformarnos, no solo las prácticas corporales sino subjetividades de manera insistente e imponente” (Cruz, 2006:46). Pero también está asociado a una valoración sobre los aspectos físicos considerados anglosajones, con las características de una mujer delgada, rubia, de tez blanca, estatura alta y ojos claros. Estos rasgos se constituyen en valores contribuyendo a cosificar las características físicas de

las mujeres por sobre las intelectuales, morales o culturales, convirtiéndolas en objetos sexuales, de apreciación estética y de consumo. Este modelo hegemónico penetra de manera consensuada y habitual, los sistemas de valores, las actitudes y los pensamientos concernientes a la vida cotidiana y al sentido común. Las mujeres, tanto mestizas como indígenas, se apropian de manera diferencial del modelo hegemónico de belleza, a través de las prácticas de embellecimiento que funcionan como un conjunto de técnicas empeladas para llegar a ser un tipo de mujer y moldear un tipo de feminidad. Pero a su vez, la autora también quiere dar cuenta de los conflictos, roces, tensiones, comunicación y dialogo que se propicia a propósito de identificación y rechazo de ciertos rasgos culturales y físicos. De acuerdo con esta autora, la representación del indio en México está estructurada de una serie de imágenes museográficas que los describen de piel morena, rasgos mongoloides, con una serie de ornamentos. Esta representación está basada en discursos racistas que califican a los indígenas con actitudes y creencias premodernas, incivilizadas o bárbaras. Esta representación sirve para justificar el menosprecio, la discriminación y la segregación. En San Cristóbal subraya la existencia de particularismos culturales para deducir una inferioridad como expresión de lo que la autora ha definido como neo-racismo.

De acuerdo con esta autora, lo feo es definido en este contexto como lo moreno, los ojos rasgados, el cabello lacio y parado, lampiño, pestañas caídas y esto se asocia a lo despreciable, lo chinto, lo corriente, lo ranchero, lo sucio, lo pobrecito, lo indio y lo chamula. Los elementos culturales se biologizan llegando a representarse en ciertos cuerpos que distinguen una población de la otra por la vestimenta, el comportamiento, el arreglo, la manera de comer, en fin, la dimensión corporal. Los criterios para definir a los indígenas como más feos que el resto de la sociedad están sustentados realmente en la diferencia cultural, más que en la física. Pero la diferencia de la corporalidad sustenta el establecimiento de la representación sobre lo feo indígena, lo bello lo anglosajón.

A pesar de que hemos considerado hasta aquí que las prácticas de embellecimiento se encuentran orientadas a agenciar un determinado tipo de

feminidad, es de resaltar que los pacientes entrevistados en este estudio dan cuenta de cómo ésta preocupación por la belleza se convierte cada vez más en parte constitutiva de masculinidades alternativas. De acuerdo con Davis (2007:147) la cirugía cosmética pertenece a un amplio régimen de tecnologías, prácticas y discursos que definen al cuerpo femenino como deficiente y con necesidad de una transformación constante. Sin embargo, un número creciente de hombres se someten a cirugía cosmética. Esto es interpretado por la autora como contradictorio con los preceptos de una masculinidad hegemónica, desde la que se promueve el cultivo de la razón en desmedro del cultivo del cuerpo, de modo que se niega, se ignora y si se centra la atención en él es cuando tiene todo bajo control.⁹ Por tanto, la autora concluye que la cirugía cosmética no puede “realzar” la masculinidad para los varones de la misma manera que “realza” la feminidad para las mujeres, porque someterse a una cirugía para los hombres implica un acto de feminidad que es tomado como transgresión simbólica de las normas de la masculinidad dominantes. Por otro lado, plantea la autora, el cuerpo masculino es un cuerpo que interviene, más que dejarse intervenir, ya que para ello es necesaria la sumisión a la autoridad del médico y la renuncia a la voluntad lo que se opone de igual manera a la masculinidad dominante.¹⁰

En este sentido me encuentro de acuerdo con los planteamientos de Davis, según los cuales, considerar la equidad de los géneros en la preocupación de la belleza contribuye a negar la importancia evidente que en la actualidad tiene la diferencia de género. Más bien, la inclusión de pacientes masculinos en este trabajo contribuye a reforzar la teoría que aduce el surgimiento de masculinidades alternativas y no hegemónicas en el escenario de la transformación estética del rostro.

⁹ El concepto de masculinidad hegemónica ha sido acuñado por Connell (2005) y hace alusión a la representación dominante de masculinidad que se relaciona con la norma, con la manera más honorable de ser hombre y que legitima ideológicamente la subordinación global de la mujer, pero dicha definición también implica la posibilidad de múltiples masculinidades al margen de esta hegemónica.

¹⁰ Sobre esto es interesante comentar que uno de los cirujanos entrevistados en este trabajo quería realizarse una operación en la nariz de reducción de las alas nasales y al preguntarle sobre la persona que lo iba a intervenir hablaba de un amigo de su confianza, pero a pesar de esto, quería él mismo realizarse los dibujos en la cara que marcaran por donde iría el bisturí. Este mismo doctor, habituaba usar polvo para la cara diariamente, práctica que se ha considerado principalmente femenina.

Davis (2007) sugiere que los hombres que se someten a cirugía estética son mal vistos por algunos cirujanos o bien por la literatura médica, suponiéndolos peligrosos, anormales, desviados. En concordancia con lo anterior los autores Rosemary y Kimberley (2009), plantean que aquellos hombres más están proclives a preocuparse por los aspectos estéticos tienen una autoestima deteriorada, en el sentido que los modelos de confrontación son imágenes poco alcanzables promovidas por los medios de comunicación y que no mantienen una relación con la apariencia física promedio de los hombres comunes. Sustentan así, que la fuente que genera mayores inseguridades son propiamente los medios de comunicación, sin embargo prefieren no tocar el tema de las mujeres.

En relación a los puntos de partida teóricos de los estudios presentados podemos decir que se pueden destacar dos diferentes tendencias para entender el poder y el cuerpo; aquellos estudios que parten de un enfoque desde los aportes de Foucault y los que parten de los aportes sobre hegemonía de Gramsci. En este estudio hemos querido enmarcar nuestra perspectiva desde este último, en la medida que la investigación apunta a entender cómo en los sectores subalternos se internalizan estereotipos de género y raciales que revierten en su propia dominación a nivel no conciente y que están asociados a patrones de belleza, a partir de los cuales se sustentan las prácticas médicas de transformación estética.

2.2 Hegemonía en Gramsci

A lo largo de Los Cuadernos de la Cárcel el término de *hegemonía* se repite en diversos contextos, en principio, refiriéndose a la alianza de clases del proletariado con otros grupos explotados en lucha contra la opresión del capital y poniendo énfasis en la necesidad de concesiones y sacrificios del proletariado en relación a sus aliados para conquistar la hegemonía sobre ellos.¹¹ En este sentido, Gramsci se refiere a la necesidad de unir fuerzas

¹¹ Antes de ser usado por Gramsci, el término hegemonía hacía parte de las consignas políticas centrales en el movimiento socialdemócrata ruso desde finales de 1908. El término empezó aparecer en los escritos de Plejanov en 1883, donde se refería a la necesidad de que la clase obrera rusa emprendiera una lucha política contra el zarismo y no únicamente una lucha económica en contra de sus patrones. Este autor

aliadas para crear un nuevo bloque histórico-político-económico homogéneo sin contradicciones internas (Gruppi,1978). Sin embargo, este no fue el único y principal uso del término hegemonía en Gramsci, ya que hasta el momento el concepto no parece tener un mayor distanciamiento de lo ya planteado por Lenin. El mayor aporte teórico de Gramsci se trata justo de su distanciamiento sobre esta primera noción del concepto, pasando de usar el término en un contexto donde se planteaba la revolución burguesa contra el orden feudal, al uso del término para entender los mecanismos de la dominación burguesa sobre la clase obrera en una sociedad capitalista estabilizada. Es decir, que Gramsci, le da un nuevo uso al término hegemonía de manera que se generaba a una teoría del poder en la historia y no solo relacionado con el contexto de la revolución burguesa. La premisa más importante que surgió de esta actualización del concepto a la nueva época se trató de que las posiciones estructurales de la burguesía y del proletariado eran históricamente equivalentes (Anderson, 1981).

Gramsci entiende la ideología de manera diferente que la forma clásica, se trata de un todo orgánico y relacional, encarnado en aparatos e instituciones que se sueldan en torno a ciertos principios articuladores básicos de una formación hegemónica. Pero además, el punto más importante de la concepción de ideología de Gramsci es la ruptura con la problemática reduccionista de la ideología. Los sujetos políticos en las formaciones hegemónicas no se presentan caracterizados por su pertenencia de clase -en

argumentaba que la burguesía rusa era demasiado débil para tomar la iniciativa en la lucha contra el absolutismo. En este sentido, consideraba que el proletariado apoyaría la burguesía en la revolución donde esta última se posicionaría como clase dirigente. Axelrod y Lenin, rescatan el uso del término hegemonía en el mismo sentido que Plejanov. Desde entonces los teóricos marxistas adoptaron este concepto. (Anderson,1981:31). El término *hegemonía* se usaba en Lenin para dar cuenta de la alianza de clases que debía darse para el desarrollo del capitalismo con condiciones más favorables para el proletariado (Gruppi, 1978).

Tras la revolución socialista de 1917, el término hegemonía cayó en un relativo desuso, debido a que se hizo inoperante. Desde entonces el término dejó de tener vigencia al interior de la URSS. Sin embargo sobrevivió en los documentos de la internacional comunista. Durante el IV Congreso, en 1922, el término hegemonía se extendió, según parece por primera vez, con una connotación diferente, haciendo alusión a la dominación de la burguesía sobre proletariado. Se afirmaría que la burguesía siempre trataría de separar lo político de lo económico para mantener a la clase obrera controlada, de modo que ningún peligro serio pudiera amenazar su posición. De este modo, es posible que la noción de hegemonía de Gramsci, pueda haberse alimentado de los documentos sucesivos de la Internacional Comunista (Anderson, 1981).

el sentido estricto del término-, sino que se entienden como voluntades colectivas complejas. De esta manera, los elementos ideológicos articulados por la clase hegemónica no tienen una pertenencia de clase necesaria. La voluntad colectiva resulta de la articulación político ideológica de fuerzas históricas dispersas y fragmentadas. De esto podemos deducir la importancia del "aspecto cultural", presuponiendo este como una unidad "cultural-social" a través de la cual una multiplicidad de voluntades dispersas y con objetivos heterogéneos terminan confluyendo en torno a un único objetivo sobre la base común de una concepción del mundo compartida (Laclau y Mouffe, 2004). Es así que aparecen entonces las clases hegemónicas y subalternas, entendiendo la subalternidad como la clase que no puede ejercer la hegemonía ya que no está unificada y tampoco corresponde al estado que es el que puede lograr tal unidad a través del control (Roseberry, 2001). Sin embargo, a pesar de que se reafirma la determinación económica en la configuración de la hegemonía, la novedad aparece en el carácter intercambiable de la identidad de los contrincantes, que no está fijada desde el comienzo y que cambia constantemente en el proceso, surgiendo transformaciones históricas que se entienden como una serie discontinua de formaciones hegemónicas (Laclau y Mouffe: 2004, 83).

De esta manera, Gramsci denota pluralidad o diversidad tanto para las clases dirigentes como para las subalternas. Pero además otra claridad que subyacía en el pensamiento de Gramsci, es que comprendía bien la fragilidad de la hegemonía. Esta afirmación se establece sobre la base de su interpretación del fracaso de la burguesía piamontesca para formar una nación-estado, su fracaso para formar un bloque que pudiera gobernar mediante la fuerza y el consenso. De esta manera, la hegemonía no es una formación ideológica acabada y monolítica, sino como un proceso político de dominación y lucha problemática (Roseberry: 2002, 216). Gramsci no supone que los grupos subalternos están inmovilizados por un consenso ideológico, ya que por un lado conservan durante cierto tiempo la mentalidad, ideología y fines de sus grupos sociales de origen, y por otro su adhesión a las formaciones políticas dominantes puede ser activa o pasiva, pero no estática o definitiva. En este sentido hay que recordar que los sectores dominantes no solo ejercen la

coerción y la represión, sino también a través del consenso, difundiendo una concepción del mundo a la mayoría de la población.

Esto quiere decir que, a pesar de los intereses divergentes entre un grupo dominante y uno dominado, éste último, a partir de su sentido común, sin darse cuenta, sin tenerlo en cuenta reflexivamente, pensará y hará lo que convenga al interés del grupo dominante, pero no exclusivamente o principalmente por coacción, sino porque el grupo dominado considera que las ideas, representaciones, percepciones y prácticas que él tiene, son suyas propias y no son del grupo dominante. Y entonces las hace como parte de su sentido común. Esta propuesta de hegemonía se entiende cómo un conjunto de operaciones ideológicas a través de las cuales se incorporan los sentidos sociales que tienden a producir control sobre aspectos económicos, políticos y sociales de las clases y grupos de poder. Esto conlleva un estilo de vida y de pensamiento, sobre la que se construyen creencias, saberes y prácticas comunes y es así que los sectores subalternos adquieren principios ideológicos de la clase en el poder. El consenso se propicia a través de una serie de transacciones que operan en las relaciones entre los estratos dominantes y subalternos y que permiten articulaciones a nivel conciente, pero también no conciente e inconciente donde se aceptan los intereses de los sectores hegemónicos y por tanto se verifica la instancia de la dominación a través de la subordinación por parte de los sectores subalternos y que supone la presencia de la autoexplotación, autoeliminación o autoinferiorización de una de las partes (Mendoza, 1993: 19-20). Según Rosberry (2001), la hegemonía consiste en la manera en que se establece el campo de fuerza en que el propio proceso de dominación moldea las palabras, las imágenes, los símbolos, las formas, las organizaciones, las instituciones y los movimientos utilizados por las poblaciones subalternas para hablar de la dominación confrontarla, entenderla, acomodarse o resistir a ella.

A la luz de lo que se ha dicho de la hegemonía en Gramsci consideramos es posible pensar en un ideal de belleza hegemónico en el sentido que los fenómenos relativos a la apariencia física se encuentran amarrados a las percepciones, representaciones, acciones, ideas, valores que operan en el

sentido común y que se han definido en medio de una lucha problemática y en constante tensión¹², estableciendo una concepción del mundo de la mayoría, donde se identifican un grupo dominante, que es el que define los términos de una apariencia física deseable y uno subalterno, que es el que se identifica con lo feo, pero que ambos grupos comparten dicho sentido común en relación a los aspectos de la apariencia que se valoran y que solo se consideran de interés para el primer grupo y revierten en la auto-inferiorización del segundo.

El valor del concepto de hegemonía en este trabajo en particular, está relacionado justo con el juego de las relaciones entre intereses y voluntades colectivas que determina la dinámica de las narrativas, representaciones y percepciones, que revierte en el uso del lenguaje, valoraciones, actitudes, prácticas, imágenes dominantes que definen que es lo bello, lo apreciable, lo valorable, lo destacado, lo distinguido, lo deseable, lo atractivo, lo sensual, que se asocia a la belleza en relación a los rasgos físicos y en especial, los rasgos del rostro, pero también aquello que es lo contrario, es decir la fealdad. Todo ello parece estar orientado por intereses claramente identificables como la industria de la moda, de la estética, de la salud, de la alimentación, la farmacéutica, el deporte, el Estado¹³ pero que a su vez toman forma de manera diversa en las apropiaciones subjetivas de las personas sobre su apariencia, que se fijan en la cultura popular y que tienen como dispositivos tanto los

¹² Podríamos identificar un punto de partida de esta lucha problemática en la colonización, tal y como lo plantea Quijano (2003), según el cual la idea de *raza* se fundamentó especialmente en las diferencias físicas entre conquistadores y conquistados, lo que produjo una interpretación de supuestas diferencias en las estructuras biológicas que ubicaba a unos en relación natural de inferioridad con respecto a los otros. Este concepto fue el elemento constitutivo de las relaciones de dominación que la conquista impuso. Sin embargo, es un ideario que se ha mantenido más allá del origen mismo, y en consecuencia implica un elemento de colonialidad en los patrones de poder hoy mundialmente hegemónico. Este patrón cognitivo implicaba una perspectiva dentro de la cual lo no-europeo era el pasado y de ese modo inferior y primitivo. La apariencia fue así depositaria de este proceso, debido a que se estableció el imaginario sobre lo “atrasado” o “civilizado” de acuerdo si las características físicas se perfilaban como amerindias o europeas.

¹³ Estos intereses en relación a la construcción de un Estado-Nación han sido señalados por Ingrid Bolívar (2007), quién propone un análisis desde el cual considera los reinados nacionales, en los que diferentes departamentos están compelidos a participar, no solo como una estrategia de apoyar las actividades culturales, como se suele justificar, sino principalmente porque hace parte de un proyecto de construir identidades regionales en relación con signos del cuerpo asociados a la distinción y valores y estilos de vida de la clase dominante. En la fotografía posterior (Pág. 65) se muestra cómo la convocatoria del reinado de Chiapas exige como requisito primero que las aspirantes sean mexicanas de nacimiento. En concordancia con lo planteado por esta autora, lo que se pretende es depositar los orgullos de una nación en el aspecto físico de una reina de belleza que puede competir a nivel internacional.

medios de comunicación, como las prácticas médicas, la publicidad, los juicios de los familiares, amigos, parejas y los juicios propios.

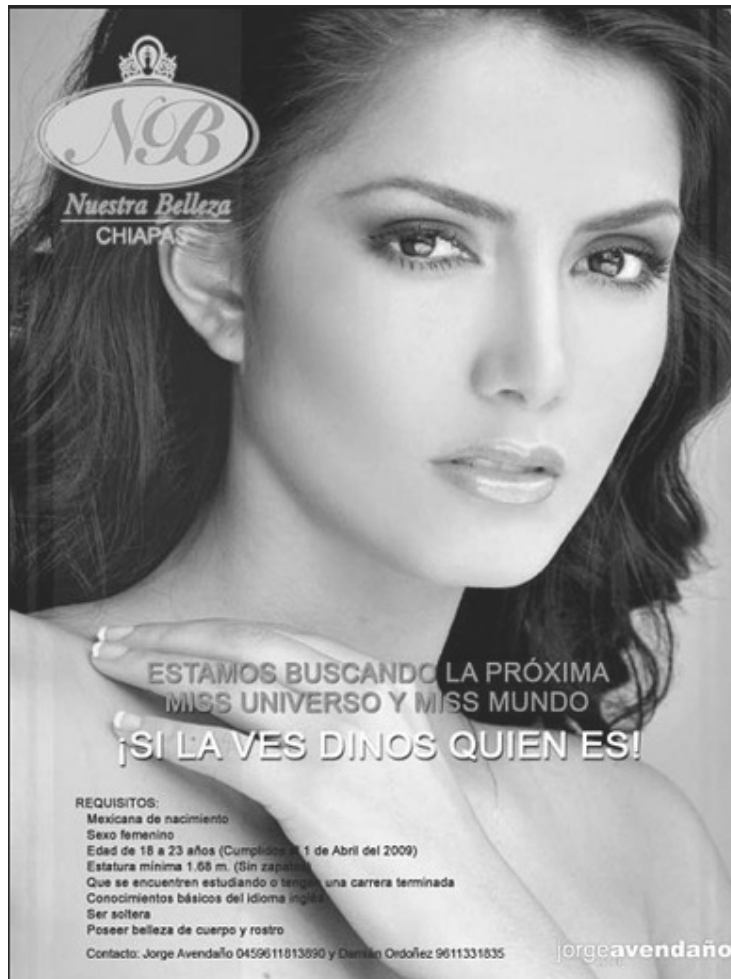
De la misma manera el concepto de hegemonía se puede utilizar para entender el juego de intereses y voluntades tendientes a considerar la transformación estética como la cura privilegiada para los padecimientos en relación a la inconformidad con el aspecto físico. El proceso de transformación estética implica una discriminación positiva frente de los avances de la medicina como la opción más adecuada para ajustar la aceptación de la autoimagen por parte del paciente. Dentro de la medicina, igualmente, se encuentra una disputa como el proceso más autorizado entre medicina estética y cirugía estética, siendo esta última quien mantiene un discurso de desacreditación de la primera mucho más avalado por la comunidad científica. Esto se entiende como una postura ideológica, ya que la cirugía es estética se atribuye ella misma una exclusividad del tratamiento.

De igual modo, el enfoque de la hegemonía y la subalternidad se aplica para entender la manera en que opera la eficacia simbólica en el proceso el *pase*, en el sentido que es este el momento en el cual se articula la hegemonía del discurso médico con el ideal de belleza hegemónico. El tratamiento consiste en una operación simbólica que, tal y como plantea Levi-Strauss (1995) que sucede en el caso del chamán y el psicoanalista, se repiten mitos y se ejecutan acciones con el fin de permitir este desbloqueo que puede llevar a buen término la cura.

“...se ve aquí en qué consiste el hecho de la eficacia simbólica de la operación quirúrgica y recuerda los procedimientos del chamanismo. Todo el mal está puesto por transferencia en un órgano que se extrae o del que se modifica la apariencia. De esa purificación se espera una existencia nueva y más propicia. Con la operación terminada y el objeto malo eliminado, el individuo puede perder la sensación de su desgracia, verse completamente distinto y modificar radicalmente su actitud ante los otros y ante su existencia” (Le Bretón, 2010:213).

Los mitos mantienen una equivalencia estructural con el ideal hegemónico de la belleza y operan como herramientas poderosas, que a su vez son agenciadas en el marco de la hegemonía del discurso médico. De esta manera

se propicia la transformación estética con el fin de posibilitar una nueva existencia del paciente.



Fuente: Facebook. Claudia Espinosa Reina de Chiapas año 2009

2.3 Representaciones y percepciones

Las representaciones por su parte son entendidas en este trabajo como el acto de pensamiento por medio del cual un sujeto se pone en relación con un objeto. Representar es sustituir a: un objeto, una idea, una persona, un acontecimiento. La representación restituye algo que se encuentra ausente, que aproxima algo lejano, pero también puede restituir algo que está presente, de manera que logra organizar el pensamiento de manera práctica, orientándolo hacia la comunicación, la comprensión y dominio del entorno social, material e ideal. Las representaciones sociales se presentan de formas variadas y complejas, pueden ser imágenes que condensan un conjunto de

significados, o bien significados que se asocian a sistemas de referencia que nos permiten interpretar y dar sentido a lo que nos sucede. También es posible intercambiar lo sensible por la idea manteniendo su carácter simbólico y significativo, pueden ser categorías que sirven para clasificar circunstancias, los fenómenos y los individuos. Se trata de teorías que permiten una manera de interpretar y pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. La representación implica un carácter activo y creador de cada individuo quien se apropia de ella, o a partir del grupo al que pertenece y las constricciones y habilitaciones inherentes. La representación tiene a veces un carácter creativo y autónomo. El carácter social de la representación se desprende de la utilización de los sistemas de codificación e interpretación proporcionados por la sociedad. Pero también las representaciones sociales pueden estar definidas de acuerdo con las ideologías dominantes que reproducen esquemas de pensamiento socialmente establecidos de visiones estructuradas (Jodelet, 1986). El ideal de belleza es una representación propiamente dicha, que se compone a su vez de otras representaciones.

Por su parte, entendemos que las percepciones son una modalidad de representación social en la que el acento no está puesto en una dinámica macrosocial vista de manera general como pensamiento social de un grupo, sino en los procesos microsociales y cognitivos de los individuos a través de los cuales esta se elabora. Una percepción hace referencia a un “reconocimiento cognoscitivo” en una situación de interacción social y desde el cual se ubica el individuo en tanto que poseedor de una identidad social y personal. Las percepciones, entonces, operan como procesos de interpretación efectuada a partir de la interacción social y se modifican, a su vez, por medio de dicha relación social, tendientes a construir una identidad de un individuo por parte de otro (Goffman, 2006b). En esta relación existe un sujeto quién es el que proyecta la situación, es decir, quién transmite la información y otro u otros que la reciben, que serán entendidos por este autor como un *auditorio*. Ambas partes hacen intervenir en su elaboración ideas, modelos y valores provenientes de su grupo de pertenencia o ideologías transmitidas dentro de la sociedad.

De acuerdo con Goffman (2006a), cuando una persona se presenta en público busca que la apariencia y la conducta que presenta ante un *auditorio* implique ganancias, esto es, que se puedan controlar las conductas del otro, llevándolo a actuar voluntariamente de acuerdo con su propio plan. Es decir, cada actor dentro de una interacción social tiene una ganancia cuando tiende a impresionar de manera positiva a los que reciben dicha actuación. Para comprender este fenómeno el autor nos trae a colación el concepto de *fachada* que se define como la expresión de tipo corriente empleada intencional o inconscientemente por el individuo durante la actuación en las interacciones cara a cara. Las fachadas suelen ser seleccionadas, no creadas. Como parte de la fachada personal el autor incluye estereotipos, que para cada quién, resultan unas más importantes que otras. Para el caso de la fachada de los médicos son importantes el vestido, el sexo, la edad, las características raciales, el tamaño y el aspecto, el porte, las pautas del lenguaje, las expresiones faciales, los gestos corporales y otras características semejantes. Goffman considera que es importante dividir los estímulos que componen la fachada personal en apariencia, medio y modales. *Apariencia* se refiere al estatus social del actuante, hace referencia al tipo de actividad social formal que desempeña el individuo o de su ciclo vital. Los *modales* nos advierten sobre el rol que el individuo se espera desempeñe en una situación que se avecina. Este rol se encuentra relacionado con actitudes de los actuantes, es decir, una actitud humilde, o bien arrogante, pretenciosa, que se expresan a través de gestos, expresiones faciales, lenguaje, posturas corporales, etc. El medio, por su parte, se refiere a un escenario o trasfondo escénico donde se da la actuación y que se compone espacio, mobiliario, decorado, equipos, etc.

El desarrollo las interacciones modifica las percepciones que los individuos tienen de sí mismos, de su grupo, de otros grupos y de sus miembros, en el sentido que los actores confrontan su imagen con una representación de belleza y al mismo tiempo lo hacen con otros individuos con quienes sostienen interacciones cara a cara. De esta manera, las personas al encontrarse con otras se ubican en una posición en relación al ideal de belleza que tienen y al mismo tiempo ubican a otras personas con las que se relacionan, en el momento mismo de dicha interacción. En este sentido es que se puede

apreciar que hay cambios en el aspecto físico de la persona de modo que en un momento se ubicaba en el rubro de una persona no muy bonita y tras una transformación estética puede ubicarse en el rubro de una persona más bonita o menos bonita. De igual modo, se puede decir que las interacciones son importantes para el caso de los pacientes que esperan determinada fachada de los médicos que los van a intervenir, resultando crucial para la satisfacción del paciente. En este sentido es que aparece relevante entender la experiencia de los pacientes sobre su apariencia física que dan cuenta de las sensibilidades expresadas en las narrativas.

En relación a las sensibilidades expresadas a través de las narrativas, Guattari y Rolnik (2005) plantean que los modos de producción capitalísticos¹⁴ permiten una vía para el control de dichas sensibilidades. A partir de la cultura el capitalismo gestiona una sujeción a nivel de la subjetividad. Ésta se produce de manera hegemónica y se expresa cuando soñamos, fantaseamos, nos enamoramos, pero de acuerdo a nuestros planteamientos, también cuando valoramos algo que consideramos asociado a la belleza física. Se trata de una sensibilidad formulada en la relación con los otros, que coincide con un deseo, con un determinado gusto por vivir, con una voluntad de construir el mundo. En suma es una forma de producción de individuos normalizados, articulados unos con otros según sistemas jerárquicos de valores de sumisión muy disimulados.

La cultura que gestiona esta subjetividad se compone en tres diferentes niveles que tienen que ver con la cultura entendida en el sentido de “cultivar”, la cultura como civilización y la cultura de masas. Estos tres niveles de la cultura tienden a ser universales, aunque están dispuestos a tolerar territorios subjetivos que escapan a la cultura general. En este sentido, los autores plantean una diferencia entre cultura territorializada y desterritorializada, siendo la primera asociada a una identidad relacionada con sistemas tradicionales, etnias, corporaciones profesionales y la segunda asociada a agenciamientos capitalísticos, industriales e internacionales. Esto quiere decir que podremos

¹⁴ Se agrega el sufijo «ístico» a «capitalista» porque resulta necesario crear un término que pueda designar las llamadas sociedades capitalistas, sectores del llamado «Tercer Mundo» o del capitalismo «periférico», así como de las llamadas economías socialistas de los países del Este, que viven en una especie de dependencia y contradependencia del capitalismo (Guattari y Rolnik, 2005).

encontrar en contextos locales elementos de una cultura territorializada y algunos otros de una cultura desterritorializada.

Consideraré estos planteamientos de los autores interesantes en la medida que me permiten encuadrar la dinámica de la transformación estética que se aborda en este trabajo en cuanto tributaria de una cultura territorializada y desterritorializada al mismo tiempo, pero también para entender la ideología hegemónica de la belleza equiparable a un proceso de subjetivación que a su vez implica un control social en el sentido que modela comportamientos, sensibilidades, percepciones, pero también influye en las relaciones sociales, sexuales, de afecto y de deseo. Mi distancia con los autores se refiere a que ellos plantean que la ideología es un fenómeno que se diferencia de la subjetivación en tanto se queda en el nivel de las representaciones. En mi opinión prefiero trabajar con el concepto de ideología, específicamente desde Gramsci, porque considero que también es posible que a partir de ésta se generen sensibilidades que influyen en las relaciones sociales y en especial sobre las decisiones que se toman de transformar el cuerpo con motivaciones relativas a la belleza. Es justo a partir del enfoque de la hegemonía que consideramos pertinente esta reflexión. Es en este nivel se considera que influye en asuntos relativos a la subjetivación. De todas formas, los planteamientos de los autores me posibilitan trazar un paralelismo entre el papel que tienen los procesos de subjetivación y los ideológicos, en el sentido que para términos de esta investigación mantienen ciertas regularidades que espero aclarar para el lector a través del desarrollo del análisis.

2.4 Belleza física

La belleza física se entenderá en este trabajo como un concepto por excelencia ideológico. Mi objetivo en este trabajo es tratar de argumentar este postulado, sin embargo, parto de una definición provisional que me servirá como punto de partida para dicha tarea.¹⁵ La belleza física, entonces, se entiende como una

¹⁵ Esta definición parte del planteo de Gilman según el cual “The patient believes that there is a desirable category of being from which he or she is excluded because of reasons that are defined as physical. The

representación a través de la cual se permite la codificación del aspecto físico, como privilegiado y deseable relacionado con estereotipos somáticos sobre aspectos económicos, políticos, eróticos (en uno o en varios sentidos) y esto como correlato de las representaciones de clase, raza y género respectivamente. El resultado es una jerarquización de los rasgos físicos de lo que se supone es lo más apreciado y deseable físicamente. La belleza física también está identificada con una forma de poder, en el sentido que implica, para el que la posee, una capacidad de atracción, principalmente vinculada con el deseo sexual, que puede revertir en una sublimación de la persona.

La belleza y lo que anhelan los pacientes con su rostro son tratados en este trabajo como sinónimos. En la medida que se trata de la transformación estética, consideramos que es un punto de partida. Del mismo modo consideramos que la belleza debía de ser operacionalizada sobre las representaciones y percepciones de raza y género. Se ha optado por considerar la clase en menor medida, ya que siendo los dos primeros conceptos bastante amplios no se alcanzaba a abordar de manera más completa. En este trabajo entendemos tales rubros de la siguiente manera:

Raza: se entiende como una representación en relación con a los atributos físicos o la clasificación rasgos somáticos de una persona que hacen alusión a un probable origen geográfico y étnico. Al ser una representación no se está haciendo referencia a una categoría científica desde las ciencias biológicas, sino que se pone el énfasis en que se trata de una construcción social que se genera a partir de un contexto histórico y social particular y que se encuentran en el sentido común y en el imaginario colectivo, que con frecuencia, contribuye al reforzamiento de desigualdades sociales.

Género: se trata de un significado que adopta un cuerpo biológicamente sexuado, en relación a otro significado opuesto en una situación relacional

results of this exclusion are symptoms of psychological “un happiness”. Others signs present in the external world may well mark the exclusion, but they are seen as corollaries of physical difference. The individual desires to join a new community defined economically, socially, erotically (or in all three ways), but this group is primarily defined physically” (Gilman, 2001, 22).

entre sujetos (Butler, 2001). En este sentido, el punto de partida es la persona biológicamente marcada a partir de la cual se establece un relacionamiento con sujetos biológicamente diversos y de estas relaciones contextualizadas histórica, cultural y espacialmente, es que se definen, de manera diversa, los significados que adoptan los cuerpos sexuados. De esta manera, el género no es el resultado causal del sexo biológico; no es necesario que el sexo masculino de como resultado exclusivamente “hombres”, ni el sexo femenino de cómo resultado exclusivamente “mujeres”. Consideramos que las prácticas de embellecimiento están plenamente asociadas a las representaciones de feminidad/masculinidad, principalmente, en el caso de esta investigación, a los criterios de rostro atractivo por parte de los pacientes y cirujanos.

CAPITULO III La versión hegemónica o el carácter ideológico de la belleza

Como se ha dicho antes, mi intención en este trabajo, y principalmente en este capítulo se trata de argumentar el carácter ideológico de la belleza a partir de los datos de campo que se analizaron. En primer lugar pretendo presentar la aproximación de los cirujanos al ideal hegemónico de belleza desde las entrevistas y la literatura médica consultada. Y finalmente presento la aproximación de los pacientes desde la información analizada de las entrevistas.

3.1 Aproximación a la belleza desde los cirujanos



Fuente: Facebook.
Claudia Espinosa Reina
de Chiapas para el
reinado nacional, año
2009.

Entender desde qué posición teórica se sitúan los cirujanos plásticos para concebir la belleza nos permite comprender el argumento del carácter ideológico de esta. A este respecto consideraremos tanto, alguna literatura médica revisada y lo que ha sido recopilado a partir de las entrevistas con los cirujanos. La apreciación general de lo que se ha encontrado es que los cirujanos plásticos apelan, en ocasiones, a criterios de belleza subjetivos, posesionándose teóricamente en el argumento de la subjetividad de la belleza, mientras que en otras ocasiones apelan a criterios objetivos. El posicionamiento teórico de cada cirujano varía. Sin embargo, también varía de acuerdo al momento y a la situación. En consecuencia lo que podemos decir es que lo frecuente es un enfoque contradictorio en este sentido. Es decir, cada vez que un médico se posiciona teóricamente en el “subjetivismo” también

apela a criterios “objetivos”, mientras que si se posiciona desde un marco teórico que plantea una visión “objetiva” de la belleza recurre con frecuencia a criterios “subjetivos”. Desde la misma filosofía griega han surgido dos tendencias que corresponden con la designación “objetivista”, “subjetivista” que no son propiamente las corrientes que designamos acá, pero que mantienen ciertas correspondencias¹⁶. En la literatura también se han encontrado estas contradicciones aunque los matices que relativizan tal o cual postura se hacen menos evidentes.

Lo que pretende explicar la posición “subjetivista” es que los ideales de belleza entre persona y persona varían y que no existe una idea única o privilegiada de belleza, lo cual es algo que los médicos pueden constatar en la práctica médica cuando atienden a los requerimientos de las personas. Y que es bien tenido en cuenta por los médicos a la hora de realizar un procedimiento estético como lo plantea el siguiente testimonio.

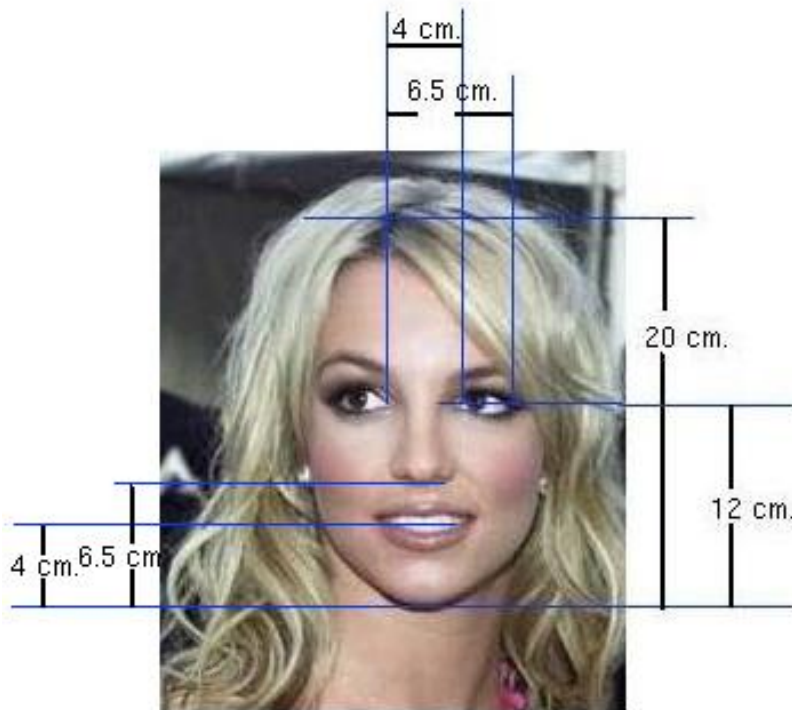
...ahorita yo veo, hay dos tendencias, una es la nariz estereotipada, que te digo que parece que todas tienen la misma y esta otra es una cadena de personas que te dicen: “yo quiero mi nariz pero únicamente esto, muy particularmente un rasgo y que no se me vea operada”. Y están los otros que dicen que se me vea operada,

¹⁶ La concepción de la belleza perfecta era a menudo teológica, especialmente en la tradición cristiana. Dios es la causa de todo aquello que es bello. Miguel Ángel escribió, “Me gusta la belleza de la forma humana porque es reflejo de Dios.” Platón y Aristóteles fundamentaron la tesis objetivista a la que también se llamó: “La Gran Teoría”. Afirmaron que la belleza era rasgo objetivo de las cosas bellas; ciertas proporciones y disposiciones son bellas en sí mismas y no porque resulte de la apreciación del espectador o el oyente, no podía haber algo bello en un aspecto y en otro no. Platón decía: “Lo bello es bello por sí mismo y para siempre”. Aristóteles decía, “una cosa es bella, por ser en sí misma deseable”. A su vez consideraban la belleza como un placer por el cual merecía la pena vivir y se situó la belleza al nivel de la bondad y la verdad. Esta convicción fue conservada en la estética cristiana. De igual modo la belleza se presentaba como “sagrada” (Tatarkiewicz, 1992 En: Galeano, 2007).

La tradición escolástica adoptó otra actitud hacia la belleza: “la belleza es vana” sin embargo, las reservas que se hicieron al respecto tenían que ver con la belleza corporal. Se discutió la universalidad de la belleza que se proponía con la Gran Teoría. Un texto sofista anónimo conocido como *Dialexeis* afirmaba que todo es bello y feo al mismo tiempo. Sócrates afirmaba que puede que la belleza consista no en la proporción, sino en la correspondencia que existe entre el objeto, su propósito y naturaleza. Más tarde, se afirmó que la belleza no consiste en la relación que existe entre las partes del objeto, sino más bien entre el objeto y la visión humana. La belleza se convirtió así en una relación entre sujeto y objeto, más no se relativizó. Los escolásticos del siglo XIII adoptaron este modo de pensar. El efecto acumulativo que todos estos cambios tuvieron fue preparar el camino para la relativización y la subjetivización del concepto de belleza. La nueva tendencia fue inaugurada por Giordano Bruno diciendo: “Nada es absolutamente bello, si una cosa es bella, lo es en relación a algo.” Descartes anotó posteriormente que: “la belleza... no significa otra cosa que la relación que nuestro juicio mantiene con un objeto.” Sin embargo, muchos principales filósofos del siglo XVII compartían su opinión. Pascal afirmó que la costumbre determinaba aquello que había de considerarse como bello; Spinoza, decía que si nos hubieran creado de un modo diferente, pensaríamos que son bellas las cosas feas y viceversa; Hobbes afirmaba, que lo que consideramos bello depende de nuestra educación (*Op cit*, 2007).

respingada, chiquitita. Son esas dos, yo veo. Las que no quieren que se le note y las que quieren que se les vea operada ¡y que se les note que se operó! (Dr. Ferro).

En la literatura médica también se encuentra este reconocimiento definiendo la belleza como “percepción subjetiva, personal que provoca sentimiento de placer o agrado. En el fondo, la belleza reside en el ojo del observador y es imposible formular un concepto objetivo de belleza que tenga carácter universal.”(Rodríguez et al, 2000:156). Es importante señalar que los cirujanos entrevistados en este trabajo se encuentran totalmente de acuerdo con este principio, aunque en ocasiones también apelen a argumentos que contradicen esta postura.



Se señala sobre la imagen de Britney Spears las proporciones que los cirujanos buscan en el rostro

(Imagen tomada de www.facebook.com)

Por otro lado se encuentra la otra posición que hemos llamado en este texto “objetivista” de acuerdo con la cual, existen unos criterios “objetivos” basados en *las proporciones* medibles cuantitativamente y que sirven para determinar la

belleza de un paciente. Este marco teórico se sustenta en los elementos filosóficos de los griegos en relación a la “estética” y la proposición de leyes de la proporción que sirven de guía a los cirujanos plásticos para determinar la armonía y el equilibrio de las proporciones que se supone que han de provocar una sensación satisfactoria en el observador (*Op cit*, 2000). Es decir, que lo que hemos encontrado en todos los cirujanos entrevistados y en la literatura médica revisada es que coexisten dos posturas en relación a la belleza que son contradictorias. Aunque se considera que la “belleza es subjetiva y culturalmente diversa” a la hora de hablar de proporción y armonía, finalmente opera la visión de la belleza “objetivista” en el sentido que se pueden orientar los criterios a partir de proporciones medibles con números, tal y como se señala en la imagen anterior. Implícitamente desde esta noción de belleza se reproduce la idea de una belleza universal. “Con todo, se puede decir, que la versión de la belleza que se considera desde la cirugía plástica estética es la griega” (Davis, 2007:119).

“Algunos autores han propugnado la utilización de la Proporción Áurica o Proporción Divina, términos que expresan toda una serie de teorías, basadas en leyes matemáticas, geométricas y físicas, estrechamente relacionadas con conceptos de armonía y belleza para el hombre, tanto en su percepción visual como en su aceptación psicológica. Esta proporción 1:1,618 tiene su origen en la antigüedad; fue descrita en la época griega por Euclides y ha sido utilizada por matemáticos y artistas durante siglos. Es la proporción que describe Leonardo de Pisa, Fibonacci, en el desarrollo de su secuencia matemática...”(Rodríguez et al, 2000: 161)

El argumento recurrente de la cirugía plástica estética para plantear una relación entre la naturaleza y la noción objetiva de belleza tiene que ver con las “las proporciones divinas”. La cirugía estética ha retomado el argumento, según el cual, existe una correspondencia del rostro humano perfecto con estas proporciones geométricas que se presentan en algunos animales como el nautilus o en las disposiciones de los pétalos de las flores, en los espirales de una piña, la distribución de las hojas de un tallo, de las ramas de un árbol, entre otras proporciones encontradas en la naturaleza. De igual modo, este tipo de relaciones ha sido usado en el arte. Un trabajo artístico paradigmático basado en las proporciones divinas es el hombre de Vitruvio de Leonardo Da Vinci. De este modo, la noción de armonía y proporción se fundamenta en ello.

F:...de entrenamiento existen lo que se llaman las proporciones divinas de Fibonacci, son proporciones faciales, que tienes que buscar cuando quieres conseguir un elemento facial armónico. No nada más nariz, si yo veo tu nariz, primero veo todo tu rostro, no que le quede una nariz muy bonita en la cara de alguien que no le va. Entonces, en base a esas dimensiones, en fotografías, yo te digo, allí entra un poquito la experiencia, ya que has hecho muchas, yo te digo mira: hay que hacerte esto, esto, esto y esto. Pero cuando uno empieza, tomas fotos y sobre la foto mides. Vas haciendo medidas aquí quito, aquí pongo, vas haciendo una armonía facial completa.... no es tanto que el paciente te diga: "ah, es que yo quiero una nariz" obviamente el paciente te puede decir: "a mi no me gusta esto", pero tu técnicamente debes de saber cómo lo debes de modificar y qué tanto lo puedes modificar (Dr. Ferro).

Para algunos médicos la fotografía y las medidas sobre estas representan una herramienta de entrenamiento donde se utilizan "las proporciones divinas", una vez ya se han internalizado estos parámetros ya no se usan tanto al pie de la letra, pero siguen siendo una guía y un marco de referencia importante. En el caso del doctor Ferro también él escoge sus pacientes, considerando que los resultados van a quedar más apegados a las mejorías que él considera les puede dar. Sin embargo, para otros médicos ya no resulta tan importante y lo consideran poco operativo:

M: las proporciones, la regla de oro de las proporciones, de los griegos, los romanos, los mayas ésta sigue vigente desde los mayas. No recuerdo cuál es la proporción 13.14... no recuerdo... Eso es una regla vigente, pero cuando los cirujanos dibujamos en la fotografía, cuando se manejaba en fotografía en la computadora, a contraluz y en la parte de atrás, sí, hacíamos trazos y buscamos las proporciones. Eso ya no se busca, no se maneja de esa manera, porque no estamos buscando la correspondencia de las proporciones.

N: ¿entonces qué se hace?

M: a una nariz que tiene la punta muy adelante, vamos a suponer, ¿qué tanto se la puedo hacer hacia atrás? o que es muy que gruesa ¿qué tanto puedo adelgazarla? que tanto pueda va a depender de las propias estructuras que tiene la nariz. Hay narices que tienen la piel muy gruesa que así le cambie yo las estructuras internas y se la deje delgadita va a seguir siendo una nariz gruesa, porque la piel va a seguir manteniendo su forma. Y aunque el dibujo me indique una cosa aquí en la mesa de operaciones yo no puedo conseguirla, no tiene nada que ver, entonces voy a conseguir lo que pueda conseguir, eso cuenta más, qué es lo que tengo y qué es lo que puedo conseguir, más de lo que me indique una guía basada en una fotografía (Dr. Miguel Ángel).

Para el doctor Miguel Ángel las proporciones es algo que ya no se busca al pie de la letra, porque es algo difícil de obtener en los pacientes en la medida que esto depende de cada condición anatómica que tengan. Sin embargo, sigue siendo la referencia que plantea el patrón de belleza, así sea de manera más abstracta. La idea es tratar de acercarse lo que más se pueda a este paradigma de belleza asociado a las proporciones, así no se realice a partir de la referencia de una foto. Esta no resulta necesaria porque el cirujano ya tiene

en mente cuáles son los cambios que quiere conseguir en esa dirección y, como él mismo lo plantea, va a depender de lo que se pueda realizar en la mesa de operaciones, de la habilidad del cirujano, del equipo médico humano y de la claridad que tenga sobre su modelo de belleza.

N: entonces como cirujano, vos buscas la armonía de cada rostro.

M: Si, pero la armonía es un concepto muy abstracto. Leonardo Da Vinci que era un pintor de los más grandes lo manejaba en medidas y todo. Sin embargo, el decidir poner más rojo o más ocre, eso es muy abstracto. Y cae mucho lo que es el concepto del arte (Dr. Miguel Ángel).

Es así que si el cirujano no usa una foto, es más bien para no decepcionar al paciente sobre un resultado que le promete y no logra conseguir a la hora del proceso quirúrgico, sin embargo la foto el cirujano la tiene en la mente y es lo que desearía conseguir para que quede “bien”. Las *proporciones divinas* se traducen en medidas antropométricas que son usadas de una manera más o menos estricta, de acuerdo con el criterio del médico en cuestión. Aunque también consideran de manera manifiesta que estas medidas son subjetivas.

N: ¿cómo pueden valorar ustedes la belleza desde el aspecto científico de un médico cirujano, siendo algo, como tú me dices algo subjetivo?

L: hay medidas antropométricas, donde uno como médico estudió, de rayos equis y donde obviamente tienes que medir la estructura craneal, medidas estándares, y obviamente donde esas medidas estándares craneales en relación a los tejidos blandos, se ven los pómulos si están o no resaltados, el mentón le falta, la parte media del tercio superior también le falta, o la parte del tercio inferior no sabemos qué estaba en las mismas situaciones que te van enseñando se miden en tercios la cara ¿no? el tercio superior, medio, inferior, y tiene que tener cierta armonía... Pero realmente la belleza pura, la belleza real al 100% no existe ...esa belleza como te vuelvo a comentar, es muy subjetiva, no es un patrón para todos. ...el cirujano plástico, yo creo que como todo ser humano, también la ve...(Dr Leonardo).

Esta respuesta contradictoria sobre si es preciso tomar medidas antropométricas o no, revela el dilema constante de los criterios de los cirujanos estéticos para apreciar la belleza. Al preguntarle al doctor por los criterios científicos de la belleza comienza en principio a considerar las medidas, que plantean un patrón de belleza, es decir, guías de armonía y proporción basados en los planteamientos griegos, universales y objetivos. Sin embargo, en medio de su argumentación concluye que no hay una belleza pura o real, más bien es algo “muy subjetivo” y “no existe un patrón para todos”. Adicionalmente plantea que no se requiere ser “un experto” para apreciar la belleza y reconoce que su propia apreciación de la belleza se erige

desde una visión más legítima en el sentido que “el cirujano plástico como todo ser humano la ve”. Es decir, que a pesar de que sustenta su postura en prácticas diferentes, finalmente está de acuerdo en que no hay un criterio de objetividad en la belleza y cada cirujano también tiene un propio criterio subjetivo de esta desde su aspecto más “humano.” En este sentido insistí varias veces preguntando a los médicos si sus apreciaciones de belleza subjetivas podrían afectar los resultados que obtuvieran los pacientes. De ello fue interesante que me respondieran con evasivas o bien cambiaron dramáticamente de tema, pero para la mayoría fue difícil sortear esta pregunta. De cualquier modo, la influencia del patrón subjetivo de belleza del cirujano fue juzgada como falta de ética, de modo que ellos mismos no caían en ello. A pesar de todo, el cirujano se considera así mismo el experto, el que tiene la razón sobre lo que está bien y lo que está mal, lo que se debe cambiar o lo que debe permanecer. Su juicio subjetivo es el que lleva a tomar decisiones “autorizadas” en relación a la apariencia del paciente, sobre la base de que su formación y su base teórica que se fundamentan en un patrón definido.¹⁷ Pero el centro de la contradicción es que estas medidas antropométricas son tomadas por los cirujanos como dogmas que guían su práctica médica, considerándolos como verdaderos criterios “científicos”, aunque no resulta para nada claro cómo pueden dejar de ser aspectos subjetivos y culturales.

L: ...pero ya para ser exactos, necesitas tomar medidas antropométricas, te vuelvo a repetir, donde los libros lo dicen, un tercio de acuerdo al otro tercio y de acuerdo al otro tercio.

N: ¿de dónde salen esas medidas antropométricas?

L: de los libros, de los libros, autores dicen cuál es el patrón que realmente debería de existir en el ser humano, ya lo dicen los libros.

N: ¿pero esto hace parte también de una moda o esto hace parte de un estudio?

L: un estudio, un estudio científico. Sí, un estudio científico, donde lo van midiendo en distintas partes del mundo, dan sus criterios y a través de los congresos o a través de otros estudios dicen que el patrón adecuado sería ese (Dr. Leonardo).

El estudio científico al que se refiere el doctor Leonardo aquí se trata del modo como se considera que pueden ser apropiados los cánones neoclásicos de la proporción facial a “un canon de belleza universal” desde donde se pueda justificar una intervención a pacientes suponiendo una belleza “neutral” y no

¹⁷ Este asunto sobre la versión autorizada de los criterios de belleza por parte de los médicos se conecta con el proceso de orientación que se realiza en el consultorio para conseguir la eficacia simbólica. Este tema se aborda en el capítulo de cirujanos con mayor amplitud.

étnica, asumiendo los juicios de los médicos como neutrales y no subjetivos, ni apoyados por una ideología dominante que ubica ciertos rasgos considerados como “raciales” como modelo de lo bello en detrimento de otros. Sin embargo, “los rostros de hombres y mujeres pertenecientes a distintos grupos étnicos son analizados frente a este modelo (clásico griego) y los rasgos que no se ajustan a él son objeto de intervención quirúrgica” (Davis, 2007: 119). En este sentido habría que agregar que no solo la guía de la que echan mano los cirujanos tiene que ver con las proporciones, la cirugía plástica estética ha estado orientada desde sus inicios a cambiar aspectos étnicos de los individuos de modo que logren una similitud en la apariencia de grupos dominantes (Gilman, 2001, Haiken, 1997). De este modo, la cirugía plástica opera como una manera de enmascaramiento de los rasgos que permitan ubicarlos en un probable origen étnico y geográfico. En este sentido, las tipologías raciales no son algo del pasado para la cirugía plástica estética, son herramientas conceptuales de primer orden para entender determinado aspecto corporal, que se suman a los elementos que permiten erigir un juicio en relación con la belleza, con plena vigencia hasta la actualidad.

N: ¿existe un lenguaje técnico para decir que esta nariz es de esta manera o es de esa manera?

M: existe, existe, sí. Negroides, caucásica, que incluso tiene que ver con los tipos raciales, que entonces es arbitrario, porque alguien puede ser de una raza y tener una nariz que es considerada completamente otro tipo racial. A pesar de ser arbitrario así es como se maneja. Y en su mayoría van a coincidir con ese tipo (Dr. Miguel Ángel).

En este testimonio del doctor, parece clara la arbitrariedad de las tipologías raciales para asignar unos determinados rasgos a un tipo racial. Sin embargo, las usan porque resultan prácticas en la medida que la mayoría de las personas corresponde a ellos. Aún así, las tipologías raciales no se quedan en un aspecto puramente descriptivo, también son usadas para considerar qué rasgos y cómo se deben mejorar y cuáles se deben de buscar. Es decir, los tipos raciales son usados para proponer de paradigma de belleza un tipo racial sobre otros. La belleza se representa por el tipo racial caucásico, mientras que lo que no es caucásico es feo. “Ortiz Monasterio fue el primero en llamar nariz mestiza a la nariz no caucásica presente en un considerable por ciento de la población latinoamericana” (Canto y Canto; 2010: 27). Este trabajo ha sido relevante, no solo porque se trate de un cirujano plástico pionero de la cirugía

plástica estética en México, sino también porque ha sido de utilidad técnica y conceptual para los cirujanos entrevistados. Del mismo modo es posible encontrar literatura médica donde se hace referencia a este trabajo y que resulta útil para considerar cuáles son los tipos de valoraciones que se le atribuyen a la hora de establecer una comparación con un estereotipo de nariz ideal.

Cuadro 1. Diferencias entre nariz mestiza y nariz caucásica.

características Nasales	Caucásico	Mestizo
Punta	Delgada, buen soporte, Proyección adecuada	Bulbosa, pobre soporte muy poca proyección
Columnela	Larga	Corta
Piel	Delgada	Gruesa
Mecanismo de soporte	Bueno	Nulo
Dorso	Recto y alto	Bajo, convexo, giba discreta.
Tamaño	Larga	Pequeña
Cara	Oval	Redonda, protrusión bimaxilar
Ángulo nasolabial	> 100°	Entre 70-80°
Cartilago alar	Amplio, fuerte	Estrecho, crura medial Corta

*Tomado de (Rangel y Rodríguez, 1999:189).

En el cuadro anterior, los autores comparan una nariz caucásica, con una nariz mestiza, señalando a partir de allí características de cada cual. Es de notar cómo se plantea una valoración positiva de la nariz caucásica, con adjetivos como “bueno”, “adecuado”, “buen”, “fuerte” en contraposición a los calificativos que acompañan a la nariz mestiza como “pobre”, “muy poca”, “nula”. De igual modo, los cirujanos plásticos entrevistados coincidieron en señalar valoraciones positivas para la nariz caucásica y negativas para la nariz mestiza. “...Entonces, por ejemplo, los europeos tienen una nariz alta, que se le llama leptorrina, una nariz que se le pueden hacer muchas cosas, usualmente tienen una nariz bonita, perfecta que casi no necesita mayores

arreglos...” (Dr. Rafael). Este doctor parece coincidir en la valoración positiva de la nariz caucásica o bien leptorrina, encontrándola, no solo bonita sino también perfecta. Por su parte el Doctor Ferro coincide en valorar la nariz mestiza con la nariz fea.

“Hay un estudio que hizo hace muchos años Ortiz Monasterio, uno de los mejores cirujanos plásticos del mundo, que se llama la nariz mestiza y te describe tales rasgos: huesos nasales cortos, que piel ancha, base amplia, punta de bola, todos esos rasgos que son particularmente frecuentes en la nariz mexicana. Entonces sí es algo que encuentras muy seguido. ... el reto de los cirujanos de nariz de México, que operas gente de narices muy feas y muy difíciles.”

Sobre la base de esta noción de nariz mestiza hemos encontrado una ampliación de la terminología dentro de la bibliografía médica, de modo que se han generado términos correlativos como nariz hispana, haciendo referencia a la población “hispana” que vive en Estados Unidos, principalmente aquellos de procedencia Latinoamericana y en especial mexicanos, cubanos y puertorriqueños (Higuera, Hatef y Stal, 2009: 207). El tipo uno se refiere a una nariz que se describe de la siguiente manera: “The type I archetype usually has a normal radix height and normal tip. This nasal archetype also features prominent nasal bones with a high dorsum and, typically, a dorsal hump with a prominent, wide underlying osseocartilaginous framework” (*Op cit*, 2009: 208) (Fig. 1). Tanto a partir de los pacientes como de los médicos se ha hecho referencia a dicha joroba dorsal, que suele llamarse “giba” y es normalmente considerada como objeto de cambio para “mejorar” la apariencia del paciente, y suele ser un requerimiento explícito de los pacientes. De igual modo, el cirujano otorrinolaringólogo coincide con los otros médicos que la joroba en sí no suele acarrear *per se* un problema funcional.

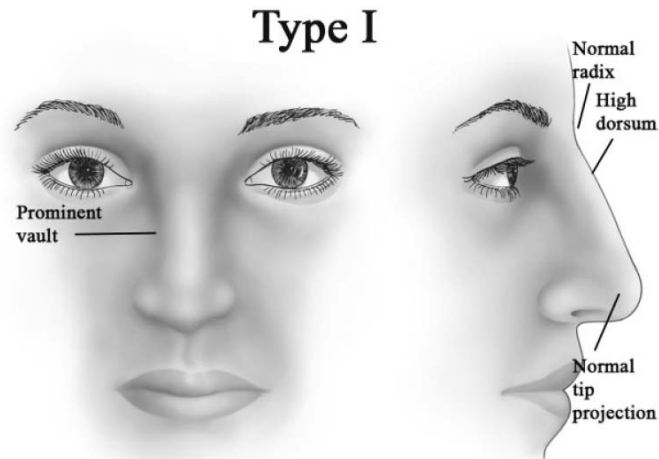


Figure 1 Type I Hispanic nasal archetype.

Figura tomada de (Higuera, Hatef y Stal, 2009: 208)

“Type II These patients have a low radix without a prominent dorsum. These noses also typically have a dependent tip and decreased nasal projection.” (*Op cit*, 2009: 209) (Fig. 2). El tipo de tratamiento que se sugiere tiene que ver con injertos para levantar la punta nasal y se obtenga mayor proyección, de modo que se logre más respingada.

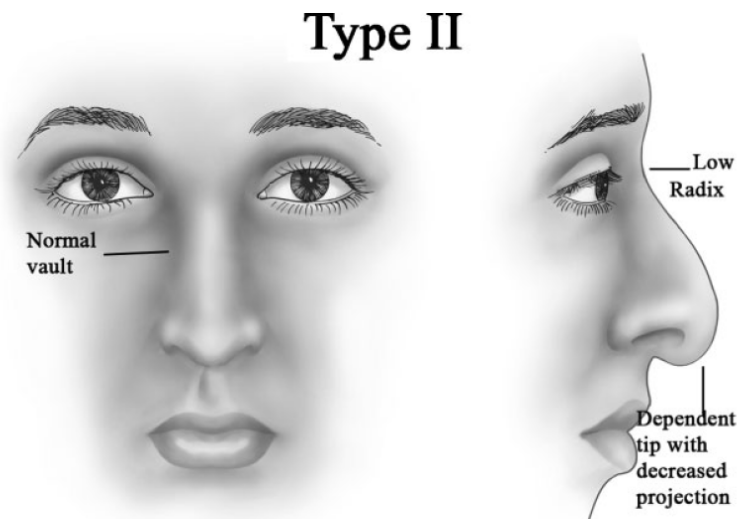


Figure 2 Type II Hispanic nasal archetype.

Figura tomada de (Higuera, Hatef y Stal, 2009: 209)

El arquetipo III, por tanto, es el que suelen referir los médicos en la consulta. “La nariz mestiza es una nariz que se le llama mesorrina, que es una nariz pequeña, que tiene la punta nasal no muy definida, como chatita, vamos a llamarle así de esa manera” (Dr. Rafael). Al respecto los autores dicen: “Type III archetypes have a wide base and dorsum, decreased nasal length, diminished tip definition, short nasal bones, and thicker, more sebaceous skin” (*Op cit*, 2009: 210) (Fig. 3). Se sugiere entonces para el tratamiento de este tipo de nariz, injertos para levantar la punta, hacer más estrecha la base nasal y hacer más prominente el dorso.

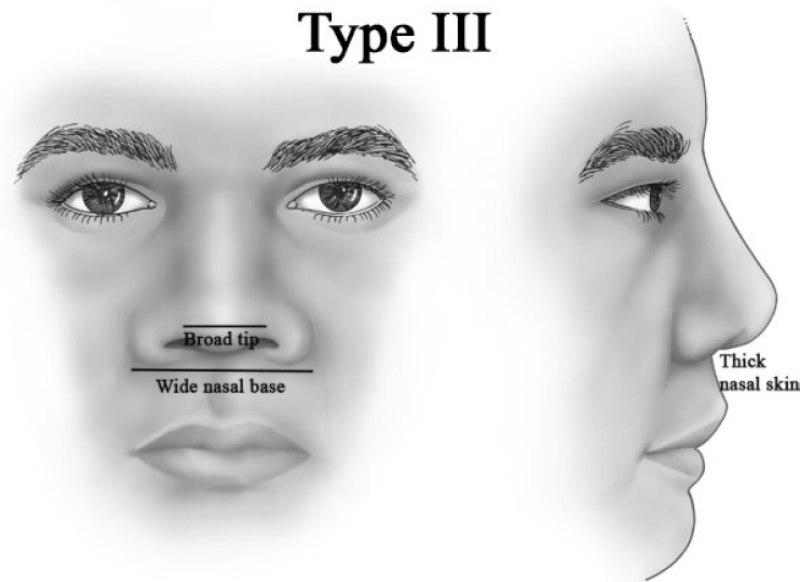


Figura 3: type III Hispanic nasal archetype

Figura tomada de (Higuera, Hatef y Stal, 2009: 2012)

Lo que encuentro relevante en esta caracterización de la “nariz hispana” es que esta nunca está bien, es decir, siempre le falta algo para ser perfecta y más aún las formas de corregirla que se plantean están sugiriendo una forma nasal que se ha caracterizado por los médicos como caucásica: estrecha en la base nasal, de dorso alto y de punta respingada. De la misma manera, varios cirujanos han planteado claramente cuál es el ideal que se busca desde la cirugía plástica en los pacientes.

...ahí tenemos que el estándar racial impuesto es el caucásico. La nariz delgada, respingona, puntiaguda, con alas pequeñas, ese es el ideal que buscamos. Ahí a lo mejor se ha suavizado un poco, pero sigue siendo realidad, con una diferencia, hace 30 años la nariz se buscaba muy respingona con poco volumen, poco dorso

y ahora cada vez se le da más dorso y más personalidad, que es una nariz más natural (Dr. Miguel Ángel).

En este sentido, pareciera entonces que las tipologías raciales, podrían sumarse a los elementos que buscamos en la evaluación objetiva de la belleza. Con mucha claridad lo plantea el doctor cuando considera que este es el estándar racial impuesto, que es lo que buscan y por tanto, es lo que se considera bello. Esta valoración positiva de “los rasgos caucásicos” mantiene cierta relación con lo que los pacientes están buscando.

N: ¿y que es lo que a la gente más le gusta en relación a esas categorías?

R: en nuestro medio, la mayoría de nosotros tenemos narices tendientes a la raza mestiza. Entonces lo que quieren es que sea una nariz un poquito más alta, que sea más estrecha, más delgada, que la punta nasal esté más definida, que tenga las alas nasales más delgadas, más pequeñas hasta cierto punto.

N: ¿eso sería un rasgo más caucásico?

R: sí, exacto, exacto (Dr. Rafael).

El tropo a partir del cual los cirujanos resuelven esta serie de contradicciones en relación a los criterios objetivos/ subjetivos de la belleza es ubicado el paradigma de belleza en el paciente: “... los cirujanos plásticos, te vuelvo a decir, que no buscamos la perfección, simple y sencillamente tratamos de quitar las cosas que no le agradan a la gente” (Dr. Leonardo). Este reconocimiento no se trata de un criterio aislado de un solo médico, existe un consenso en este sentido entre los médicos entrevistados, en la medida que es importante para los médicos saber cuales son los móviles que implican la insatisfacción del paciente con su cuerpo. Por tanto, es a partir de allí que el cirujano trabaja. De cualquier modo, las guías conceptuales de qué es lo bello o no, operan como referente para guiar la decisión del paciente.

“N: ¿qué rasgos son los que más gustan en los jóvenes?

L: el mismo mercado, la misma mercadotecnia, la televisión y todo siempre optan por lo alto, lo güero, lo esbelto, etcétera, todo lo que manda el mercado eso es lo que buscan, narices respingadas, levantadas, delgadas obviamente ¿no? pero depende mucho en la zona en la que trabajes, aquí te topas con narices mestizas, en Latinoamérica tenemos muchas narices mestizas. Entonces esa nariz es muy difícil porque es muy boluda, es muy grasosa, entonces ellos desean tener nariz europea y la nariz europea a veces son muy narizones y son muy altos. Yo siento que eso es lo que aquí ellos desean, tener una nariz tipo afrancesado o tipo italiano, mientras que la nariz mestiza es chica, pequeña y boluda, entonces nunca vas a sacar una nariz muy alta, a excepción de que metas injertos (Dr. Leonardo).

No encontré una referencia científica sobre una nariz afrancesada o italiana, pero el doctor menciona el ideal como una nariz “europea” en clara referencia

a una nariz de tipo caucásico. De cualquier modo, de acuerdo con los médicos el ideal que buscan las personas está orientado por lo que los medios proponen como bello. Es decir, según los cirujanos, ahora no es Leonardo Da Vinci el que plantea la pauta de la belleza, aunque coincida bastante con ello, sino más bien los medios de comunicación. “El Modernismo aparece con el siglo XX y se caracteriza por una distorsión del mundo real, los cánones de belleza dependen de los medios de comunicación que imponen las imágenes como forma de comunicarse” (Rodríguez et al., 2000: 159).

N:...¿Qué es lo que le gusta a los jóvenes?

F: mira curiosamente, sí hay un estereotipo y son narices anglosajonas y prácticamente van muy de la mano de lo que ven. Yo tengo pacientes que llegan con la foto de Tiziano Ferro, hombres. Quisieran quedar como las fotos, obviamente narices muy estilizadas, que tienen un estereotipo muy particular, que es muy angosta, muy definida de la punta y muy levantada, obviamente es un estereotipo, pero son de imágenes públicas, comerciales. (Dr. Ferro)

Estos estereotipos que los cirujanos encuentran sobre lo que buscan los jóvenes coinciden con los marcos de referencia que ellos tienen para apreciar la belleza a nivel de entrenamiento y con lo que es tipificado en términos que son usados como sinónimos: caucásico, leptorrino, anglosajón. Sin embargo, el doctor Ferro considera que es “curioso” que exista esa coincidencia. Como si estas apreciaciones de la belleza por parte de la gente se dieran de forma arbitraria.

Otras interpretaciones desde los mismos médicos brindan algunos elementos que permiten comprender mejor de qué manera se producen estas imágenes. “En general, la mayoría de los autores coinciden en reconocer que la estética facial es difícil de definir. En los últimos años parece existir cierta tendencia a seguir una serie de cánones estéticos establecidos principalmente desde los países occidentales más desarrollados” (Rodríguez et al, 2000: 160).

N: ¿cómo hacen los médicos para enterarse de lo que está sucediendo?

M: muy sencillo, esto entra dentro del sentido común y de la percepción de las cosas que suceden y no tanto dentro de la formación como cirujano plástico. Aunque sí te vas dando cuenta por los congresos y los resultados que presentan otros cirujanos plásticos. Pero es muy sencillo: ¿qué artistas están de moda? ¿cuáles son los de más éxito y qué labios tienen? Está Jaqueline Joise o ¿cómo se llama...?

N: Angelina Jolie.

M: Angelina... como se llame, tiene unos labios gruesos completamente artificiales, donde le han aumentado volumen, incluso cerca de las comisuras, lo que es un defecto, pero son unos labios muy bonitos, aunque tengan estos defectos tan chocantes para un arduo entrenamiento de los cirujanos plásticos. Pero ella es guapa, es atractiva y es el estereotipo que le están vendiendo no a mí como cirujano plástico, es el que le están vendiendo a toda la sociedad. Es el que están metiendo por los ojos. Este... Katherine Zeta Jones, pómulos super fuertes, rama mandibular completamente definida, labios con volumen, nariz respingada.

N: ¿entonces principalmente vienen de ahí?

M: también tenemos que entender que el cine es una consecuencia de lo que está sucediendo en una sociedad. No podemos pensar que el cine se inventa solo y se va por el lado que él quiere. Nosotros no estamos en esa sociedad, pero si nos vamos a la sociedad americana donde se está gestando el cine y todo. ¿A quiénes toman ellos? a las personas que ellos consideran en sus medios personas deseables y que tienen éxito... pues es la tendencia cultural. Que es la opinión de un sector en la economía dominante, ¿por qué en la economía dominante? Porque ¿quienes son los que nos venden los productos? ellos ¿quién nos vende el cine? ellos ¿quiénes vemos el cine? El resto del mundo, aunque en el concepto del resto del mundo, no entre todo el mundo, porque hay países donde no entra. Entonces los estereotipos que impongan los americanos les importan un bledo, pero la gran mayoría de los países que están inmersos en lo que es la globalización, que cada día se ha ido haciendo más pequeña, pues están siendo impactados. Nosotros vemos imágenes de países de oriente como Japón, Tokio y vemos a los japonesitos con el pelo pintado de amarillo, que no nada que ver con su cultura y la cirugía de occidentalización de los párpados es la más común. ¿Qué sucede? ellos quieren integrarse a lo que se les está poniendo como modelo (Dr. Miguel Ángel).

La conversación con el doctor Miguel Ángel comienza cuestionando de dónde salen los paradigmas de belleza de la actualidad y cómo hacen ellos para estar al tanto. La respuesta del doctor entonces plantea que es a través de percepciones y representaciones, definidas de acuerdo con una ideología. Es a partir “del sentido común”, no tanto de “la formación como cirujano”. Esto plantea que el concepto de belleza del cirujano se forma de la misma manera que se forman los conceptos de belleza de los pacientes o cualquier otra persona a la que esté al tanto de los paradigmas de presentación de la apariencia. Los estereotipos los “están vendiendo no solo a mi como cirujano plástico sino a toda la sociedad”. Es decir, son estos estereotipos que circulan por los medios de comunicación los que se imponen como un canon de belleza del cual echan mano los pacientes, los cirujanos, los parientes de los pacientes, toda la sociedad. Ni siquiera los criterios milenarios de la proporción y la simetría, en ocasiones, se ajustan a estos nuevos paradigmas que exaltan labios “completamente ratificales”, pero aún así “son labios muy bonitos”. Es decir, que este “arduo entrenamiento” de los cirujanos se ve anulado por algunos de los nuevos rasgos que predominan, pero que se encuentran en el sentido común. Sin embargo, el doctor también plantea una claridad muy

importante; estas representaciones y percepciones que se presentan a través de los medios de comunicación, guían el sentido común, por lo cual mantienen un carácter ideológico: “el cine no se inventa solo” se gesta en la “sociedad americana” y son ellos quienes proponen las imágenes deseables de acuerdo con lo que “ellos consideran personas deseables y que tienen éxito” y se imponen porque son “la economía dominante” y porque “son ellos los que nos venden los productos, los que producen el cine”, mientras que “la gran mayoría de países” somos los que queremos integrarnos a lo que se está proponiendo como modelo. Este planteamiento refleja, lo que el médico considera sobre cómo se forman estos ideales de belleza hegemónicos, el carácter ideológico de la belleza. Pero también nos genera una reflexión en términos de la argumentación de este apartado: es a partir de los intereses de este sector economía dominante, quienes venden un ideal físico que suele encarnar elementos en relación a la clase, al género y a la raza que son los que ellos identifican que denotan “éxito” y se transmiten codificados en rasgos físicos. En uno de estos tres sentidos el doctor hace referencia a que “el resto del mundo” se quiere parecer a los modelos que propone el cine a nivel de las características físicas que denotan blancura: “japonesitos con el pelo pintado de amarillo” y la “cirugía de occidentalización de los párpados”. Este pareciera ser el ejemplo más elocuente, pero es también lo que encontramos en los que quieren corregir su “nariz mestiza” hacia una nariz más anglosajona. De igual modo, estas imágenes del cine suelen interpelar y confrontar más a las mujeres que a los hombres en relación con su aspecto físico, con lo cual existen también implicaciones importantes a nivel del género. Igualmente estas imágenes también suelen posicionar de manera positiva estilos de vida distinguidos, que dan cuenta de una posición de clase superior. Sin embargo, el doctor hace una claridad a este respecto. Existen pequeños cambios en este modelo dominante que se han dado en los últimos años, donde se incluyen características de “los otros”, sin embargo, esto no es suficiente para cuestionar el modelo hegemónico de belleza como tal.

N: ¿esto de las modas que me acabas de decir, tú has visto cómo cambian las modas?

M: sí, lo que sucede es que no son modas de rápido cambio, son modas que van cambiando a través del tiempo, de manera mucho más suave. No es que en este año va a ser una moda y el siguiente año va a ser otra moda, pero sí han ido

cambiando. La globalización del mundo cada vez más fuerte. Estados Unidos que es la economía dominante, cada vez tiene más gente latina, más gente oriental. Los labios considerados bellos hace 30 años, eran labios delgados, eran labios sajones, en la actualidad, los labios considerados bellos son labios gruesos, labios negros, de gente de raza negra, los pómulos también son ahora más fuertes, la raza blanca no tiene los pómulos tan fuertes, a lo mejor las razas orientales tienen más fuertes los pómulos, entonces se va entendiendo que en una mezcla, que se han ido mezclando las características de las diferentes razas dentro de lo que es la aceptación y ya no es la imposición pura de la raza sajona en los conceptos de belleza.

N: ¿antes si se veía más que eso?

M: sí, el concepto era antes diferente. Los labios gruesos no eran considerados de buen gusto, los labios bonitos eran labios delgados.

N: ¿entonces tú crees que hay una suerte de democratización...?

M: cambios, cambios, cambios culturales por la imposición, porque los otros existen y ahí están y va cambiando entonces el concepto de belleza y se van agregando conceptos de belleza de los otros que también están presentes ¿en dónde? en los sitios que tienen influencia, en la economía que es la economía dominante, la que maneja los estereotipos, en el cine, principalmente en el cine que es el que vende las imágenes deseables (Dr. Miguel Ángel).

De acuerdo con este testimonio la “imposición pura de la raza sajona en los conceptos de belleza” es una cuestión que se ha ido matizando, de modo que se integran a ese concepto original otros elementos que dan cuenta de la inclusión de los otros. Estos cambios de matices son percibidas como “modas” que van introduciéndose de una manera “suave”, pero que resultan en otro tipo de “imposición” donde están los otros que también tienen una influencia, pero solo son visualizados cuando tienen una influencia en la economía dominante, que es la que finalmente maneja los estereotipos de imágenes deseables. A este respecto Bordo considera:

“Ciertamente, las imágenes del pantallazo de la gran moda pueden contener toques de exotismo: labios abultados con colágeno o trencillas en modelos blancas, narices a la Barbra Streisand, estilos “butch” de vestir. El capitalismo consumista depende de la continua producción de la novedad, de imágenes frescas que estimulen el deseo y con frecuencia se da una vuelta por los barrios marginados para encontrarlas. Pero tales elementos son específicamente enmarcados como exóticos o, dentro del sistema general de significado, no se les permite tomar el control de la representación y establecer un modelo de belleza o éxito verdaderamente alternativo o “subversivo”. Las modelos blancas pueden ponerse colágeno en los labios, pero las modelos negras son usualmente de complejiones claras y rasgos casi anglosajones. Un sistema definitivo (aunque no siempre fijo o determinado) de fronteras establece límites para la validación de la “diferencia.”” (Bordo, 1993: 50)

Encuentro pertinente esta claridad que plantea Bordo en el sentido que, en relación con lo que hemos encontrado específicamente sobre los rasgos de la nariz, nos hemos percatado de cómo las tipologías raciales son utilizadas para establecer como prototipo objetivo de la belleza los rasgos que son

identificados como caucásicos. Aunque tal objetividad se funde en lo que consideran los médicos que se alberga el sentido común y de acuerdo al doctor Miguel Ángel se define “como los valores que maneja la mayoría”. Estos elementos raciales que el doctor considera han ido cambiando a partir de los medios de comunicación, específicamente del cine, no resultan tan diversificados en lo que se pudo observar sobre el aspecto de la nariz y otros ideales de belleza asociados tanto de los pacientes como los que se expresan, por ejemplo, en los avisos publicitarios, reproduciendo una idea de belleza asociada a las representaciones más tradicionales de los estereotipos físicos de aquellos que se encuentran acordes con la “economía dominante”.



(Fotografías tomadas por Natalia Galeano, Tuxtla Gutierrez, 2010)

Tiendas, avisos y vallas.

A la teoría objetivista, también se une el argumento que he decidido llamar “naturalista”, según el cual, “genéticamente tendemos a apreciar aquello que es bello, se nos hace atractivo y agradable” (Dr. Miguel Ángel). En donde se encuentra incluido aquello que es joven. Es interesante señalar al respecto que la normalización del aspecto de la juventud en relación a la belleza llega a tal grado, que no se considera, siquiera, algo que se deba de explicar. Se asume de entrada que son las personas jóvenes las que encarnan la atracción y ello

está dado así porque se supone que los cuerpos jóvenes están principalmente asociados a la fertilidad, a la salud y según lo que la selección natural dicta. Estas características serían, junto con otras propuestas desde el paradigma de belleza hegemónica, las que resultan más atractivas a la hora de escoger pareja. De acuerdo con esta visión; la atracción por belleza sería la expresión de una instancia biológica, natural y no cultural que es la que nos orienta en la decisión de escoger pareja. Sin embargo, en este enfoque habría algunos puntos que cuestionar. En principio, se trata de que la atracción a la belleza física parezca mayormente sustentado en aspectos culturales como los que hemos señalado anteriormente. En segunda instancia, la fertilidad potencial de la pareja, ya no resulta ser un aspecto necesario para la reproducción, en la medida que la sexualidad que tradicionalmente se asociaba a ello, se ha liberado a través de los avances científicos, que permiten, a través de las técnicas de reproducción asistida, separar el sexo y la fertilidad de la reproducción, convirtiéndose entonces en una *sexualidad plástica* (Giddens, 1998: 35)

Pero aún si se estuviera buscando natural y biológicamente la fertilidad, los ideales hegemónicos de belleza no están orientando sobre pruebas fehacientes y suficientes de que determinada apariencia es una señal sobre la salud de alguien. No existe una correspondencia necesaria entre de los paradigmas de belleza y la salud. De hecho es más bien frecuente que por el hecho de perseguir estos ideales de belleza hegemónicos se ponga en riesgo la salud. Es el caso de la anorexia, los efectos adversos de las cirugías plásticas, el síndrome dismórfico, las dietas desbalanceadas, etc.

3.2 Aproximación a la belleza desde el paciente

Los criterios de belleza del paciente y del cirujano, con frecuencia, no resultan tan distantes aunque se podría decir que cada quién se apropia de este modelo hegemónico de manera diversa. De cualquier modo, se trata de un juicio basado en el sentido común y no necesariamente de un conocimiento experto. Aunque, como hemos dicho, las proporciones divinas, sirvan de

derrotero para los cirujanos, el resultado de lo que se propone como belleza está acorde con las imágenes deseables que se presentan en los medios masivos de comunicación y que resultan ser la principal influencia para los pacientes. En relación a las representaciones y percepciones de belleza que tienen los pacientes es importante resaltar, de igual modo, un discurso contradictorio. Si bien algunas veces optaron por señalar que la belleza era un asunto subjetivo que se juzgaba de acuerdo con la persona que estuviera mirando, en algún momento de la conversación optaron por la versión contraria y consideraron que sí había elementos objetivos de tal juicio como el del cirujano. Comenzaré entonces por los asuntos relativos al estilo de vida, que entendemos como un concepto en el que se incluyen dimensiones materiales y simbólicas, posibilitando la articulación entre estructura social y cultural de los sujetos cuyo comportamiento se caracteriza por una determinada manera de vivir (Menéndez, 2009:105). Se considera entonces que los aspectos relativos a los ingresos como base material y como base simbólica los procesos de distinción relativos a la cirugía estética.

3.2.1 Estilo de vida: no siempre los ricos son bonitos

Las posiciones en relación a este tema variaron de acuerdo con los interlocutores, pero para la mayoría existía una relación aunque no determinante, entre belleza-cirugía estética- ingresos. Incluso, también encontramos comentarios que sugerían una no determinación del elemento dinero en el acceso a la belleza.

N: en ese sentido tú crees que las personas que se pueden hacer cirugías, o las personas que más ingresos tienen son las que mejor se pueden ver.

S: no, es que no depende eso de ingresos... No depende de la economía de la persona. Una persona pobre dice es que soy pobre y por eso no me puedo cuidar, es mentira. El agua se le regala a todo el mundo, gracias a Dios, no es tan cara, una verdura, aquí en México sale más barata que en Estados Unidos donde la verdura es mucho más cara, ¿por qué? Porque saben de los beneficios de la verdura y la fruta, allá ¿qué es lo más barato? la carne. No nos vamos tan lejos, en Monterrey, toda la fruta y verdura es muy cara y la carne baratísima. Entonces no depende de la pobreza, no depende de la economía de la persona, depende de lo que te inculquen quizás, tal vez los antecedentes, pero sí lo que tú veas o lo quieras para tu vida, independientemente de que tu mamá sea gorda, entonces porque mi mamá es gorda yo también voy a ser gorda, no, no, no tu mamá hizo con su vida lo que quiso, tú decides cómo hacer la tuya, entonces no depende de la economía, todos podemos cuidarnos (Sandra, 24 años).

Para Sandra, la apariencia depende más de la agencia del individuo que de las limitaciones económicas, ya que considera varios de los atributos que se consideran bellos se pueden lograr a partir de los hábitos que se inculquen en la educación. Incluso, más allá de la educación que tengas en la familia es posible que la persona opte por “cuidarse”, de modo que esto se considera como una ética que se escoge, el individuo aparece entonces, como el que labra su destino en relación a su apariencia física independientemente de las condiciones económicas y culturales.

De igual manera se consideró que la visibilidad de la asociación entre dinero-belleza se difunde a través de medios masivos de comunicación, propiciando así, una visión estereotipada de la belleza.

J: aquí en México hay dos televisoras nacionales, traen muchísimas novelas y últimamente en estos años, sí. Se han enfocado mucho a la juventud. Sacan muchas novelas juveniles, la sacan de escuelas carísimas, la vida de esas personas, las niñas son muy guapas, son chavos muy atractivos, donde ahí mismo, ahí mismo, se da muestra la presencia en el elitismo que hay, en relación a la persona de clase baja, persona no guapa y todo eso. Yo creo que eso, ahorita en la juventud impacta mucho (...) Sí influye mucho en eso y si tú checas siempre hay una novela juvenil, con el mismo tema, hablando de la clase super alta, y la clase baja, cuando no es la realidad del país pero así lo proyectan (José, 28 años).

José considera que la representación dominante que se presenta en los medios de comunicación relaciona las personas de altos ingresos con las niñas y los chavos guapos, mientras las personas no guapas se relacionan con ingresos bajos, aunque considere él mismo que la realidad no es así. De todas formas considera que esto influye en lo que impacta a los jóvenes. Sin embargo, este no parece ser un asunto que se queda solo en las representaciones que se difunden a través de los medios de comunicación, y que a su vez es cuestionado por los interlocutores. Este tipo de representaciones también se encuentran en otros interlocutores. De acuerdo con otro testimonio, las interacciones sociales propician una predisposición a la cirugía plástica en relación a los prototipos de belleza y los grupos con niveles de mayores ingresos.

...mira, yo siento que eso es por clase, o sea, el quererte cambiar es por clase, una, porque estás en un ambiente donde... ¿sabes qué? Yo tengo una oportunidad de hacerme cambios para estar bonita. Por ejemplo, yo te digo que tengo amigas que se han hecho infinidad de operaciones para estar bonitas, entonces yo digo, bueno, este... está bien. Yo hago, yo comparo mucho porque

yo, nada más la universidad la estoy estudiando en una universidad pagada. Antes yo estaba en escuelas así de gobierno, entonces en las escuelas de gobierno, me acuerdo de que estábamos en prepa, y decían “ay yo no me haría ninguna operación, ni nada, ni nada por el estilo” pero por lo mismo, yo no sé si es porque no tienen la oportunidad de pagar esa operación o porque realmente la sociedad donde están no les exige estar tan bonitas o llegar a ser hasta donde ellas están. Entonces eso sí te lleva muchísimo. Si comparo mucho, te digo eso, porque yo cambio de nivel de escuela y yo digo ¡no manches si es un buen de cambios! que te tienes que vestir bien porque sino los amigos... o sea... aunque mis amigas no son así, mis amigas están gorditas y nada, solo tengo dos que si están operadísimas de todo, pero no te llegan a decir, “¿sabes qué? a mi me llegó a costar esto para estar bien y yo tengo una operación, porque yo si tengo dinero y eso” no te llegan a decir eso... pero a veces si dices “¡ay yo quiero estar como ella!” (Elizabeth, 25 años)

Elizabeth considera que el hecho de haber cambiando de un grupo con un nivel de ingresos menores a otro con un nivel de ingresos mayores, le ha permitido ser conciente de una serie de cambios que ha incorporado en su vida diaria para ser aceptada. Estos cambios están relacionados con la ropa que usa, pero también otros elementos relativos a la imagen, como señala, cierta disposición en relación a la cirugía estética. Supone que las personas con ingresos altos tienden a tener un mayor aprecio por la cirugía estética, condicionando a su vez cómo es percibida la cirugía estética por los que pertenecen al grupo de ingresos altos. Ella considera que no es que se alarde de manera explícita sobre el dinero que se tiene para realizarse la cirugía estética en dicho grupo, sino que el ambiente en el que se encuentran, donde se valoran este tipo de cambios como positivos y que a su vez asumen un gasto considerable, implica tácitamente que se entienda la belleza como una “oportunidad” que se tiene, mientras se tenga dinero, lo cual hace que este grupo sea “más distinguido”. Aunque ella claramente expresa que no sabe si son las identificaciones simbólicas o bien las materiales las que determinan cierto tipo de disposición hacia las cirugías plásticas, considera que sí existe mayor propensión a evaluarlas como positivas en un grupo con mayores ingresos, mientras que en un grupo con menores ingresos se evalúa como negativo. Para otra interlocutora, lo cierto, es que la cantidad de dinero que tenga la persona obstaculiza o posibilita de manera más directa la realización de una cirugía plástica estética.

...pues sí, desgraciadamente, como dice un dicho, y lo usan mucho en los medios de comunicación: “el que es feo, es porque es pobre”. Así lo manejan. La medicina estética o la cirugía plástica me atrevo a decir que el 100% es para las personas que están en un estatus económico y medio a alto. Obviamente una persona de

escasos recursos no va a acceder o a gastar todo el dinero en modificar su rostro. Esos, realmente, son gastos innecesarios. Y son gastos por gusto. Porque por necesidad, yo creo que tener una nariz ancha, no es algo que entorpezca tu vida, que influya en tu labor social, yo creo que no tiene nada que ver. Si tú te la modificas es porque tienes una necesidad emocional, mas no una necesidad física... Son gastos que son más realmente innecesarios. Pero lo vemos como una necesidad emocional (Raquel 25 años).

Raquel considera que los que acceden a gastos asociados con necesidades emocionales solo son aquellos de ingresos medios y altos, en la medida que son considerados por ella gastos innecesarios, gastos por gusto y no necesidades físicas. Por tanto, esto genera una distinción entre “los pobres” a los que relaciona con la “fealdad”, ya que no tienen el dinero suficiente para acceder a la belleza que se logra a través de la medicina estética o la cirugía plástica y los bellos, que si pueden acceder. Esta apreciación según la cual “el que es pobre es feo” considera que la cirugía y la medicina estética son posibilitadoras de una realidad diferente para aquellos que por “naturaleza” fueron “feos”. Solo aquellos con mayores ingresos podrían posibilitarse a través de la cirugía estética un destino diferente, organizando los patrones físicos a la medida de lo que se considera “bello”. Sin embargo, para otros interlocutores no es tan tajante como considerar que la fealdad solo se encuentra en relación con el nivel de ingresos.

N: ¿entonces aquí no aplica el hecho de que la gente que tenga más dinero es la que suele ser más bonita?

J: fíjate que yo sí que he conocido diferentes estatus y he encontrado gente bonita arriba y gente bonita abajo, no muy agraciada arriba y no muy agraciada abajo. Tal vez, como tienen dinero, la vestimenta, en el caso de las mujeres, se pueden arreglar mejor. Tal vez eso las hace más llamativas y más atractivas. Y hay muchas niñas que, más si son de dinero, se hacen muchos procedimientos. Tanto nariz, busto o pompas (José, 28 años).

Para José en cambio, resulta difícil asociar la belleza o la fealdad a un determinado grupo con un nivel de ingresos, pero de todas maneras algunos arreglos personales se pueden propiciar a través del dinero y de los procedimientos estéticos. De la misma manera, Adelita considera que hay personas bellas independientemente del nivel económico pero que tal vez exista una tendencia a reconocer una mayor concentración de los rasgos bellos entre personas con mayores ingresos, en la medida que pueden realizarse más procedimientos estéticos, pero también por algo que ella entiende como su cultura:

...no, digamos que no tiene nada que ver porque si hablamos de mujeres o de personas.... Pues las hay en las familias más humildes o de otro tipo de raza o las hay en mujeres muy ricas, hay bonitas, quizás se de más en ese medio, ¿por qué? Porque son de otro nivel social, porque tienen más dinero quizás y tienen la posibilidad de hacerse otros procedimientos ¿no? Entonces los rasgos físicos están en todos lados. Incluso en el medio más alto o los que tienen más dinero tal vez se de un poco más por la relación entre ellos, o sea la cultura... la cultura influye, porque te lo recuerdo, hay mucha gente que a lo mejor, si es guapa la chica o es de otro nivel social, no tan fácilmente se va a quedar con esa persona y eso es de cultura. Porque así les han enseñado, así nos enseñan a nosotros. Tampoco vas a poner tus ojos en un hombre muy alto que va a ser inalcanzable, porque igual y no se va a fijar en ti. Y es por eso que te digo que quizás ahí influye mucho la cultura (Adelita).

La paciente hace referencia a la cultura para señalar un comportamiento social aprendido desde el cual, se considera que “poner los ojos en un hombre muy alto” (haciendo referencia a una persona con dinero) implica un desacierto, en la medida que se ha enseñado o bien se ha aprendido que “va a ser inalcanzable” porque entre los que tienen más dinero “tal vez se de un poco más de relación entre ellos”. Es decir, que la paciente considera que las relaciones entre grupos con niveles de ingresos altos tienden a ser endogámicas y que por tanto tiendan a mantener un poco más los rasgos físicos deseables entre ellos. Esta afirmación se encuentra en plena concordancia con lo que opina Ángela, que visualiza la localización de la belleza en un grupo determinado.

3.2.2 ¡No es que yo sea racista...!

Para Ángela tanto la suerte, como el hecho de pertenecer a “una buena familia” contribuyen a que se concentren más los rasgos bellos dentro de un grupo.

...antes pensaba que no, porque veía que los más adinerados eran las personas más guapas y más hermosas, pero no, te diré, porque conozco, ¿conozco? Sé de modelos. Te diré una: Adriana Lima de Brasil, que era completamente pobre y yo la considero la mujer más hermosa, es que no creo que sea de clase social ni nada. Están distribuidos por la genética, porque tuvieron suerte. Por algo completamente aleatorio. Y sí hay personas de buena familia que se van conservando porque tienen antepasados de Europa, por eso, por su sangre, por su clase social, que son así todos, medio parecidos, pero de ahí es aleatorio también.

La impresión inicial de Ángela era que las personas adineradas eran las más bellas, pero al prestar más atención al tema, se dio cuenta que algunas

personas, independientemente de su nivel de ingresos, poseen rasgos que considera hermosos, por lo cual es un hecho relacionado con la genética y completamente aleatorio, pero al mismo tiempo plantea que hay personas de ingresos altos que conservan sus rasgos privilegiados de antepasados europeos. Esto es completamente acorde con la idea que plantea Batalla (1991) resaltando la existencia de una continuidad genética y el hecho de que la mayoría de los mexicanos posean rasgos somáticos que revelan la ascendencia indígena, pero a su vez señala que el mestizaje no ha ocurrido de manera uniforme. Considera que las capas sociales de mayores ingresos han mantenido una continuidad genética asociada a “lo blanco”, mientras que las personas de ingresos medios y bajos se pueden asociar fácilmente a “lo prieto”. De este modo, la visión de Elizabeth coincide con la visión sociológica de Batalla 23 años atrás. Es decir, que esta aguda observación de la interlocutora plantea que, a nivel de sus representaciones, este mismo tipo de desigualdades son persistentes en la actualidad.

N: ¿tú crees que los ideales de belleza son universales o son subjetivos, cada uno tiene una idea de belleza?

A: Completamente subjetivo. No es lo mismo en Japón, en México o en Estados Unidos. Pero como estamos atados al Estados Unidos y a lo europeo, no lo japonés, que es la chiquita, chaparrita, carita redonda y blanquita, entonces estoy tratando de parecerme a lo que haya oído y lo que creo yo, según nuestro pensamiento que tengo que es lo mejor, lo más bonito.

N: entonces crees que estás influenciada...

A: (interrumpe) sí, estoy influenciada, eso lo se y es completamente cierto, pero no por eso es malo, es subjetivo.

N: o sea que tú crees que en otra cultura y en otro periodo histórico los ideales de belleza habrán cambiado.

A: sí, también.

N: cuál crees tú que sería el ideal de belleza aquí en México, por ejemplo.

A: México influenciado por Estados Unidos, el de Estados Unidos está influenciado por el de Europa, pues el de Europa que es el de las modelos altas, respingadas, blancas, güeras, bien marcado su cuerpo...

N: delgada pues

A: delgado, espigada... eso. (Ángela 19 años).

Me interesa resaltar la apreciación de Ángela, según la cual, la belleza es subjetiva y de igual modo reconoce que se encuentra influenciada por una visión dominante que se relaciona con países y continentes. De este modo, no considera que los países estén aislados, sino que plantea relaciones entre ellos que implican influencias, como es el caso de México, que se encuentra influenciado por Estados Unidos y éste a su vez se encuentra influenciado por

el continente europeo. Es decir, que estas representaciones también están basadas en una asociación entre rasgos físicos estereotipados y probables orígenes geográficos y/o étnicos, lo cual es entendido en este trabajo como *raza*. De este modo consideramos existe una asociación explícita entre los rasgos bellos y la raza, sin embargo, la apropiación que resulta de esta paciente no tiene que ver con las tipologías científicas que han usado los médicos para asociar este elemento racial a la belleza, sino que se encuentra acotado de acuerdo con una representación sobre distribución geográfica y política amplia. Del mismo modo, esta paciente encuentra asociadas estas representaciones a los medios de comunicación.

N: ahorita me estás hablando de los ideales de belleza ¿crees que los medios de comunicación tienen alguna influencia?

A: (entre risas) completamente, sí. Si no pues yo estuviera feliz con el indígena de San Cristóbal, pues no. Sí, completamente, te meten una cosa en la cabeza. Pues ya tú no sabes ni cómo decirles que no, estas completamente sometido a lo que te enseñan (Ángela, 19 años).

Según Ángela son los medios de comunicación los principales propiciadores de las apropiaciones de ideal de belleza hegemónico, que por definición propia, se opone a la valoración positiva de la apariencia del “indígena de San Cristóbal”. La fortaleza del embate de las imágenes que repiten un mismo mensaje sobre lo que significa la belleza física hace que sea difícil saber como negarte a apropiarte de ello y lo compara con un sometimiento. Ángela sugiere que el asunto de la definición de la belleza es construido por los medios de comunicación y que en esa construcción se enmarca en un campo de fuerza en el que un actor se encuentra sometido, en este caso, ella se ubica en este lugar de sometimiento, pero a su vez, “el indígena de San Cristóbal” se ubica allí. También existe un actor que somete y es el que define el contenido sobre lo que es la belleza física. Esta imposición la ha caracterizado Ángela de acuerdo con una influencia europea. En este orden de ideas, la situación definida por un actor que tiene bajo su manejo los medios de comunicación y que define un ideal de belleza racialmente orientado es el que propicia que la paciente se someta a una cirugía plástica, para lograr una imagen acorde con lo que se considera “mejor” o más “bonito”. De igual modo, Julio encuentra una relación entre los medios de comunicación y unos estereotipos de los rasgos físicos que coinciden con lo expuesto por Ángela:

N: ¿y tú crees que los medios de comunicación tienen que ver en todo este asunto de cómo se imagina uno la belleza?

J: siento que sí influye, porque... en las novelas o en las películas o en todas las críticas que hacen siempre es ¿no?... con respecto a una idea que según se tiene. Pero puede variar como te digo en cada persona, pero en general, la mayoría se basa en el güerito, el de ojo azul es bonito, por ejemplo aquí en México o en otro lado, pero pues, siento que sí influye mucho en los puntos de vista de cada persona (Julio, 21 años).

Julio plantea que si bien existe un ideal que se trasmite a través de los medios de comunicación, éste necesariamente no se tiene que apropiarse de la misma manera por todas las personas, sin embargo, considera que son la mayoría, en todo caso, los que terminan por apropiarse de este. De igual modo, señala que la imagen masculina que se impone es “el güerito, de ojo azul”. En el mismo sentido señala Carla la importancia de los medios de comunicación en la definición sobre lo que se considera bello:

N: ¿entonces tú que crees que la belleza es un asunto universal o subjetivo?

C: universal ¿no?

N: ¿por qué?

C: porque ves en la tele y en los comerciales, a los artistas. Porque nunca vas a ver en un comercial, nunca vas a ver a una gordita salir en un comercial diciendo este producto te ayuda por esto o por lo otro o no ves a personas a veces morenitas, vendiendo, tal vez, labiales o un color de cabello. Ves mucha gente delgada, blanca, guapa, (se ríe) o sea, realmente no vas a ver gente fea.

N: ¿qué es guapa para ti?

C: que tenga buen cuerpo.

N: ¿cómo es el buen cuerpo?

C: delgada, tal vez. Que tenga buena porción en el cuerpo. Que tenga tal vez un poco de piernas, de caderitas. Un rostro muy bien.

N: ¿y cómo es un rostro bien?

C: una nariz super respingada, poco maquillaje, ojos zarcos, para mí es eso. (Carla, 21 años).

Carla opina que la universalidad de los criterios de belleza se establece por lo que los medios presentan. Afirmación que tiene dos implicaciones, una que la propia definición del término se establece allí, dos que esta definición es universal solo por presentarse en los medios de comunicación. A su vez, puntualiza que los medios de comunicación excluyen dentro de las imágenes que presentan aquellas personas “gorditas” o “morenitas” que son características de la fealdad. En otra apreciación se considera que los “feos” no suelen aparecer en los medios y si aparecen, solo lo hacen con papeles antagónicos:

N: y en ese modelo ¿qué crees que es lo que no cabe? ¿Qué es lo opuesto a ese modelo? ¿Qué es lo que nunca ves, que están sugiriendo un modelo de belleza?

J: una persona chaparrita, morena, o negrita, feíta tal vez. Eso no lo vez, en el caso de una película o una novela, una persona que no es bonita, los ponen como los malos de la historia y los buenos son los bonitos, los guapos (José, 28 años).

Lo que se considera “feo” por parte de José, es aquello que se asocia con lo “chaparrito, morenito o negrito”, pero además se asocia con valores morales negativos, como “una persona mala”, mientras lo opuesto “lo guapo” se asocia con una persona “buena”. Este juicio coincide con el de Carla al señalar lo “morenito” como lo “feo”, y más aún aquello que es “morenito” se ha identificado en varias ocasiones como lo que es “mexicano”.

...sí se ha visto más de niñas güeritas, de tez blanca o rubias, tienden a ser, este, un poquito más hermosas de rostro, más hermosas de todo. Bueno esa es mi apreciación, ahí influye el gusto de las personas, por ejemplo a mi me llama la atención una persona blanquita, más que una persona morenita, no es racismo ni nada, pero son gustos nada más, como hay algunos que les encantan morenitas, y más aquí en México que nuestra piel es más morena (José 28 años).

En este testimonio se puede resaltar el carácter ambiguo desde el cual se piensa el racismo y la belleza. Para José, el gusto por niñas de tez blanca o rubias no tiene una relación directa con la universalidad de la belleza, tampoco el hecho de que los medios de comunicación lo muestren así. Sin embargo, considera que la belleza depende de apreciaciones personales que no son homogéneas. Esta advertencia “no es que yo sea racista” revela la conciencia que José tiene de ser interpretado como racista al afirmar sus preferencias en relación a la belleza. Este riesgo se corre porque sus gustos están orientados racialmente y se exponen apreciaciones positivas para un grupo que ha sido definido desde características físicas como “güeras”, mientras que son negativas y no considerable como potencial pareja para un grupo que ha definido físicamente como “morenitas” a su vez asociadas a lo frecuente en México. La justificación que subyace para no ser considerado racista es que se tratan de gustos en relación a la belleza, que son variables. Se entiende entonces cómo considera que los conceptos de belleza son neutrales y no encarnan un racismo en sí, a pesar de que se trate de características físicas asociadas *per se* con valoraciones positivas o negativas. Esta opinión de José la comparte Raquel, en relación a los gustos.

N: ¿pero tiene que ver con la raza de alguna manera? ¿no?

R: sí, pues sí, de alguna otra u otra manera si cambia... Si tú tienes un novio, te dicen, tú tan bonita y tú que tienes un novio tan feo, pero a tí te gusta, ves artistas que son muy guapos y andan con unos negros, todos feos. ¡Y no es que yo sea racista! Yo no andaría con un negro, porque no me gusta y sin embargo, yo tengo muchos amigos negritos. Pero mi prototipo de hombre no es así. Cada uno tiene sus... Y como dice el dicho, por gustos se rompen genios, ahí si no te importa ni género, ni raza, ni sexo, ni edad, por eso sí es importante que si te vas a hacer algo estético es por ti. No es porque quieras cambiarte tu cara por tener la cara de otro (Raquel, 25 años).

Del mismo modo, Raquel no se considera así misma racista, aunque concuerda con testimonios anteriores que plantean “lo negro” o bien “lo oscuro”, “lo moreno”, “lo no blanco” como “lo feo”. La prueba que erige sobre la subjetividad de la belleza es que a unos les gusta los negros mientras a otros no. Y la prueba que plantea de que no es racista es que tiene amigos “negritos”. Al negro, se le ha sumado un diminutivo que lo presenta, más inofensivo, menos enemigo, disminuyendo cualquier otro apelativo que sugiera peligro. Sin embargo, ella no andaría con un hombre así. La explicación queda oculta, porque el planteo es que no le gusta, suponiendo que los gustos son guiados por la libertad y que no responden a una ideología sobre el aspecto físico. Sin embargo, su postura en relación a la raza se refuerza en otros momentos de la conversación:

N: ...bueno, tú ahora me hablaste, de un estereotipo de mujer bella: rubia, delgada, de pechos grandes...(interrumpe)

R: para el mexicano, para el mexicano, porque si lo vemos así en otros lugares del mundo... yo he tenido la oportunidad de vivir en Cancún, y había muchísimo extranjero, ¡y veías extranjeros que andaban con muchachitas de San Cristóbal! ¿No has ido a San Cristóbal? ¿No conoces? ¿Conoces el estereotipo de la gente de San Cristóbal?! ¡Son indígenas! Sin embargo, los gringos, hablando de los de Estados Unidos, están acostumbrados a ver una mujer, alta, rubia, de ojos claros, bustona, ese es el estereotipo de la mujer común de Estados Unidos, entonces buscan algo diferente. Aquí en México, el estereotipo de la mujer mexicana, la mayoría son chaparritas, gorditas, de piel no muy clara, medias morenitas y este... entonces es eso, la estatura promedio son 1.50, son chaparras, son gorditas, no son muy agraciadas que digamos, obviamente si hay ciertos estados de la república que si cambia el aspecto de la mujer, pero hablando en general, la mujer mexicana tiende a ser en promedio así como te digo, entonces los hombres buscan algo diferente, como una mujer alta, rubia y lo que te comenté. Pero en Estados Unidos lo ven como que es muy común, entonces buscan algo diferente, es lo que me refiero a que la belleza es subjetiva. Me ha tocado ver niñitos de San Cristóbal que ves así con su ropa típica, de falda de lana y todo eso, su rostro bien indígena y de ojo verde. ¿De donde te va a salir una criatura así de ojo verde? Si la raza de San Cristóbal no es así! ¿Qué quiere decir? que un extranjero se metió con una... y dices tú ¿Pero cómo se va meter con una indígena, pues?! Porque están buscando cosas diferentes, tal vez para él eso es lo bello, por eso te digo que la belleza es subjetiva (Raquel, 25 años).

En este testimonio se encuentran varios elementos que quiero resaltar. En principio, la paciente quiere reforzar su argumento sobre la subjetividad de la belleza que se encuentra claramente asociada al exotismo. Raquel plantea que lo que es poco usual y raro es bello y esto depende, por supuesto, de quién lo juzgue. Por tanto, para los “gringos” la belleza se asocia a una figura estereotipada por ella, que le queda difícil de imaginar como bella “una indígena de San Cristóbal”. Su sorpresa al recordar las uniones que solía ver entre “extranjeros” con “muchachitas de San Cristóbal” denota algo así como: ¿lo puedes creer? ¿te parece eso posible? ¿Sabes a lo que me refiero? ¿Cómo puede parecerle una mujer indígena bella? Esta extrañeza implica que lo que considera absurdo es que sea una chica de San Cristóbal la que tenga relación alguna con un extranjero. El segundo elemento que me parece interesante resaltar es la manera de estereotipar la “mujer mexicana”: “chaparritas”, “gorditas”, “piel no muy clara”, “medias morenitas”, “no muy agraciadas que digamos”, es decir, lo feo. Y en este caso también es lo frecuente, lo habitual, lo reiterado, lo común, por tanto y en el orden de ideas que ella plantea, es lo que no buscará un mexicano, quien preferiría una mujer alta, rubia, etc. Para ella, entonces lo bello es lo poco habitual lo extraño, lo rubio, mientras que para un extranjero sería una indígena. Sin embargo, y siguiendo su mismo razonamiento sobre los estereotipos, por qué no habría de considerar ella misma “lo negro” como lo bello, en la medida, que es aún menos común que lo “rubio” en México. Si el exotismo fuera realmente lo que subyace a las nociones racializadas de belleza ¿no podría ser bello lo que se considera en las tipologías raciales como asiático? Su argumento, sin embargo, resulta ser frecuente en varios de los entrevistados. De igual modo, contradicciones similares se notan en otros testimonios:

N: ¿Me dijiste que con la clase tiene relación, con la raza tú crees que tiene relación?

E: No. Fíjate que yo no soy racista... la razas yo siento que todos somos iguales y eso de razas, para mí, no existen. Porque siento que todos somos iguales, nada más que con diferente tipo de color de piel, de pensamientos y todo, pero de ahí...

N: ¿más bien sería la proporción misma?

E: Sí. Cada quién somos diferentes, es como digo, es un juego de la vida de que... se me hace muy chistoso, nosotros las mujeres siempre estamos diciendo “vamos a tenerle envidia a la otra persona” entonces eso de razas, por ejemplo, las gringas, bueno pero... o sea ellas están bien proporcionadas y todo, están bonitas de cara y de cuerpo y de todo lo que tú quieras, pero a veces sus pensamientos, como que yo digo aaahh... son muy diferentes a lo de nosotros... entonces digo

“bueno, ellas son bellas, pero yo tengo más bello pensamiento que ellas” o sea, como que nos igualamos, ¿no? Pero llegamos a una balanza de las cosas buenas y las cosas malas (Elizabeth, 25 años).

De igual modo, Elizabeth no se considera racista, además considera que las razas no existen y que todos somos iguales, igualdad que resulta de una balanza entre cosas buenas y cosas malas. Lo positivo de las “gringas”, que aprecia tácitamente como un grupo racial, es que “están bonitas”. Mientras ella se ubica en lo que considera la otra parte de la balanza, no tan lindas pero con “pensamientos bellos”. De esta manera, se ubica en otro grupo racial, donde las personas no son tan bellas, pero tienen pensamientos bellos.

N: ¿tú crees que en relación a la raza o a rasgos raciales, tú crees que están localizados algunos que son más bellos que otros?

S: Uy no! Eso sí, yo creo que hay muchísimos países, lugares donde la mujer y el hombre también son guapos, ¿no? genéticamente tienen un rasgo más fino, más delgado. En España me parece, las mujeres son, la mayoría son delgadas, las ves por atrás y dices ahí esa mujer tiene 20 o 25 años, ya cuando les ves el rostro, ya sí obviamente cambia, pero la mayoría es delgada. Sí, sí, sí por supuesto. Aquí en México somos morenos, chaparritos, este, quemaditos del sol (dice sonriendo), si por supuesto, eso depende (Sandra, 26 años).

Sandra asume que la belleza se encuentra más prolíficamente distribuída en países como España, mientras México se caracteriza porque las personas son “morenos” y “chaparritos”, de modo que la belleza no está tan fácilmente distribuída, por eso ella considera que depende de los rasgos raciales que tengas.

3.2.3 De lo femenino y lo masculino

La masculinidad y la feminidad son elementos que se encuentran sumamente ligados a las apreciaciones estéticas, en la medida que existe una vinculación entre lo que se considera bello y lo atractivo, sexual y amorosamente hablando. Aún así, es necesario resaltar que la belleza y la sensualidad están principalmente ligadas a la imagen femenina, mientras que la imagen masculina solo se vincula con estos aspectos de un modo menos importante. Aunque bien es cierto, como plantea Bordo (1999) que las representaciones de la figura masculina atlética son cada vez más frecuentes en publicidades de vallas y revistas, estas imágenes son más la excepción que la regla en el contexto de Tuxtla Gutiérrez, pero además claramente representan una masculinidad alternativa. Los ideales de belleza hegemónicos refuerzan la idea

del cuerpo femenino como un objeto, principalmente en términos de atracción sexual y por otro lado contribuyen a contrarrestar otros los logros de liberación que se han alcanzado en otros ámbitos desde la lucha feminista (Wolf, 2002). Sin embargo, es importante notar que la transformación estética se ha vuelto una práctica cada vez más aceptable entre hombres, aunque las estadísticas demuestran que son las mujeres las que mayormente se realizan cirugías plásticas, se reporta un número creciente de hombres que se someten a ellas. Esta afirmación se encuentra acorde con lo que ha resultado del trabajo de campo, siendo que a partir de la técnica de la bola de nieve resultaron 4 hombres entre 14 interlocutores. Esto sin contar el caso de la mujer transgénero quien biológicamente es varón. Esto hace alusión a que si bien ambos sexos tienen la disponibilidad y el acceso a la transformación estética, las presiones sociales en relación a la belleza resultan mayores para las mujeres que para los hombres. De igual modo, los pacientes varones que se someten a una transformación estética tienden a ser vistos con recelo. A pesar de que el discurso de los cirujanos plásticos sea de inclusión para los hombres en estas prácticas estéticas, en la práctica operan otras nociones que tienden a catalogar a los hombres que se someten a ellas de desviados, perversos o diferentes (Davis, 2007: 158- 161). Esta observación se encuentra en concordancia con lo que ha sido observado en campo. Un día llega un hombre al consultorio y se identifica como otro paciente que ya había separado su cita para peeling facial, la secretaria lo pasa para la sala y le realiza el peeling, más tarde llega el verdadero paciente y queda en evidencia el engaño, al final el hombre se va sin pagar. Yo llego unos minutos después que ha pasado el incidente y lo que me reportan la enfermera y la secretaria es que un hombre “que ha de ser homosexual”, las ha estafado. Sugieren que ha de ser homosexual porque andaba diciendo que se quería operar de todo, se quería operar los glúteos, se quería hacer la liposucción, la nariz. Dijo que se quería hacer todo eso. El paciente entró a ser sospechoso de ser “diferente” a la norma de la heterosexualidad, por el hecho de manifestar su interés de realizarse diversas operaciones que un hombre común no se realizaría. De modo que esto sugiere que la transformación estética continúa siendo un aspecto vinculado con una masculinidad alternativa y opuesta a aquella masculinidad hegemónica. Se podría decir entonces que mientras la

transformación estética se encuentra en oposición a lo que sería una masculinidad hegemónica en el caso de los varones, para las mujeres la feminidad hegemónica la prescribe, entendiendo esta como la feminidad que legitima ideológicamente la subordinación global de la mujer. Teniendo en cuenta lo dicho, paso a considerar los elementos constitutivos de la atracción masculina/femenina de acuerdo con los interlocutores.

J:... pues no sé, ojos claritos, facciones finitas, nariz perfiladita, no sé, barba partida o algo así, que es la que escucho que mencionan y todo. Entonces, pues siento que así sería. No sé, güero, alto, desde mi punto de vista, como aquí casi no hay muchos güeros entonces las chavas es así como que ¡ay el güerito! Como te digo en otra cultura donde abundan los güeros, entonces atrae más una persona morenita. Pero en general, así como te digo, una nariz perfiladita, ojos claros, facciones finas (Julio, 21 años).

Julio hace referencia a un ideal masculino que él asume como deseado en el contexto de Tuxtla Gutiérrez. De igual modo, asocia lo que es bello a los “ojos claritos, facciones finitas, nariz perfiladita, barba partida, güero, alto”. Y encuentra que el exotismo de este estereotipo puede ser el argumento, por el cual, las chavas lo valoran más. Estos elementos que se encuentran reseñados desde otro punto de vista se mantienen frecuentes a la hora de hablar de masculinidad o feminidad. Al preguntarle sobre lo que consideraba atractivo físicamente en una chica: “pues güeritas, ojos claros, cabello rubio, este, no sé, facciones finitos, labios bien definidos” (Julio, 21 años). Pero además de estos aspectos que hemos llamado raciales de la belleza encontramos que se suman otras nociones que se asocian a un cuidado del cuerpo más asiduo por parte de los hombres de lo que tradicionalmente se ha considerado como “lo masculino” y que es demandado incluso por las mismas mujeres, que también en ocasiones es notado por ellos.

S: bueno, a mí los hombres me llaman mucho la atención, altos, que sean delgados, mas no flacos y que sobre todo hagan ejercicio. Me encanta aquel hombre que se cuida, aquel hombre que se rasura y que después de rasurarse no se lo deja así, sino que se pone una crema humectante, porque muchos hombres se rasuran con cualquier tipo de jabón, y les queda una piel seca, escamada, es diferente aquel hombre que viene y se cuida con una crema especial y este, y se pone una crema humectante. Se ve diferente el rostro (Sandra, 25 años).

Los hombres, por su parte, parecen estarse preocupando cada vez más por su imagen, motivados por la impresión que quieren presentar ante una potencial

observadora femenina, cada vez más exigente. Todo ello también enmarcado en una situación de relativización de los roles genéricos y una visibilidad cada vez mayor de los cuerpos masculinos en los espacios publicitarios y en general, de los medios masivos de comunicación.

J: ...desafortunadamente sí. Ahorita como está la juventud y más en el caso de las niñas, que más se fijan en los chavos que sean más apuestos. Lo que más se fijan es en la nariz, en los ojos, en el rostro. Y si llega a mejorar, en el caso del hombre, a veces llega uno a sentir inseguridad al acercarse a una chava, hablarle o a preguntarle y sufre uno el rechazo, pero un cambio estético, si llega a mejorar mucho. Y más acá. Te hablo de todo México, independientemente de que ya al conocerte sea otra cosa.

N: ¿y en Tuxtla en particular tú crees que es algo fuerte?

J: Ahorita ha crecido mucho, tú te vas por ejemplo a un bar o un antro y si vas bien parecido ahí te quedan viendo. Y si no, nada más no voltean (José, 28 años).

Para José, llamar la atención de una mujer depende cada vez más, de una atracción física que se establece en un primer contacto visual, aquí se comienzan a definir las posibilidades de éxito con una conquista. Lo que él considera desafortunado. Esta situación como, él lo anota, llega a repercutir en el grado de seguridad o inseguridad para acercarse a una persona y en el miedo al rechazo. Por tanto, José, ve cómo se puede propiciar una salida a tal situación a través de las transformaciones estéticas. Sin embargo, reconoce que puede haber una aceptación mayor cuando se conozca la persona, pero aún así él asume que con el cambio estético se puede mejorar la inseguridad. Para otros interlocutores, en cambio, la transformación estética no se presenta como un imperativo para “lucir bien”, acorde con un prototipo de género.

N: ¿tú crees que con los procedimientos estéticos, las cirugías que ayudan a verte más femenina?

S: no, yo creo que la feminidad lo puedes hacer de diferentes formas. De hecho, al estar bien físicamente, claro que cualquier ropa te queda, pero si no sabes combinarla entonces se ve fatal si no sabes maquillarte, también te ves fatal. Te maquillas con exceso el párpado, negro, pinturas súper fuertes y aparte de eso te pones un labial fuertísimo, el lugar de verte bien, te ves, utilizaré la palabra: vulgar. ¿No? Incluso, ponerte una blusa escotada, que muestres la parte superior, este y muestras también las piernas, también se ve mal. Entonces debes de ser...

N: proporcionada.

S: sí, proporcionada. Entonces este, la feminidad viene ahí. No solamente del cuerpo, físicamente sino de todo el contorno del que estás rodeado. Incluso puede llevar el vestido más sencillo que se pueda y te ves lindísima. Con tu comportamiento, tu forma de caminar, la frescura con la que platicas, con la que te expresas, con eso te ves súper femenina. Es cosa independiente de lo estético (Sandra, 25 años).

Para Sandra verse bien físicamente ayuda, pero son las prácticas de vestir, de maquillarse, de combinar los accesorios, los comportamientos, la manera de caminar, bajo la lógica de ciertos modales, que expresan los términos en los que puedas verte femenina y atractiva. En palabras de Goffman (2006a) sería la manera de mantener cierta Fachada, que se define por una determinada apariencia y unos modales, los que posibilitan la presentación de una imagen como atractiva en términos de su feminidad. "... la frescura con que platicues" haría parte de los modales que hacen posible una definición de la situación en la que la feminidad queda de manifiesto.

N: ¿tú crees que te ves más femenina después de haberte hecho ese procedimiento o que eso te ayudó a afianzar tu feminidad?

D: lo primero sí, siento que me veo más femenina, porque por la extrema delgadez que tenía y más que yo no tenía un busto, si tenía facciones muy... llamémosle toscas aunque no sé si utilizar esa palabra. Pero poco femeninas, no llegando al grado de ser masculinas, pero no un rostro femenino común, entonces sí siento que me veo más femenina en cuestión al rostro (Raquel, 25 años).

La cirugía plástica en este caso, se configura como una herramienta que propicia las identificaciones sobre la propia feminidad, como una manera de responder a condicionamientos sobre lo que sería una feminidad hegemónica. Las facciones que se ha representado Raquel como femeninas, no corresponden a lo que ella veía en su rostro auténtico, mientras que el rostro modificado responde a las características que ella identifica como típicamente femeninas. En este sentido, la cirugía plástica ha contribuido a afianzar su sentimiento de correspondencia entre su propia feminidad con lo que ella ha planteado como "un rostro femenino común".

N: ¿crees que el hecho de la feminidad querer verse más femenina influye en el hecho de querer hacerse una cirugía estética?

A: pues por lo mismo eso de que yo te pongo una imagen de alguien femenino que es alguien respingadito, delgadito, una modelo, entonces, sí tiene que ver. Yo quiero hacer esto para moldear un poco más la nariz y para que se mire más... no bonita pero... no sé, no me acuerdo de la palabra, pero para que se mire más entorno, más bien con mi entorno físico (Ángela, 19 años).

Ángela tiene claro que el embate de los medios de comunicación funciona como una propuesta de paradigmas a partir de los cuales se exponen modelos de los términos de la atracción, de la belleza, pero al mismo tiempo de la

feminidad. El hecho de lucir más “respingadito, delgadito”, asociado a una imagen femenina acota la representación que se tiene de un rostro femenino.

3.3.4 Universalidad – Subjetividad de la belleza

Aún tratándose de una representación de belleza que es hegemónica hay quienes la entienden como tal, mientras otros la entienden como la única posible. Entendemos este razonamiento a partir del debate sobre la universalidad-subjetividad de la belleza. De igual modo que los médicos, a los pacientes se les fue preguntado por este rubro y plantearon diferentes posiciones.

N:... Pero crees tú, que la belleza es algo universal, o crees que es algo subjetivo que cada quien tiene un ideal de belleza diferente o es algo universal.

J: Orale! Pues yo creo que debe de ser universal, ¿no? Porque, este... yo creo también por la naturaleza del ser humano. De este... la atracción más que nada. Muchos hablan de que de a veces la belleza no importa, pero es lo primero que a veces uno se da cuenta.

N: ¿ujumm, entonces por eso crees que es universal... de todas las culturas?

J: de todas las culturas exactamente. Algo te tiene que llamar la atención, o sea, de la otra parte, lo primero, ahora sí, lo primero que ves es lo de afuera.

N: Entonces en el aspecto físico, tú dirías que todos compartimos la misma idea sobre lo que es bello y lo que no.

J: sí, yo creo que sí (José, 28 años).

A pesar de que el mismo paciente había hablado en otra ocasión sobre la belleza como algo subjetivo, en una situación posterior plantea una visión diferente. Apela a la “naturaleza del ser humano” asociada con la “atracción.” Y más aún, considera que todos compartimos la misma idea sobre lo que es bello y lo que no. Adelita coincide con el planteo de José sobre la universalidad de la belleza:

...no, yo creo que la mayoría de las personas pensamos lo mismo. Porque mira, yo cuántas amigas tengo, son como cien cabronas y acaso alguna dice: ¡ay no, es que no me quiero envejecer! ¡ay no, es que me están saliendo unas arrugas que no quiero! O muy común, yo me pinté el pelo por las canas y todas dicen lo mismo. Entonces, no más es una persona, somos varias y así quiero pensar que lo piensan un montón, nadie quiere y si hay la posibilidad de poderme dar una ayuda, ¡pues hacerlo! Porque todas estamos pensando lo mismo, ¿te imaginas cuantas pacientes tiene el doctor? (Adelita 35 años).

La abstracción de Adelita se establece sobre su grupo de amigas, quienes comparten con ella preocupaciones sobre la vejez: las canas, las arrugas. “... todas dicen lo mismo...” En este orden de ideas, es muy difícil pensar que existe algo diferente a lo que se presenta con tanta contundencia como la preocupación por mantener una figura valorada en la sociedad y asociada a la

juventud. Sin embargo, también encontramos otras posiciones que planteaban contradicciones:

...mira yo considero, que belleza es algo subjetivo, no podemos decir que belleza es ver una mujer delgada, rubia, de ojos claros, 90, 60, 90. Esa la belleza subjetiva de varios, de muchos, que quisieran tener una mujer alta, blanca, rubia, de ojos claros, bustona, de cinturita chiquita, caderona, pero no es esa la belleza. Yo siento que la belleza es buscar lo más armonía posible tu rostro. Buscar, tratar de modificar ciertas imperfecciones, que no te agraden a ti, pero sin dejar de ser tú misma. Si te haces un cambio en tu nariz, que sea un cambio de acuerdo con tu rostro. Si decides ponerte labios, pónelos al grado de no verte exagerada, si quieres ponerte busto, ponerte algo que no sea completamente exagerado. Entonces, hay muchas personas gorditas, de rostro bonito, pero tienen algunas incomodidades de ellas, no les agrada algo de ellas, para mí lo que para esa persona puede verse bonito para esa persona no lo es. Como por ejemplo en mi caso, cuando yo decidí operarme, el busto, mi esposo me decía: "no te operes". A mí me gustas como estás, y si le digo, es que yo no lo hago por ti, yo no lo hago para gustarte más a ti, lo hago para sentirme mejor yo, para gustarme más yo. Yo creo que si haces algo para agradarle más a los demás, allí estás actuando mal, entonces es algo subjetivo porque para él yo estaba bonita así, pero para mí, no me sentía bonita así. Entonces cada quien, tiene su concepto de belleza en forma diferente. No es algo universal (Raquel, 25 años).

Raquel comienza afirmando que la belleza es subjetiva ya que lo que para una persona puede verse bonito, para otra persona no. Más adelante, propone un ejemplo que tenía que ver con ella y su transformación estética de las mamas, según el cual, ella sentía necesario su cambio estético para verse bien, para sentirse mejor y para gustarse más ella misma, mientras que su esposo no. Expone que es engañoso pensar la belleza como algo objetivo, que más bien se trata de una subjetividad compartida por muchos. Lo cual plantea una clara diferencia entre los demás interlocutores. Sin embargo, este avance interpretativo que implica muchísima más elaboración que los anteriores, se ve tropezado con una contradicción en su planteamiento; también considera que el concepto de belleza puede ser universal, a partir de la búsqueda de la armonía. Es importante resaltar que esta paciente, también es médica interesada en la cirugía plástica y la medicina estética, por lo cual comparte con ellos este concepto de belleza objetiva que los cirujanos han manejado reiterativamente como sinónimo de proporción. ¿Qué significa entonces hacerte un cambio en tu nariz, de acuerdo al rostro? O ¿ponerte labios o busto que no sean exagerados? ¿Qué quiere decir entonces, exagerado? ¿Se considera este concepto neutral? El decir "exagerado" hace referencia de inmediato a un juicio de valor, en el que la medida corresponde la medida

adecuada, pero si considera que la belleza es subjetiva, ¿esta medida adecuada no se interpreta sobre la propia subjetividad del que la juzga? Por supuesto que si, la contradicción planteada por la paciente es la misma que encontramos en los médicos, una subjetividad objetivizada, que termina siendo en términos más comprensivos una subjetividad cultural e ideológicamente orientada.

3.3.5 La hegemonía incorporada

Varios de los entrevistados más entusiastas con el asunto del embellecimiento hicieron alusión a lo “desafortunado” que resultaban las exigencias de la sociedad a este respecto. Es decir, los interlocutores no vivían con agrado la experiencia del embellecimiento, sin embargo participaban de él de modo que hacían grandes sacrificios. En este sentido existe una ambigüedad, en relación a lo que se considera debería de ser, pero no es y en relación a lo que no les gustaría hacer, pero que hacen. Los pacientes denotaron una inconformidad en que la sociedad se fijara tanto por aspectos de la apariencia física, de modo que ellos se sintieran motivados a gastar una buena parte de su energía en ello. De igual modo, esta ambigüedad permea la representación sobre lo objetivo y lo subjetivo de la belleza.

N: la belleza es algo objetivo y universal o más bien es subjetivo y cada persona tiene un ideal de belleza?

E: Es de cada persona, porque como le comentaba, no todos somos igual, no todos pensamos igual, porque algunas personas, las personas que se llevan por la apariencia, es como juzgar a alguien sin conocerla. Esa es una cuestión y yo creo que está mal, porque todos tenemos corazón, somos seres humanos, somos de carne y hueso, y tenemos derecho de vivir, y por los demás chavos que si están, tienen algún problema, que no hay que acomplejarse, no porque alguien lo vea mal ya lo va a reprimir, somos seres humanos y tenemos derecho a vivir y ver la manera de cómo buscarle la vuelta a la sociedad para estar bien. Acoplarse más que nada (Eduardo, 30 años).

Podríamos suponer que lo que Eduardo nos está expresando es su insatisfacción en relación a la mirada que él nota de los demás sobre su rostro transformado, que por demás, no ha quedado como él y el cirujano lo habían planeado. Denota justo la represión que ha sentido y que lo ha llevado a tomar la decisión de la cirugía plástica estética como la opción de buscar un “derecho a vivir y a ver la manera de cómo buscarle la vuelta a la sociedad para estar

bien". Su mensaje parece traer consigo la resignación de un rostro transformado en un sentido negativo, pero al mismo tiempo el arrepentimiento de haber decidido cambiarlo en un principio, cuando las cosas no estaban mal. De este modo, la manera que encuentra de acoplarse a la sociedad es justo a través de la cirugía plástica estética.

CAPITULO IV ANTES

El *antes* se refiere a un grupo de representaciones y percepciones en relación al aspecto físico que se quiere modificar o que se ha modificado por parte de los pacientes. Generalmente, en esta categoría se encuentran atribuciones negativas al aspecto físico que se tiene o se tuvo considerándolas desgraciadas y/o poco dignas del aspecto que se merece tener la persona en cuestión. Es aquí donde se considera un desfase entre lo que el individuo es físicamente y lo que cree que se merece ser o que debería ser físicamente para tener una presentación aceptable, ante él y ante la sociedad. Cada paciente vierte diferentes contenidos a esta categoría de lo que considera que no está bien, es decir, sus inconformidades confrontadas con una idea de belleza que es variable en cada quién, pero que tiene unos referentes más o menos estables, los cuales son los que generan la ansiedad. De esta manera, se componen unas categorías de exclusión e inclusión desde donde el individuo juzga, quién es presentable, quién es deseable, quién es atractivo, quién es admirable, quién es distinguido, quién es sublime y quién no. “Desde el siglo XIX estas categorías de inclusión/exclusión han sido definidos en términos de grupos construidos como parias de categorías como de raza, género y clase” (Gilman, 2001:23). Es en este espacio donde se ubica una ideología, según la cual, la persona puede expresar a través de la una determinada apariencia física las cualidades que le permitan ser mejor (*Op cit*, 2001). Es decir, presentable, deseable, admirable, atractivo, distinguido y sublime. En resumen, una persona bella. En este trabajo entenderemos *el antes* como una serie de representaciones y percepciones en relación al género y la raza, que se asocian al rubro de la belleza desde el paciente/potencial paciente y los cirujanos. En el sentido que la confrontación de los propios rostros con un modelo de belleza es el que lleva a los pacientes a sentirse inconformes y considerar la cirugía plástica estética. Por tanto, también nos presentará una manera de representar y percibir los rasgos del rostro que han estado asociados a la ilusión, la expectativa, la inconformidad, el deseo, donde se gesta una realidad percibida del propio rostro como incorrecto a través de la comparación con el rostro que es “mejor” y también del

paulatino convencimiento de que lo que se requiere es una cirugía. En esta idea del paciente también subyace la percepción del rostro como un proyecto a partir de los avances tecnológicos que proporciona la cirugía plástica estética (Le Breton, 2007).

Dentro de este grupo de representaciones y percepciones encontramos ciertas regularidades entre los pacientes entrevistados que nos ha permitido realizar una reagrupación considerando estos elementos comunes que llamaron la atención, que se relacionan con la manera de asumir las motivaciones, que han llevado a considerar la cirugía plástica desde los pacientes, de modo que se ha tomado en cuenta el tipo de información que ellos suministran y que tiende a manipular la imagen que ellos quieren presentar. Es tomando en cuenta estos criterios que he establecido unas tipologías.

Por un lado, se encuentran los pacientes que vinculan su procedimiento estético con una suerte de procedimiento reconstructivo o funcional, también se encuentran aquellos influenciados por sus familiares, los que creen haber llegado allí por casualidad, los que asumen que no les gustaba su rostro y por último, relato una experiencia etnográfica dentro de la cual surgió una entrevista de una potencial paciente que identifica su inconformidad por razones de género.

4.1 Es que me golpeé mi nariz

José

La primera estrategia de encontrar a los pacientes a través de los cirujanos fue replanteada de modo que pudiera llegar a tener más independencia de la voluntad de estos. Fue cuando conocí, por medio de un contacto, a José. Él era un joven de mi edad, que parecía bastante dispuesto a permitirme la entrevista. Sin embargo, como ya había tenido varias decepciones, no me hacía mucha ilusión. Lo mejor de todo, era que podría saber si me iba a colaborar o no, sin una espera prolongada, debido a que cuando lo llamé para acordar una cita, la propuso para el día siguiente. Hasta el último minuto pensé que no iba a llegar,

porque se retrasó un tanto en la cita. Era un joven de estatura mediana, complexión un poco ancha, de cabello ensortijado y corto, trigueño y de ojos oscuros. Cuando lo vi de lejos no pude creer que hubiera tenido un cambio estético, porque realmente no se notaban los cambios que suelen buscar los médicos, sobre todo en relación a la punta de la nariz perfilada y que además se le notaba una pequeña giba. ¿Qué se había hecho entonces? ¿Nada? Fuimos a tomar un café y allí entendería un poco más de su historia.

Él era un joven de 28 años, ingeniero de sistemas, que se dedicaba a vender un producto que se promociona como regenerador celular. El producto tiene diversas presentaciones, desde un jugo que se vende como complemento alimenticio y de tratamiento para enfermedades como el cáncer, hasta productos cosméticos rejuvenecedores. Él no se había hecho justamente una cirugía como tal, sino que había inyectado “grasa de cordero” para moldear su nariz. Según él, su objetivo principal era arreglar un problema funcional.

“...Yo desde muy chico, más o menos en la primaria, tuve un accidente. No un accidente de choque, sino que me trabaron los pies jugando y de lo rápido que fue no puede meter la mano, entonces fue un golpe directo al rostro, ahí fue donde se me quebró la nariz. Tenía quebrada esta parte de la nariz (señala donde se forma la giba nasal). Y ya chiquito me quedó y eso provocó una molestia para respirar. ¡Es más, para dormir era muy incómodo! Tenía que dormir de lado y por este orificio (señala su orificio derecho) no entraba aire. Y para el deporte era peor, porque cuando me cansaba, tenía que respirar por nariz y boca para que me entrara el oxígeno. Entonces no lo había pensado, porque una cirugía normal lleva más o menos un mes o dos meses de procedimiento, mientras te recuperas y todo eso. Estaba yo estudiando, luego empecé a trabajar y con qué tiempo. Entonces se dio esta oportunidad que me dijeron esto es inmediato, no pasó nada. Y ya fue que me decidí hacerlo, una por parte de salud, porque sí, la verdad, si me ayudó muchísimo, respiro mejor, hasta he sentido un cambio en mi, físico, resistencia, tal vez, ahorita hasta voy al gimnasio a hacer ejercicio y mi rendimiento es mejor. Y aparte por estética, por vanidad. Pero si en lo particular me ayudó muchísimo. Que de hecho, le falta un retoque todavía. Porque se iba a hacer en dos pasos, pero no he tenido la oportunidad de viajar a México.” (José, 28 años).

En principio, su relato me pareció poco creíble y más bien me pareció inocente su insistencia en darle un estatus de verdad a su relato. Yo había investigado sobre este tipo de procedimientos, que consisten en poner un relleno, que se realiza en algunos casos con polímeros, en otros con grasas animales, para moldear ciertas partes del cuerpo como la giba nasal. Si su procedimiento hubiera sido de corte funcional, pues obviamente, un relleno no hubiera sido un tratamiento apropiado, en el sentido que no modifica las estructuras óseas sino

que, más bien, crea una ilusión de hueso recto que el paciente no tiene, sobreponiendo un a la estructura ósea un producto que toma forma rígida con el tiempo. Este análisis resultaba tan sencillo que me impresionaba su capacidad para considerar que tenía demasiada información y yo muy poca. Más aún siendo un chico ingeniero de sistemas con acceso a la información a través del Internet. De todas formas, posteriormente consideré preguntarle a un otorrinolaringólogo, por si acaso, el cual confirmó mis reflexiones. Entonces, me di cuenta que el asunto del golpe se podría tratar de un momento traumático en su vida donde él había depositado todas las explicaciones para no sentirse conforme con su imagen. No es que genéticamente hubiera sido desprovisto de las condiciones mínimas para sentirse digno de su cuerpo, sino que un accidente habría trazado todo un destino marcado por las insatisfacciones con su rostro.

En ese momento, fue un golpe así de niño, yo lo que recuerdo es que me golpeé, me levanté y sangre. En ese momento no tenía yo, estaba normal la nariz, ya con los años, fui viendo, como la nariz es un hueso que sigue creciendo, después fui viendo cómo se fue deformando. Y si, una vez me revisa un cirujano plástico y sí me dijo que necesitaba una operación, pero me dijo: es tanto el tiempo, tanto el costo. Y como estaba yo adolescente entonces dije mejor me espero a una edad. Me lo recomendó también, porque me dicen que aún en la adolescencia le siguen creciendo los huesos. Entonces me lo recomendó después, cuando ya estuviera en edad adulta (José, 28 años).

En su relato se revela la ambivalencia en relación al golpe y la lesión que él le atribuye: “me golpeé, me levanté y sangre. En ese momento, no tenía yo, estaba normal la nariz”. El paciente no notó nada fuera de lo normal en ese momento acerca de la forma de su nariz y tampoco fue llevado por sus familiares a ningún servicio médico para que evaluaran la gravedad de la lesión. Según él, fue un “golpe de niño” sin mayor trascendencia. La transformación de su rostro se nota al transcurrir del tiempo: “...ya con los años, fui viendo cómo la nariz es un hueso que sigue creciendo, después fui viendo cómo se fue deformando.” El hueso fue cambiando en la medida que él fue creciendo y a ese cambio él le llama “deformidad”, lo que asoció con el golpe que se había dado años antes. En realidad, es difícil determinar si su giba nasal se debe o no a un golpe, el relato nos sugiere que no, pero lo que es cierto es que su tratamiento no pudo haber sido un relleno, lo cual también

deja un manto de duda sobre la génesis que él establece sobre su “deformidad”. De igual modo, y después de haber hecho varias entrevistas a hombres, me di cuenta que para ellos era difícil hablar sobre la inconformidad con el rostro y que al preguntarle directamente por ellas, sus respuestas de igual modo eran ambivalentes.

N: me dijiste una parte de salud que era lo que le molestaba ¿y en la parte estética que era lo que no te gustaba?

J: pues ya ves, a veces en las fotos, el perfil. Afortunadamente, nunca, que si me molestaba o esto, no, para nada.

N: no era algo muy trascendental?

J: no, no, no, de hecho, sino le faltó el respeto a nadie... pero o si en lo personal a veces no me gustaba las fotos de perfil y esto. Como tenía golpeada de acá para acá (señalando la base de la nariz) a veces sí se me notaba muy fea la nariz. Era en lo personal, que a mí no me gustaba. Y a veces no buscaba el perfil, para quedar de frente (José, 28 años).

En este relato se puede notar el carácter contradictorio de su argumento. Ante la pregunta de qué es lo que no le gustaba estéticamente hablando de su nariz, me responde de inmediato que su perfil y cómo este figuraba en las fotos. Sin embargo, a renglón seguido anota que no le molesta “para nada” esto. Apela a la falta de respeto ante otro como el único elemento necesario para ser bien percibido por sus interlocutores. Más luego, afirma que en lo personal, no le gustaba su perfil, que buscaba quedar de frente en las fotos y no de perfil. De hecho, una de las características que quería cambiar de su perfil se trataba de la giba, que fue lo que le atribuyó al golpe, pero su plan también era cambiar la proyección de la punta nasal que consideraba caída. Aprovechándome de las redes sociales, entré a facebook para revisar el perfil de los pacientes, la mayoría estaban bloqueados para ver las fotos sin una aceptación previa, pero la de este paciente estaba abierta. Dentro de sus fotos me llamó la atención una de ellas en la que aparecía de medio perfil proyectando la punta de su nariz hacia el frente con su dedo.



(Foto tomada de Facebook, octubre, 2010)

Para efectos de reservar la identidad del paciente he recortado y cambiado el contorno de la fotografía. Sin embargo he dejado la parte correspondiente a su perfil siendo la punta de la nariz levantada con el dedo pulgar. Esta imagen me dio una idea sobre la importancia del aspecto estético de su rostro para el paciente. De igual modo, esta imagen hace parte de los relatos de otros pacientes que hacían referencia al momento en que imaginaban cómo iban a quedar, mirándose al espejo. En este caso, este momento queda capturado en una fotografía que él anuncia a un público ilimitado.

Erick

Estuvo esperando mi llamada por un lapso de tres meses, mi idea era que pasara un tiempo prudente, para que pudiera darme cuenta de cómo había sentido su entorno luego de la operación. Cuando me dieron su teléfono recién estaba en el proceso de recuperación. Aceptó amablemente mi entrevista y me citó en su casa. Erick es un joven de 30 años, de profesión cocinero y recién casado. Su esposa también bastante joven me recogió en la parada del bus y me acompañó hasta su casa. Se trataba de una unidad residencial ubicada en una zona periférica de la ciudad y que parece no tener más de diez años de construcción. Cuando llegamos Erick se estaba vistiendo, acabando de salir del baño, todavía peinándose su cabello. Era un joven delgado, de estatura

mediana, moreno, de ojos oscuros. Tampoco me pareció, a primera vista, que tuviera señales de una cirugía estética en la nariz, más bien esta lucía muy natural, en el sentido que sus rasgos no eran estereotipados de acuerdo con el modelo de belleza hegemónico. Su nariz, parecía ser resultado del azar genético y no del cálculo meticuloso de un quirófano. A lo largo de su relato fui encontrando similitudes con lo que antes había escuchado de José.

E: (...)Yo me golpeé mi nariz cuando estaba más chavito, niño. No la tenía muy desviada, pero con el tiempo fue creciendo y como no fui un niño muy quieto, en pleitos y otras cosas, me provoqué más una bolita que tenía en esta parte de acá curva (señalando donde se hace la giba) y se me deformó bastante. Entonces yo tenía años pensando que me iba a operar, yo creo que desde los 20 (Erick, 30 años).

Según su relato, su inconformidad estaba sustentada en una giba nasal que él creía que se debía a un golpe que tuvo cuando estaba niño. Luego del golpe, él reporta que “no la tenía muy desviada”, sino que con “el tiempo fue creciendo”. Su relato de la génesis de su “deformidad” subyace varios elementos en común con José. En el momento no vio gran cambio, pero más tarde, se fue haciendo evidente con el paso de los años. De hecho, a él tampoco lo llevaron al médico de inmediato, más bien él considera que esta omisión agravó el hecho: “si me hubieran llevado al médico, no hubiera pasado nada, porque me hubieran inyectado un desinflamatorio y se hubiera arreglado, pero por el enojo de mi familia y todo, en lugar de hacer eso me regañaron, me pegaron y cuando ya me llevaron era demasiado tarde. Eso es en el momento.” A esto se le suma que “no fui un niño muy quieto, en pleitos y otras cosas” lo cual, acaba de completar el panorama en cuanto a la génesis que él plantea de su “deformidad”. Con la intención de averiguar si su rasgo tenía que ver algo con una herencia familiar, pregunté disimuladamente: “N: ¿y a otras personas de tu familia no les pasó algo parecido? E: sí, de hecho mi padre en un pleito también, creo que era un botellazo le quebraron la nariz y le quedó muy parecida a como tenía yo el mi golpe también.” Adicionalmente a esto comenta que su primera intención de corregirse su giba fue frustrada, porque el médico a quién visitó en ese momento, no estuvo de acuerdo con la versión del “golpe”. “...había ido, anteriormente, con un otorrino y este no me quiso operar de hecho, de parte del ISSTECH. Que mi nariz así ya era por naturaleza, entonces, yo me molesté y mi mamá también se molestó. Entonces, ya nunca

fuimos, ya no volvimos a consultar otro.” Esta afirmación tiene dos aspectos importantes, el primero es que el paciente se molesta cuando cuestionan la explicación del origen de una realidad que le parece indignante a él mismo y además otra persona soporta su relato que es su madre. De hecho, el presunto golpe no dejó secuelas muy fuertes a nivel funcional de acuerdo con su propio punto de vista. No sentía que tuviera algún problema de salud derivado del dicho golpe. Aunque si bien, sí tenía un problema funcional, este era mínimo y tanto él como el médico lo señalaron así. “N: ¿pero tenías algún problema funcional? E: pues yo no lo sentía. Pero dice el doctor que sí, nada más respiraba de un lado. Yo creo que ya estaba acostumbrado (...) N: ¿o sea que no te afectaba tanto de manera directa que estuvieras respirando por un solo orificio? E: no. Yo creo que estaba bien.” Al preguntarle al doctor, qué opinaba al respecto también me confirmó que su problema funcional era mínimo, pero que su principal motivación era estética. Sin embargo, la opinión del paciente sobre su cirugía plástica es que se trata de una cirugía reconstructiva, ya que su “deformidad” estaba asociada con un golpe. De este modo, considera que “uno se debe de aceptar tal como es” y no por tener determinado aspecto físico acudir a la cirugía plástica.

E: no, yo creo que el cambio nada más ha sido con mi molestia, ha sido favorable para mi porque fue una desgracia que me golpeará y no pudiera arreglarlo de alguna manera en su momento. Y ahora me siento bien por que no es así. Si no hubiera sido así siempre no lo hubiera hecho. Por que es parte de mi ser así, pero como no estaba así lo quise arreglar (Erick, 30 años).

Él argumenta que llegó a verla necesaria porque sentía que recuperaría algo perdido, que realmente no era la anatomía de su cuerpo la que tenía, sino más bien, que se trataba de un accidente que había marcado su vida. El hecho de recuperar algo perdido juega un papel muy importante en la percepción de Erick sobre su postura frente a la cirugía. Si no fuera porque él antes fue de otra forma, no tendría porqué haber un disgusto. Él tendría la capacidad de aceptarse tal como fuera que hubiera sido su rostro, si su rostro no hubiera sufrido un traumatismo. Entonces, para este paciente, las personas deberían de aceptarse tal y como son y no deberían de acudir a la cirugía plástica estética por otras razones diferentes a las que lo motivaron a él. Sin embargo,

el paciente resulta contradictorio en este sentido, ya que no vacila en justificar el aspecto estético como importante:

E: era por parte del ISSTECH y dijo que no, que así era, y ellos no más te operan cuando tienes un problema, por ejemplo ya no respiro bien o así. Lo único que podía hacer era que respirara bien, pero ya no iba a arreglar el golpe sino nada más lo funcional.

N: ¿entonces te ofrecieron que te hicieras también la parte estética, o esa parte ya la tenías que cubrir?

E: no, para el doctor esa parte ya no era necesario. Y talvez no era algo necesario, lo que pasa es que era algo que me molestaba. No mucho, pero si no me agradaba, es como andar con un zapatito roto y quererlo arreglar... puedes caminar, pero no te sientes bien (Erick 30 años).

La metáfora del zapato roto nos plantea una gran claridad en relación a su propia experiencia del rostro. Su nariz la compara con un zapato roto, que tiene casi todos sus aspectos funcionales bien, sin embargo, la diferencia entre llevar un zapato roto y uno que no lo esté, independientemente de qué tan lujoso sea, es cualitativamente importante. Si tienes un zapato roto, implica que estás integrado a la sociedad de modo que no tienes las condiciones mínimas para presentarte ante ella con decoro, dignidad, decencia, compostura, aliño, orden y lo más seguro es que ésta también te considerará desprovisto y por tanto te subestimarás, te marginará, te considerará insuficiente, que algo te falta, que no tienes algo para que estés integrado plenamente a los beneficios que ofrece una sociedad capitalista, que no tienes la manera de presentarte de una forma adecuada, de acuerdo con las normas. Mientras que si tienes un zapato que no esté roto, pasas desapercibido. De hecho, su procedimiento, ni siquiera se notaba, él no buscaba destacarse, solo deseaba borrar un estigma que le hacía ser percibido como indigno de su propio rostro. A tal punto que incluso, sin tener los medios económicos suficientes para realizarse la cirugía, decidió realizar un préstamo para poder acceder a ella. Lo segundo importante que pude notar en relación a su inconformidad es que se encontraba, según sus propias palabras, relacionado con las apreciaciones sobre su aspecto físico por parte de su madre:

E: porque mi mamá desde que me golpeé me decía que me operara porque no le gustaba, cuando me golpeé me regañaron mucho. Entonces todo el tiempo me estuvieron diciendo que operara. Que estaba muy fea y bueno (...)

E: yo no me lo hubiera hecho si no me hubieran dicho.

N: ¿o sea que fue más una influencia familiar?

E: sí, me quedó la idea porque me estuvieron dice y dice. Ya después lo sentí necesario (Erick, 30 años).

En este testimonio el paciente reflexiona que solo se gestó su inconformidad con su rostro después de que le insistieron sus familiares en ello, en específico, su madre. Consideró, entonces, necesaria la operación por esta motivación inicial, lo que demuestra la importancia de los juicios familiares sobre el aspecto físico en la auto percepción de las inconformidades con el rostro.

Gina

Gina era una de las chicas que entrevisté ya cuando se encontraban en el cuarto de internamiento. Yo llegué temprano, antes de la hora que la secretaria me había avisado que iba a comenzar dicho internamiento. No le habíamos comunicado al doctor que quería hacer esta entrevista en particular, con lo cual me encontraba un poco nerviosa que fuera a negarse. Sin embargo, su respuesta fue muy amable y oportuna. Estuve durante varias horas escuchando a la secretaria sobre sus asuntos personales, sin embargo, yo tenía ansiedad por realizar la entrevista. Ella no lo notaba y me decía que esperáramos, porque todavía no sería prudente. Mi manera de insistir propició el evento y me dirigí al cuarto donde estaba internada. Estaba acompañada por su madre, quien se retiró un momento, mientras conversábamos. Por suerte, no tuve que pedirle que nos dejara solas, porque no hubiera sabido cómo hacerlo. Ella era una chica joven, de 22 años, estudiante de décimo semestre de medicina, no trabaja y depende económicamente de sus padres. De cabello castaño, alta, delgada, ojos oscuros, cara redonda. Su cirugía era una lipoescultura facial y una rinoplastia.

La entrevista la vi marcada por el nerviosismo. Ella parecía no querer responder las preguntas tal vez por ser demasiado tímida. Las respuestas eran poco descriptivas y cada vez que trataba de que me ampliara las respuestas con otras preguntas ella reía de un modo que interpreté como ansioso. Por supuesto que el escenario era difícil, más aún, era la única oportunidad que iba

a tener para hablar con ella. De igual modo, estar en este momento me brindaba una comprensión más amplia del proceso de transformación. Al preguntarle por las motivaciones iniciales al respecto, ella me comenta que se trata de un asunto funcional que surgió a partir de un golpe.

N: ¿y hace cuanto estás pensando operarte?

G: yo casi no lo pensé, fue casi por mis papás que me lo comentaron que si quería y yo lo acepté, por un golpe que tuve y antes. Como me molesta mucho y me truena, entonces sí accedí hacer la operación.

N: ¿entonces es un asunto más funcional que estético?

G: aja, sí (...)

N: ¿qué tipo de afectación tienes?

G: bueno, que me molesta para respirar, se me obstruye mucho, o este... de aquí a veces me duele (Señalando el dorso de la nariz) y la bolita que tengo acá. (Gina, 22 años).

Al escuchar esto comprendí que se trataba de un asunto principalmente funcional, donde lo estético estaba al margen, más aún, cuando le pregunté si tenía alguna expectativa en relación a lo estético y me respondió de manera tajante: “no”. Sin embargo, me sorprendió que también estuviera considerando realizarse una lipoescultura facial, ya que este procedimiento era completamente independiente de la rinoplastia funcional, de hecho, este procedimiento funcional también era independiente del aspecto estético de la nariz y menos aún sería necesaria la lipoescultura facial. Es decir que las verdaderas motivaciones respecto a la transformación estética quedaron sin ser plenamente asumidas. Sin yo querer revelarle a la paciente la información que ya tenía sobre el procedimiento que quería realizarse, quise indagar al respecto.

N: ¿su o sea que no le pusiste mucha atención a lo estético... te parecía irrelevante?

G: pues sí, no era algo así que me molestara o algo.

N: ¿pero si el doctor te dijera que te puede mejorar algo lo harías?

G: no, ahorita no.

N: ¿o sea que es de plano funcional?

G: este... sí (Gina, 22 años).

La paciente afirmaba con vehemencia y en varias ocasiones que su motivación era funcional y que poco o nada tenía que ver con lo estético. Entonces, decidí hacerle saber sobre la posibilidad de que yo tuviera la información que ella parecía querer ocultar.

N: ¿Entonces, el médico no va a hacerte Lipoescultura facial?

G: sí, creo que sí. Sí, porque dijo que para que quedará bien la cirugía, entonces que me operara todo completo.

N: ¿tienes alguna expectativa en relación a estas Lipoescultura facial?

G: pues que quede bien

N: ¿cómo crees que quedaría bien?

G: no sé, que se vea mejor

N: ¿y cómo crees que podría verse mejor?

G: no sé cómo... (entre risas) normal, que se borre acá (señalando el dorso de la nariz) que se corrija la bola que se forma.

N: ¿qué más te gustaría?

G: nada más.

N: ¿qué tal vez estuviera más pequeña?

G: sí, más pequeña.

N: ¿o que tuviera la punta más respingada?

G: sí también.

N: lo digo también porque un médico nunca sabe qué es lo que quieres como paciente entonces ¿no sé si tal vez has hablado de esto con el doctor?

G: no, ahorita no.

N: ¿no has hablado de esto con el doctor?

G: sí, sí, sí hablé con el doctor y me dice que por la forma de mi cara el mentón, para formar bien la nariz.

N: ¿o sea que finalmente el doctor también va a hacer un trabajo estético?

G: aja.

N: ¿eso te gusta?

G: pues sí (Gina, 22 años).

En principio, al sugerirle lo que sabía sobre la lipoescultura facial, me responde con inseguridad sobre lo que va a realizarse “sí, creo que sí” pero además, me lo confirma de nuevo con información adicional: la idea sobre realizarse una lipoescultura facial también encuentra un fundamento en la sugerencia que le realiza el doctor. Ella accede. Yo continúo interrogándola sobre sus gustos, pero no quiere decirme demasiado y me responde con frases de una sola palabra, hasta que al fin me cuenta que el doctor le ha dicho que puede mejorar su mentón, y ella admite que eso le gusta. Al final, no parece ser que esté del todo desmotivada de un aspecto estético, más bien pareciera que no quería admitir esta motivación estética, por la que no solo le cobraron mucho más, sino que la transformación iba a ser mucho mayor. Sin embargo, como lo había dicho la paciente antes, sus padres también tuvieron una influencia grande al respecto.

María

Es Psicóloga, tiene su propio consultorio, donde trabaja principalmente con niños. Tiene 25 años. Tampoco me pareció que se hubiera realizado una cirugía, aunque si me fijaba de nuevo, sí se lograba notar una cierta falta de simetría entre un orificio nasal y otro, lo cual también puede ocurrir en una nariz

no transformada, pero en este caso, tal vez por saber de antemano que se había realizado una rinoplastia, me parecía más evidente. María es la hermana de Gina. Me había hecho referencia a ella en la entrevista. Años antes se había realizado el mismo procedimiento. La encontré en la habitación donde internaron a su hermana justo cuando ya había entrado a la cirugía. Había una suerte de reunión familiar con unos 6 o 7 integrantes de la familia esperando allí. Una vez entré a la habitación, saludé y ella se incorporó y se dirigió donde mí. Su madre ya le había comentado de mi solicitud para entrevistarla. Fuimos a la oficina del doctor y como éste estaba en cirugía, realicé la entrevista allí. Ya había suficiente confianza con el doctor y me había dejado a cargo de su oficina en varias ocasiones, por lo que me sentí en confianza para ocupar su espacio. La motivación inicial de María había sido lo misma que Gina, sus padres se lo habían sugerido. Ella también tenía un problema funcional causado por un golpe, pero según la versión de la hermana y de ella, no era su principal preocupación, le interesaba lo estético. “N: ¿o sea que el problema funcional no te llegó a afectar muy gravemente? M: no, creo que fue más estética por la forma de la nariz como la tenía.” Sin embargo, a pesar de que la insatisfacción sobre su rostro nacía aparentemente de ella, sus padres jugaron un papel fundamental a la hora de considerar una cirugía estética:

M: es que cómo te digo, salió así de la nada, porque yo no pensaba en operarme en sí la nariz, sino que yo tenía una tía que se la había operado recientemente cuando... y entonces a mis papás, ¡ay que me operara la nariz! porque yo cuando era chiquita me caí y me di en la banquetta, de hecho aquí tengo la cicatriz, entonces me caí y me quedó como una bolita. De por sí cuando era niña tuve medio problemas como para respirar, se me tapaba mucho o me sangraba, entonces mi nariz tenía una bola acá. Entonces a mí, no me gustaba mi nariz, pero no era así que ¡aaaayy! (...) Entonces mi papá salió con que ¡ay no te quieres operar! Incluso mi tía todavía venía con el doctor (María, 25 años).

Sus padres entonces, al ver el proceso de la tía en la operación estética, se animaron a que su hija se realizara un procedimiento estético como el de ella. La paciente comenta que de niña había tenido algunos problemas funcionales, pero que ya no le afectaban más. De hecho, comenta no la llevaron a un otorrinolaringólogo, porque no lo consideraron necesario y solo hasta que tuvo 17 años consultaron directamente con un cirujano plástico. Gina no tuvo problemas en aceptar que su motivación fue principalmente estética y que por eso, más la sugerencia del doctor, decidió realizarse la lipoescultura facial también. Los padres de Gina y María, parecían tener una influencia importante

en la consideración de la cirugía estética por parte de ambas como un asunto prioritario. Ambas parecían tener una voluntad compaginada con la de sus padres, que eran entusiastas en sugerirles la cirugía estética, ninguna de las dos lo había considerado en primera instancia por ellas mismas. Por su parte, la génesis del rasgo que producía inconformidad desde el punto de vista estético, en ambas era el mismo, aunque sí estaba vinculado con un problema funcional en un caso peor que en otro. Sin embargo, es difícil establecer que tanta relación tuvo directamente el golpe en el rasgo no deseado, ya que para ambas era el mismo: “una bolita”, es decir una giba. Lo cierto es que para los otros pacientes esta apelación al “golpe” parecía más una explicación sobre la falta de dignidad de un rasgo físico que percibían y que no podían vincular directamente con su historia genética. El “golpe”, en estos casos, podría operar como una excusa para justificar las insatisfacciones con el rostro, de modo que los traumatismos y no la genética, sean los causantes de la falta de orgullo que le proporcionan sus rasgos.

4.2 Yo no tenía una insatisfacción

Otro grupo de pacientes que pude identificar fueron aquellos que se realizaron el procedimiento estético, según ellos, casi por casualidad. Ellos no tenían una insatisfacción muy marcada con su rostro, sino que vieron la oportunidad de realizarse la cirugía estética de una manera fácil y se la realizaron. Lo que subyace a esta postura es que si bien no tenían una insatisfacción con su rostro que los marcara negativamente, si había algo con lo que no estaban conformes, así esto fuera mínimo y no tuviera mucha trascendencia a nivel de su vida personal. De no haber tenido en absoluto una insatisfacción, la cirugía estética no hubiera tenido lugar. Tal vez, el único caso donde la insatisfacción parece no haber sido fundamental, es el caso de una paciente, que más bien el poder de su madre fue importante para que decidiera realizarse la cirugía. De otro lado, también esta afirmación podría servir para ocultar una insatisfacción que es difícil de afrontar frente a un desconocido.

Margarita

Margarita es una chica joven de 18 años, estudiante de segundo semestre de ingeniería en gestión empresarial. Ella es una chica de estatura baja, complexión gruesa, pero delgada, piel trigueña, de ojos oscuros, cabello oscuro y ondulado. Su ropa era muy casual, una camiseta con unos jeans. Su aspecto es bastante juvenil. Vive con sus abuelos, ya que sus padres son separados y su escuela no está cerca de la casa de éstos. Me citó en casa de sus abuelos, pero cuando llegué estaba haciendo la visita a su madre, por lo que creí que ya no se iba a llevar a cabo este día la entrevista. Pero su abuela me hizo pasar para esperarla un rato por si venía. A los 15 minutos llegó la niña acompañada de su madre, que era una mujer muy joven y esbelta, de rasgos muy finos. Margarita realmente no había planeado una cirugía estética, más bien no tenía ninguna motivación al respecto. Tenía un problema funcional y por ello fue que llegó donde el otorrinolaringólogo, una vez allí éste le propuso la cirugía estética y su madre se entusiasmó con ello, por lo que ella aceptó.

M: pues del médico dijo que si quieres te hacemos la operación del puro tabique, y no hay ningún problema, entonces mi mamá ya fue más la de la idea, entonces dijo, no pues ya vas a estar ahí en el quirófano, que de una vez te hagan lo estético. Dije bueno, no hay ningún problema (Margarita, 18 años).

La influencia familiar juega un papel importante en las motivaciones iniciales en los pacientes para realizarse una cirugía estética. En este caso, se podría decir que es fundamental, en el sentido que Margarita nunca se había visto al espejo con la idea que habría algo que podría mejorar, de hecho para ella era extraño ese planteamiento. Su autoestima se encontraba bien de modo que no encontraba ningún problema con su apariencia.

Laura



(Fotografía tomada de facebook y Modificada, diciembre 2010)

A Laura la conocí justo cuando realicé la primera salida de reconocimiento de campo. Antes de conocerla había escuchado hablar de ella por medio del doctor y de su pareja, ya que ellos eran amigos. Según éstos, era realmente una mujer con problemas con su imagen. Se había realizado infinidad de cirugías: del rostro, lipoescultura abdominal, senos, glúteos. Me contaron que era muy delgada “solo se le ve el cuero” y hace dieta muy estricta en su casa, pero cuando sale a la calle quiere comer todo lo que se le ofrezca. Realiza muchas actividades físicas cardiovasculares y se dedica a cuidar mucho su cuerpo. Según la pareja del doctor, todo el tiempo está diciendo que está gorda, pero en realidad es bastante flaca. El doctor la llamó cuando yo estaba allí para que llegara al consultorio, llegó rápidamente. Era una mujer joven, morena, de mediana estatura, delgada, pero la ropa que tenía ese día no permitía mucho darse cuenta de las cirugías. Me fijé de manera disimulada, las operaciones en su rostro, sin rastro alguno, pasaron todas ellas desapercibidas. Durante esta introducción le comenté de qué se trataba mi trabajo y si estaba dispuesta a colaborar. Me insistió que lo único que le preocupaba era que no fuera a grabarla o tomarle fotos, o bien difundir un

material fílmico. Parecía asustada con el hecho de que fuera ser un documental de video. Su temor estaba posiblemente asociado a que fuese desacreditada su imagen a partir de la revelación de sus cirugías. La noté un poco nerviosa a ese respecto, pero de igual modo accedió, finalmente me dio su teléfono celular. Ella se fue rápidamente, apelando a sus ocupaciones. Una vez llegué a la oficina del doctor, ya ella le había marcado dos veces a su celular.

La próxima vez que la vi fue en el consultorio del doctor. Yo no iba para entrevistarla, sino que iba a tener una conversación con el doctor, donde definiría mis tiempos de trabajo. Estaba esperando a que terminara su consulta, cuando ella llegó. Esperamos unos quince minutos cuando él nos hizo pasar a las dos. Noté un gesto de desaprobación por parte de ella y de inmediato comenzó a decirle al doctor que no lo podría esperar y que tenía que irse. Pensé que yo era el inconveniente, sin embargo decidí quedarme para ver cual podría ser el límite de la situación. Noté una relación muy cercana entre ellos, más tarde me di cuenta que habían tenido una relación de pareja. Él le ordenaba enérgicamente que se quedara, mientras ella parecía hacerle un reclamo de exclusividad, su actitud parecía denotar algo como: ¿Cómo es que la hacía pasar al mismo tiempo que a mí? ¿Yo podría ser tan importante como ella? Yo me demoré para interpretar este mensaje, que en todo caso solo era una probabilidad. La idea original era que iban a salir juntos al final de su jornada, pero él quería solo mostrarle unos datos que le interesaban a ella antes de salir del consultorio. Con respecto a mi, parecía que el doctor solo quería decirme en qué horario podría llegar a revisar los expedientes. Sin embargo, ella no quiso esperar a que encontrara sus datos y finalmente terminó por salir del consultorio enfadada con el doctor. No era muy buen comienzo para una relación entre interlocutora e investigadora. La entrevista la tuvimos pasados unos 30 días de dicho encuentro. Me hizo cambiar la cita durante tres veces, ya que se encontraba muy ocupada o lo había olvidado. No me extrañó su comportamiento en absoluto, pero también pensé que los presuntos celos con el doctor se verían reflejados en la calidad de la información que me brindaría. Sin embargo, aproveché la cercanía que tenía con el doctor para acercarme a ella en varias ocasiones y terminar por recopilar una información más completa. El día que finalmente me dio la cita, tenía un

compromiso dos horas después, así que no tenía mucho tiempo para atenderme. Me recibió en su casa, tenía una blusa escotada y un pantalón estrecho, de modo que esta vez sí se notaban sus cirugías, no tenía mucho maquillaje, pero su atuendo parecía mucho más arreglado. Como lo había pensado, me dijo menos de lo que podía decirme, de acuerdo con los objetivos que le había comentado, pero incluso así, fue interesante la entrevista con ella. Ella es una mujer de 30 años, soltera, mantiene una relación de pareja con un músico cubano que vive en el Distrito Federal. Se dedica a una agencia de edecanes que ella misma creó, pero también tiene una perfumería en un local adjunto a su casa. Durante muchos años tuvo una estética y fue ella misma edecán, pero se aburrió de la estética y decidió crear su propia agencia de edecanes. Según ella, el procedimiento que se realizó en el rostro fue algo así como un plus, en el sentido que su principal objetivo era realizarse una liposucción en el cuerpo. Estaba obsesionada con bajar peso y tener una figura ideal, tipo 90, 60, 90, así que luego de hacer mucho ejercicio y no lograr estas medidas decidió ahorrar dinero e ir al quirófano para lograrlo, pero no lo logró, de modo que regresó por una nueva liposucción, entonces fue cuando el doctor de propuso que con esta grasa que se le quitaba del abdomen podrían hacerle algunos cambios estéticos en el rostro y ella aceptó.

L: el doctor Mario me puso una vez grasita en la cara, pero tanto como para cambiar el rostro, no. Fue grasita en la cara que por lo mismo que me quitó grasita del estómago, esa vez de la lipo, no me lo hizo, me lo hizo después que le dije, mira, mira, me quedó tantito de gordito. No había quedado nada, pero yo estaba con ganas de bajar más de talla, y fue que Mario me quitó un poquito de grasita, y fue que Mario me dijo "sabes qué, te voy a quitar un poquito de grasita que tienes en el estómago, que ya no tenía mucho, pero lo que pudo sacarme que fue muy mínimo y me lo puso en la cara (Laura, 30 años).

En este sentido, pareciera que el procedimiento fue más consecuencia de otro, sin tener muchas expectativas por este, aunque sí por la liposucción abdominal. Sin embargo, de acuerdo con la versión del doctor Miguel Ángel y su pareja, esta operación del rostro se repitió durante tres ocasiones. De este modo, pude entender que sus inconformidades pudieron haber estado ocultas durante la entrevista, pero en todo caso fue claro qué fue lo que se realizó, además que logré acceso a algunas fotografías que le tomaron durante el proceso de transformación. La nariz se hizo más recta y la punta se proyectó,

en el resto del rostro lo que se hizo fue básicamente aumento de pómulos y labios, que le cambiaron bastante la apariencia.

Me pusieron grasita en los labios. En los pómulos, en la nariz. En los labios me bajó un poco. Yo tenía los labios más delgados, tal vez como tú. Así delgaditos, y siento que ahora no se como se ven. No se ven gruesos, pero tampoco sé el volumen. El volumen tantito como que subió un poquito (Laura, 30 años).

Laura señala que, en principio, ella estuvo motivada en llamar la atención de alguien por quien se sentía atraída, pero con el tiempo se dio cuenta que esta persona no tomaba en cuenta los cambios estéticos que ella se hacía. De este modo considera que no logró todo lo que estaba esperando de las cirugías.

N: ¿crees que lograste lo que estabas pensando, cuando te realizaste los procedimientos estéticos o lograste más de lo que estabas pensando?

L: logras algunas cosas, tal vez otras no, como en el ámbito del amor y todo eso, no.

N: ¿pensaste que iba a ser algo que te iba a traer más potenciales parejas?

L: no, no por eso. Por la persona que estaba yo pensando, que era mi mira, pero no fue así. Porque la persona que te quiere te va a querer y la persona que no te quiere, aunque te hagas lo que hagas, no te va a querer.

N: ¿tú crees que este asunto del amor también motivó la decisión?

L: sí pero fue más por mí. Fue más para verme bien, para sentirme mejor (Laura, 30 años).

Laura aparenta ser una mujer solitaria, su novio vive lejos y solo se ve con él de vez en cuando. Antes de su actual pareja estuvo mucho tiempo sin pareja estable y su círculo de amigos es reducido. Dice que le molesta salir con hombres que no tengan dinero para invitarle, porque siente que está saliendo con “chavitos”. Incluso si se trata de hombres de su misma edad, aunque admite que sale pocas veces. No le gustan los antros y bares, porque “no es bueno trasnocharse, te envejece”. Su principal actividad es el trabajo y el ejercicio, ya que hace dos horas diarias de spinning y una más hora de aeróbicos. Es claro, que una de las principales actividades de Laura en su vida es cuidar de su cuerpo y la seducción es algo de lo que disfruta, por tanto no suena extraño que una de las principales motivaciones de Laura, en un inicio para realizarse sus transformaciones estéticas estuviera asociada con el amor.

Raquel



(Fotografía tomada de Facebook y modificada digitalmente marzo 2011)

Cuando contacté a Raquel vía telefónica parecía no querer acceder a una entrevista. En principio me dijo que se encontraba muy ocupada, luego me dijo que no podría desplazarse a ningún lugar, y cuando le dije que yo podría desplazarme donde ella dispusiera, me dijo que su casa era demasiado lejos y difícil de llegar. Más tarde, me confirmó que en principio no le había gustado mucho la idea de la entrevista, le incomodaba eso de estar comentando este tipo de cosas, pero que luego lo reflexionó y dijo: “pues si yo soy una profesional, yo sé cómo responder.” Esta confesión me hizo reflexionar que por más neutrales, o incluso en términos positivos, que se plantearan los objetivos de la investigación, los pacientes que contactaba percibían una interpelación a manera de juicio. Aún así, la entrevista se realizó de manera tranquila, abierta y amena. Raquel es una mujer delgada, de piel lisa, tersa y sin manchas, trigueña, cabello tinturado color castaño claro, de mediana estatura, de 25 años, es médica general, está casada y tiene una bebé de tres meses. Trabaja en un consultorio independiente, en el que también recibe consultas de medicina estética. Ha realizado varios cursos y diplomados sobre medicina estética, al igual que su esposo y dice que a futuro le gustaría dedicarse de lleno a ello. Incluso, le ha gustado la cirugía estética como especialidad, pero sus compromisos familiares hacen que esta opción sea difícil, por lo que cree

que lo que más está a la mano es la medicina estética y se proyecta a ello en un plan a futuro. También ha trabajado en el pasado con cirujanos estéticos como ayudante de las cirugías y en otros servicios de medicina estética. Su primera cirugía fue una lipoescultura facial. Se la realizó mientras era estudiante e instrumentista en el consultorio de cirugía plástica del doctor Miguel Ángel. El doctor la convenció de realizarse el procedimiento, porque ella no tenía una insatisfacción con su rostro que la acomplejara.

... mira, yo te voy a ser sincera, ahí vas a ver tú, qué pones y qué no pones. Sinceramente, yo nunca, nunca, nunca tuve un complejo en mi cara. Que siempre he tenido las ojeras o lo que tú quieras, pero nunca he tenido ese complejo. En mi nariz así como la ves, así la tenía, lo que cambiaba era mi perfil, que aquí (señalando la parte superior de la nariz) se notaba una pequeña gibita. Era lo único, pero no era algo que me generara un complejo. Mi complejo siempre había sido el busto, yo estoy operada del busto, es el siempre había sido mi complejo y dije, bueno, cuando tenga dinero me voy a operar el busto. Realmente eso fue, pero por azares del destino, empiezo tratar más el doctor Miguel Ángel, lo empiezo a tratar más y él me empieza a decir, oye, que si te hacemos aquí, que si te hacemos allá, y ahí él me metió la espina. Pero de ahí, a que yo dijera, voy a ahorrar para hacérmelo, no. Que realmente cuando me lo hizo el doctor si sentí una mejoría. Sí me gustó el trabajo, sí me siento contenta con el trabajo, pero algo que hubiera decidido yo de primera instancia, yo creo que tal vez no lo hubiera decidido, porque no era mi complejo, pero no quiere decir que no esté contenta, porque me veo ahora en el perfil y como dice el doctor a veces es necesario armonizar el rostro (...) Pero ante la espinita te quedas tú en el espejo y te empiezas a levantar tu nariz, a checarte en el espejo y dices bueno, sí voy a mejorar. (Raquel, 30 años).

A esta paciente la convenció el doctor Miguel Ángel de realizarse su procedimiento quirúrgico. La inconformidad no nació de ella, pero una vez sugerido el procedimiento por un experto, comenzó imaginarse cómo iba a quedar sin la giba y con la punta de la nariz más levantada, que es lo que básicamente se realiza en la nariz. También le realizaron otros cambios en su rostro que ella no se figuraba, pero que terminaron por hacerla menos prognata y su perfil más recto. El doctor Miguel Ángel parecía interesado en realizar un procedimiento nuevo que había aprendido, de modo que motivó a una de sus estudiantes y ayudantes, que se interesaba por asuntos estéticos, a que se realizara este procedimiento. Ella fue receptiva ante esta sugerencia. No le representaba un gasto muy grande, en la medida que el doctor solo le cobraría los insumos y ella quedaría con un aspecto, que de todas formas se figuraba como mejor. Si bien el complejo no existía, sí se generó una duda al intervenir la sugerencia del doctor, llegaron imágenes a su mente que le

permitían la confrontación con su propio rostro y valorar más los rasgos ajenos que los propios.

La opinión de la estudiante sobre las motivaciones para realizarse una cirugía estética coincide con la caracterización de los cirujanos sobre cuales deben de ser las motivaciones de un paciente ideal. La paciente ideal en palabras de los médicos, debe de querer realizarse una cirugía para buscar una mejoría, no debe de pensar en realizársela por otra persona, sino por ella misma y no puede estar pensando en parecerse a alguien más sino pensar qué es lo que le conviene de acuerdo con su rostro.

...Porque el que es feliz o es infeliz es por uno mismo (...) Porque si tú haces eso por gustarle más a tu pareja, porque mi esposo me va a dejar por otra más joven, por lo que sea, siento que el resultado final de la cirugía que te apliques nunca te va a agradar. Porque no lo hiciste por ti, lo hiciste por agradarle más a la otra persona, pero tú no te sientes contenta. En el caso por ejemplo lo de la cara, no era algo que yo tuviera ese complejo, que sí me daba cuenta que como era muy delgada tenía yo muy marcadas las facciones por la delgadez extrema que tenía y que si tenía yo la gibita y que si tenía yo, que me miraba en el espejo y me hacía algo para enderezármela, me hacía yo modificaciones con las manos y me decía yo: "ah, se ve bonita", pero tampoco era algo que yo dijera me lo voy a hacer. Que se presentó la oportunidad, me lo hice y me gustó (Raquel).

Ella parece ser entonces una paciente que ha internalizado las reflexiones que se producen desde la cirugía estética sobre el paciente "sano mentalmente" y apto para acceder a esta. El caso de Raquel podría pensarse como un caso atípico, ya que conoce al cirujano hace tiempo, él como experto le hace una sugerencia que ella encuentra pertinente, pero además es una paciente que también es médica atraída por los temas de la estética. Sin embargo, el esquema que se plantea acá en el que el cirujano propone y el paciente dispone, es un panorama bastante frecuente en la cirugía estética, ya que el cirujano desde su postura de experto, mantiene una voz autorizada y el paciente parece ser receptivo.

Adelita

Adelita la conocí en el consultorio del doctor Miguel Ángel, justo en la sala de espera. La secretaria del doctor me preguntó cuales eran las edades de las personas a las que yo estaba entrevistando, a lo cual le contesté que realmente lo importante no era el número en si, pero que oscilaba más o

menos entre 18 y 35. Me dijo entonces: te tengo una paciente. Al día siguiente, cuando llegué al consultorio, Adelita ya se encontraba allí, la secretaria entonces me la presentó, sin embargo, hablamos un rato de temas diversos hasta que la secretaria me dijo: "Mira, ella es la paciente que te decía." Adelita parecía sorprendida, porque no sabía a qué se refería, con la suerte que solo estábamos las tres en la sala de espera, y así pude comentarle mi proyecto de investigación en un entorno de mayor confidencialidad. Ella aceptó con un poco de reticencia. En principio me dijo que el problema era que ella no tenía tiempo para tales cosas, por lo que la secretaria intervino y dijo que yo podría hacerle la entrevista justo en el momento de internamiento. De hecho, ya lo teníamos planeado así, con lo cual ella no vio salida posible ante mi solicitud. Este primer día estuvimos hablando sobre la dificultad de mujeres como ella para conseguir parejas que sean exitosas de la misma manera que ella. Dice que casi siempre se topa con hombres que no tienen mucha independencia o bien que no han hecho un patrimonio mínimo. El día de la operación llegué temprano y estuve con ella y su sobrina en todo el proceso de internamiento. Creo que esta situación ayudó para que me dejara de ver como una intrusa y comenzara a verme con mayor confianza. Adelita es una mujer de 36 años, de mediana estatura, robusta, morena, de cabello lacio y negro, aparentaba mucha más edad de la que tenía. Siempre estaba maquillada, con uñas postizas, cabello planchado y tacones altos. Es licenciada en ciencias de la educación pero se dedica a las ventas, es visitadora médica. Vive con una sobrina, es soltera, pero tiene una relación de pareja estable hace varios años. La primera vez que le pregunté por su pareja me dijo que no tenía, posteriormente me comentó que sí tenía, pero que no vivía con él. Esta era la primera paciente que su principal motivación era la vejez. A pesar de que es un tema constante en el asunto de la belleza y la feminidad, los demás pacientes estaban bastante jóvenes para preocuparse por ello y ella, a pesar de ser muy joven, aparentaba un poco más edad de la que tenía.

N: ¿Cuándo se te ocurrió que querías hacerte el procedimiento estético?

A: ¡hace mucho! como un año. Como un año, como un año... ¡no es que yo quisiera! Pero de repente me dicen los demás, mis amigas, "no, es que me quité las patitas de gallo, no, es que me quité no sé qué, y se ve muy bien". Entonces son amigas que tengo que son mucho más grandes que yo y creo que me veo hasta más mal ¿no? Que las otras. Entonces digo, si tengo el dinero, o no tengo

mucho, pero si tengo el dinero, ¿por que no? Fue ahí de donde vino mi inquietud, ¿de que no, que se puso pompas y que se hicieron la lipo! Digo: ¿porque si ellas tienen el valor de hacérselo, porque yo no? Me voy a llenar de valor en un año y me lo voy a hacer (...) un día, cómo visito médicos y tengo un amigo que es cirujano, estaba en su consultorio cuando yo pasé y dijo ven y empezamos a platicar y ya le dije, así cómo en broma y me dijo no pues si quieres ven a mi consultorio y ya te veo y ya me empezó a decir y me empezó a entrar más inquietud de querérmelo hacer y bueno, me dije, muy grande no estoy. Yo creo que si vale la pena y fue por eso que decidí hacérmelo, más que hace como dos meses para acá o un poquito más, una amiga también estaba, yo también me lo voy a hacer, que vamos a hacérselo. Y digo que ella tiene más años que yo, tiene dos años más que yo. Y le digo, pero si tu te ves bien, y dice yo no, que no. Y realmente a mi lo que no me gustaba es que se me caen, tengo piel flácida, entonces yo siento que como que está muy aguadito, se me cae, tengo mis cachetes caídos y es lo que no me gusta, yo hubiera querido que estuvieran un poco más firmes (Adelita, 36 años).

La principal influencia para motivarse a la cirugía estética que comenta Adelita se trata de su círculo de amigas. Muchas de sus amigas son mujeres solteras y casadas, que también son visitadoras médicas y que se reúnen con alguna frecuencia para hablar de temas femeninos. El principal tema que emerge es sobre el aspecto físico de ellas y otras. Hablan tanto de los procedimientos quirúrgicos que se han realizado, como las dietas, los medicamentos, los otros procedimientos estéticos. Una de las primeras frases que la paciente usa para comenzar su respuesta me llama la atención porque pareciera revelar la tendencia al ocultamiento de las insatisfacciones con respecto a los rasgos físicos: ¡no es que yo quisiera! Sin embargo, a lo largo de su respuesta me expone las razones por las cuales acepta que sí quiere. Aunque también el uso de esta frase podría revelar que fueron sus amigas quienes primero influyeron para que cambiara la percepción de su propio cuerpo. La segunda referencia que ella alude es la visita donde su amigo, un cirujano plástico, ella es visitadora médica por lo que su trabajo se sustenta en el contacto que mantiene con los médicos, por tanto conoce cirujanos plásticos y fue el consejo de uno de ellos la que terminó por animarla. Adicionalmente, comenta que una de sus amigas también tenía el plan de realizarse una cirugía plástica por los mismos días, y decide realizársela con el mismo al cirujano. Es en este contexto en el que Adelita se siente motivada para realizarse la cirugía plástica del rostro. A ella le preocupa que sus amigas son “más grandes que ella” y que aún así ella parece mayor. La insatisfacción con su rostro está asociada a la flacidez que ella nota en su rostro, específicamente en sus pómulos, lo cual, según ella es lo que hace que se vea mayor. Pero estas no son las únicas

razones a las que hace referencia a lo largo de la entrevista, para ella es igualmente importante preocuparse por la imagen en la medida que su trabajo son las ventas, cree que con la transformación va a ser una vendedora más exitosa. Ella se siente en una suerte de competencia, donde su imagen, acorde con un modelo hegemónico de belleza, va a ser un factor a considerar para tener o no éxito en las ventas. En este sentido, su imagen influiría como un factor de competitividad en su desempeño laboral. La aceptación por parte de los demás le produciría mayores beneficios en las relaciones interpersonales.

Sobre la cirugía de la nariz era algo que ella no tenía pensado. Su principal motivación era la flacidez, sin embargo, al llegar a la consulta con el doctor, cambió rotundamente la idea que traía. De querer realizarse un estiramiento de la piel, el doctor le dijo que además le haría una lipoescultura facial, que se trata de sacar un poco de grasa del abdomen para ponerla en distintas partes de la cara, como los pómulos para que la piel se viera más joven, pero también quitaría papada, quitaría párpados, estiraría las arrugas que se forman en el contorno inferior del ojo, estiraría la piel de los pómulos, quitaría alas de la nariz, para dar una apariencia de los orificios nasales menos anchos, pero también para dar un efecto de que se vea más respingada la nariz.

N: ¿Cuándo llegaste al consultorio cambió un poco la idea de lo que querías?

A: me cambió un poco la idea, porque, de hecho, mis párpados y aquí, también es algo que no me ha gustado, pero me veo bien. Soy hermosa, (se ríe) me veo bien. Entonces el doctor me dice, te quito párpados, me hace un estiramiento para lo de la papada y eso. Entonces dije yo bueno...

N: ¿la nariz, ni los labios te vas a modificar algo?

A: no, de hecho él me dijo que de la nariz me va a quitar alas... pero a mi me gusta mi nariz, era algo que le iba a preguntar, ¿cómo que me va a quitar alas? Pero nada más hablamos de los párpados, de acá (señalando la parte inferior del ojo) de acá (los pómulos) y de la nariz creo que le va a quitar algo de acá (señalando las alas nasales).

Ella afirma que le gusta su nariz y que no entiende por qué ha de quitarle alas, sin embargo, era demasiado tarde para negociar con el doctor, ya que ella no le vería sino en el quirófano. En este momento ella había abdicado el poder sobre su cuerpo al doctor y era muy difícil recuperarlo. Yo estuve presente en una de las consultas que tuvo el doctor con ella y tome nota de los procedimientos que dijo realizarle. Noté que fueron más de los que ella tiene en mente actualmente, pero lo importante es que en

ese momento ella decidió interpellarlo sobre los procedimientos que él le sugería. La insatisfacción que ella tenía entonces en relación con su rostro, de acuerdo con lo que ella plantea, era mucho menor de lo que consideró luego de la cita con el doctor. Para Adelita, el doctor era el experto y era quien tenía la razón sobre lo que estaba bien y lo que se debía de cambiar en su rostro para tener una mejoría completa, incluso sobre aquellos juicios sobre los cuales no estaba de acuerdo en un principio. La nariz entonces se cambiaría, pero no porque no le gustara, sino porque ella entendía que el doctor la transformaría a una nariz mejor.

Eduardo

Eduardo y yo nos conocimos en la sala de espera. Yo había visto en la agenda del doctor que llegaría un joven para su primera revisión de una cirugía de nariz que había tenido hacía un par de semanas. Yo llegué unos minutos antes, y me senté en un extremo de la sala de espera, me puse a leer un libro mientras llegaba, pero antes, llegaron dos mujeres y una niña. Hablaban bastante duro y parecían bastante amables, venían porque la niña se había accidentado en una moto y le habían hecho una cirugía reconstructiva. Se sentaron a mi lado, de modo que el lugar que quedaba disponible para sentarse estaba en el otro extremo. Llegó el joven, aparentemente con su pareja. Se sentaron al otro extremo. Todavía tenía el vendaje, por lo que su rostro no se observaba completo, la pareja del joven salió a la tienda y él quedó solo. Mientras tanto, la señora a mi lado me preguntaba cual era el motivo de que estuviera allí. Al comentarle ella comenzó a decir: “bueno yo te voy a decir por qué la gente se opera, se operan porque tienen baja autoestima, no se aceptan, no se quieren” en ese momento yo traté de darle un carácter positivo al asunto, diciendo que esas eran cuestiones más bien de la psicología de las personas, que en todo caso, eran variables y que por otro lado, mi tema era la antropología, entonces me interesaba el contexto social en el que se tomaban dichas decisiones. Todo fue en vano. La suerte estaba echada con este paciente, por supuesto, él estaba escuchando, pero parecía hacerse el de los oídos sordos. La señora le preguntó a él por qué estaba allí, a lo que respondió que se debía a un problema funcional con la nariz. Esto era falso, pero lo más interesante era que demostraba su vergüenza. Desde

entonces el paciente me rechazaría una y otra vez. Claro, muy posiblemente su temor era al ser juzgado como lo había hecho aquella dama presente esa noche. Más aún, siendo un hombre al que le tocaba enfrentarse con los estereotipos de género por su decisión de la transformación estética, que además se trata de una actitud percibida simbólicamente como femenina. Este hombre lucía realmente arrepentido, nunca había visto a alguien con su orgullo tan abatido por haberse hecho tal procedimiento, incluso en un momento llegué a temer por su vida. Sentía incluso mucho temor en entrevistarme con él. No quería decir nada incorrecto que fuera a afectar más su propio concepto de sí y más bien sentía una gran responsabilidad de contribuir de manera positiva en mi interpelación con él.

Por suerte para mi, él tenía que volver muy seguido a sus consultas, de modo que pude estar allí varias veces, en la sala de espera, haciendo cualquier otra cosa de manera disimulada, pero con la intención de ganar su confianza. Fueron largas conversaciones sobre la guerra en Colombia y otros aspectos que le parecieron extraños. Él no tenía mucha idea dónde era Colombia, estaba seguro de que Colombia era algún país de Centroamérica, ubicado en algún lugar, antes o después de Costa Rica. Además le extrañaba que siendo colombiana fuera una profesional y no una prostituta o narcotraficante. Derribar sus paradigmas sobre un aspecto mío que saltaba a la vista (“esta no es de acá”), me permitió acercarme un poco más. Me convertí en el sujeto exótico que los antropólogos suelen buscar y mi papel de darle información de primera mano sobre una realidad extraña para él era mi puerta de entrada. Aún así, no logré derribar la muralla construida aquella noche donde la señora mencionó parte de lo que existe en el sentido común de alguna gente sobre los aspectos negativos de la cirugía cosmética. Su convicción era que yo iría a cuestionarle y a juzgarle, aún así, atendió a mi solicitud de la entrevista. No estoy segura cuanto influyó la autoridad del médico. Cuando le comenté al cirujano que esta paciente no había querido acceder a una entrevista conmigo, él cirujano me contestó: él lo va a hacer. Seguro de la autoridad que tenía sobre su paciente. Luego de una consulta con el doctor el paciente accedió a darme la entrevista y nunca estuve segura de si fue debido a la autoridad que ejerció el médico sobre él o la paciencia con la que intenté ganarme su amistad y confianza,

pero el paciente accedió a la entrevista. Sospeché mucho de sus respuestas, sobre todo, en relación a las motivaciones, ya que me hacía referencia al hecho de la *mejoría*, este término suele ser usado por los cirujanos, más no por los pacientes legos. De todas formas era muy difícil determinar la influencia del cirujano en cuestión, ya que bien pudo aprenderlo de su proceso traumático, pero en todo caso se notaba que provenía de la interlocución con un cirujano.

Sin embargo, esto no fue garantía de brindarme una entrevista tranquila y abierta. La actitud preventiva ante un presunto juzgamiento de mi parte se notó en las respuestas. La confianza cedió, pero lo no suficiente como para que él dejara de considerar la entrevista como una manera de calificarlo negativamente. Aún así, había elementos difíciles de ocultar.

Eduardo es un joven militar de 32 años. Es moreno, delgado, de baja estatura, tiene unos expresivos ojos cafés. Su nariz estuvo vendada durante una gran cantidad de tiempo, pero logré verlo luego de que le quitaran el vendaje y se notaba un poco más prominente de lo normal. Según él, se había realizado un procedimiento con el cual no quedó satisfecho. Según la información que tenía el doctor en sus archivos, la operación se habría repetido, una en el 2009 y otra en el 2010. La intención primera había sido realizar una cirugía estética, pero el proceso de cicatrización no fue muy discreto, entonces se logró el resultado contrario a lo que se esperaba. La intención inicial del paciente era verse mejor. Y a esto de verse mejor él lo entendía de la siguiente manera:

M: la forma, que se veía muy ancha. Eso lo quiero cambiar, la cuestión... no es que esté grande, la quería más perfilada, más... perfilada pues (en este momento hace un gesto con su mano haciendo una línea recta sobre la nariz) y eso es lo que quería cambiar.

N: ¿tenías algún tipo de giba?

M: no. La tenía un poquito más bajita, le dio volumen el doctor, pero ora sí que tienen que hacer su trabajo para ver los resultados, porque en la primera no quedó bien, así como la pueden detallar más.

En resumen, lo que él considera bello y que a su vez coincide con el ideal de belleza hegemónico es lo que expresa como una nariz “más perfilada” y que con un gesto asoció con la rectitud.

4.3 Lo que no me gustaba era mi nariz

Elizabeth

El teléfono de Elizabeth me lo dio el médico que la operó. Ella y su hermana se habían operado con él. Estuve llamando para entrevistar a su hermana, pero no quiso acceder a la entrevista, de hecho la esperé varias veces y nunca llegó. Sin embargo, ella estuvo dispuesta rápidamente a pesar de sus múltiples ocupaciones. Ella es una chica de 22 años, alta, delgada, de cabello negro, lacio y de piel trigueña. Su ropa combinaba perfectamente con sus accesorios y tenía un maquillaje natural, las cejas bien depiladas y sus uñas maquilladas. Es estudiante de psicología de último semestre y trabaja actualmente como recepcionista. Cuando la vi, no pensé que se hubiera hecho una cirugía plástica, de hecho, cuando la miraba de perfil se me hacía que tenía su nariz un poco grande. En principio, ella rechazaba las cirugías estéticas porque le parecía que las personas eran “falsas”, sin embargo, siempre pensó que su nariz no le gustaba. Comenzó a considerar realizarse una cirugía, una vez entró en otro ámbito de amigos, pasó a una escuela privada donde sus compañeros y compañeras se realizaban cirugías estéticas. Pero aún así no se decidía. A partir de un dolor de oídos decidió visitar el otorrinolaringólogo que le dijo que tenía el tabique desviado, y que le podía realizar la cirugía estética y funcional, a partir de allí ella se animó y decidió hacerse la operación.

Entonces haz de cuenta que la operación se dio y yo dije bueno, adelante. Y me dijo si quieres te compongo la nariz y te la hago estética, que no se que y dije bueno... lo que le pedí al doctor que no quería que me la dejará muy respingada, ni que se viera el cuadrado, eso es lo que yo no quería, que se notara. Mi miedo era que fueran a decir, su nariz es falsa, yo tenía... yo concuerdo con muchas amigas que tienen operaciones, entonces decía, no me gusta cómo se ve su nariz, no se ven ellas sino que ya se ven muy estirados (Elizabeth, 22 años).

Lo que más atemorizaba a Elizabeth era que su nariz fuera a quedar “falsa”. Ella encontraba muy fácil identificar las personas que se habían realizado cirugías estéticas ya que le parecía que todas tenían ciertos rasgos en común: una suerte de “cuatrito” en la punta de la nariz y una proyección poco usual. La preocupación más importante para Elizabeth era que no se fuera a notar su cirugía. Es decir, que su nariz siguiera siendo auténtica, que no tratara de imitar ninguna otra de manera evidente.

... y luego la oportunidad. Cuando él me dijo yo te puedo hacer la operación estética, dije, pues es mi momento. Es mi momento. Es un momento de que no lo

tenía pensado, la verdad, pero dije por algo está diciendo el doctor que me puede operar. Y es algo que siempre decía que era mi mayor defecto. Mi mayor defecto era mi nariz. Siempre lo dije. Dije yo, bueno, la oportunidad de cambiar mi nariz, que ha sido mi mayor defecto, dije bueno, adelante, adelante. Pero el doctor me empezó explicar cómo podía quedar dije: bueno sí. Me dijo cómo cambiaría, me dijo, me fui para mi casa, me imagine cómo iba a quedar, y dije bueno (Elizabeth).

Elizabeth no tuvo problema en aceptar que consideraba su nariz como su defecto. De hecho, ella comenta que no era algo que simplemente le molestara, sino que esta molestia trascendía en varios ámbitos de su vida. Ella comparaba los rasgos de su nariz con los de otras chicas de su edad que salían con chicos que a ella le atraían y creía que era ese rasgo lo que no le permitía salir con ellos. "...este último año que estuve en la escuela empecé a darme cuenta de los chavos. Como te digo, yo me daba cuenta que las chavas que salían con ellos y yo decía ella no tiene la misma nariz que yo, entonces ahí esto me empezó a llamar la atención, pero decía eso, con la mentalidad de que una operación plástica era falsedad de una persona."

Elizabeth considera que tenía problemas para relacionarse asociados con problemas de autoestima, por lo cual estuvo en terapias psicológicas que no le ayudaron demasiado en este tema. De hecho, ella no lo vinculaba con su nariz. Simplemente consideraba que su nariz era fea, pero no creía ella misma que tuviera mucha trascendencia. "Yo decía que... mi nariz estaba fea y has de cuenta... tenía yo mucho de así... de que yo sí me sentía fea. De hecho decía, estoy fea, pero que me voy a componer o algo (...)" En su casa, además tampoco la animaron a realizarse este tipo de cirugías, a pesar de que su hermana siempre tuvo el deseo de realizársela solo lo hizo después de ella. Sus padres por su parte, se opusieron en un primer momento, pero luego accedieron porque consideraron que ella era una persona mayor de edad.

N: ¿alguien más te decía algo sobre tu aspecto físico?

E: nunca, nunca me dijeron nada. Pero sí en las fotos no me gustaba que me tomaran fotos, por lo mismo, mis amigos me decían "¡Ay Erica, ya vas a empezar que no se qué!" pero no me dejaba tomar por lo mismo, por la nariz.

N: ¿pero no era que te dijeran nada, sino que tu lo sentías?

E: sí, yo lo sentía. Nunca me llegaron a decir, sabes qué tienes fea la nariz, no por que la nariz que tenemos se parece a la de mi abuelito, entonces pues... no, decían que era herencia (Elizabeth).

Al tratarse de un rasgo familiar asociado a una persona que admiran, los comentarios negativos sobre su aspecto físico estuvieron ausentes en su familia. El contenido negativo sobre su rasgo en específico comenzó a ser evidente cuando ella comenzó a ser una adolescente.

Julio

Julio es primo de José. Desde que conocí a José me hizo referencia a él. El dolor que había experimentado su primo con la rinoplastia, le había impresionado mucho. En principio, me dijo que iba a contactarlo durante un fin de semana, pero no sucedió, luego le insistí de nuevo y se evaporó la solicitud. En una segunda oportunidad que nos reunimos para una entrevista le dije que más bien me diera el teléfono de su primo y así funcionó mucho mejor. Finalmente, pude acordar una cita con él. Cuando llegó, vi que era mucho más joven de lo que pensaba. Julio es un chico de 20 años, estudiante de quinto semestre de negocios internacionales en una universidad privada. Se dedica tiempo completo al estudio y solo trabaja durante algunas temporadas de vacaciones en los negocios de su padre. Se realizó una rinoplastia y una cirugía de mentón cuando tenía 18 años, justo después de salir de la preparatoria. Su padre le puso a escoger entre un intercambio y la cirugía y se decidió por ésta última pensando que el intercambio sería más útil al finalizar la carrera. Julio es de figura mediana, delgado, trigueño, de ojos grandes y oscuros, de cabello castaño. Al igual que con Elizabeth, cuando vi su nariz de perfil, me pareció que no se hubiera realizado ningún procedimiento. Según él, el procedimiento iba a ser en dos entradas al quirófano, una en la que reducirían el tamaño de su nariz y modelarían el mentón y en otra donde iban a levantar la punta nasal; esta segunda parte no se llevó a cabo.

Se comenzó a interesar en realizarse el procedimiento estético desde que inició la preparatoria, pero le recomendaron que se la hiciera sino hasta cuando hubiera cumplido 18 años, porque todavía se encontraba en crecimiento. Julio acepta abiertamente que no le gustaba su apariencia, que comenzó a darse cuenta en el colegio porque sus compañeros se burlaban de él, lo que le causó cierto complejo.

...más de compañeros de estudio, pues de la secundaria fue mi proceso. Donde estás empezando a crecer y todo eso. Como eres un niño, muchas críticas y te empiezan a hacer burla y todo lo que quieras, entonces si fue por ahí que yo empecé a decir: "si me opero, todo se compone y más seguridad y todo." Entonces fue por eso que comencé a tomar esa decisión. En mi familia no, nunca me... nunca me criticaron en ese sentido, pero los amigos si (Julio, 20 años).

Cuando tuvo la idea de realizarse un procedimiento estético sus padres le sugirieron un psicólogo, quién estuvo trabajando con él la auto aceptación de su rostro, pero al final desistió de insistir en esto y terminó por aceptar apoyar el procedimiento. Él se consideraba una persona tímida debido a su complejo y creía que todo mejoraría cuando se operara. Su familia inmediata lo apoyo, sobre todo su padre, su madre se encontraba preocupada por los riesgos y no le gustaba mucho la idea, pero sus amigos y familia extensa fue en los que encontró mayor oposición. Es de resaltar que en los casos de las mujeres hubo oposición por parte de la familia, más no por parte de los amigos. Cuando comentó de su decisión comenzaron a criticarlo y esto fue un proceso difícil para él. Su padre financió totalmente el procedimiento sin necesidad de hacer un ahorro o bien un préstamo.

Ángela

La secretaria del doctor Miguel Ángel, me comentó que la cuñada del hermano del doctor quería operarse, que había llegado sin cita el día anterior y que la semana siguiente se había apartado el quirófano. Yo llegué ese día temprano al consultorio y le ayudé a la secretaria en varias tareas. Aquel día almorzamos juntas y llegamos a tiempo, cuando ya la chica se había internado. Cuando llegué a la habitación vi a su madre un poco mal encarada, de mal humor. La señora iba de salida cuando ingresé a la habitación. Ángela es una joven de 19 años, estudiante de medicina de primer semestre, se dedica tiempo completo a la carrera. Es de estatura mediana, blanca, de cabello negro, de cejas bien pobladas, ojos oscuros, delgada. La secretaria me había dicho que sí tenía una nariz bien fea, pero en mi concepto su rostro era agradable, no veía nada que llamara la atención por poco usual o malformado. Su nariz me parecía totalmente normal y su rostro delicado y femenino. Desde los 15 años comenzó a notar que no le gustaba su nariz, quería mejorar este aspecto,

considerando que su nariz era muy parecida a la de su padre y ella pensaba que a su padre le quedaba bien, más a ella no. Su padre accedió a darle la operación, pero tendría que esperar a la mayoría de edad para realizarse el procedimiento. Ella es hija de un segundo matrimonio por parte del papá, con lo cual, su hermana le lleva 20 años. Esta hermana también se operó la nariz con el doctor muchos años atrás, por lo que ella no la recuerda cómo era antes.

Ángela dice que su nariz la siente muy ancha y la quisiera un poco más finita. Una de las cosas que ha animado es que una amiga suya también se realizó la cirugía con el doctor y piensa que le ha quedado muy bien. Otra de las herramientas que la ha motivado es el Internet, porque a partir de lo ha visto allí se ha creado la idea de que es una operación sencilla y que no implica mucho dolor.

...pues nada que es una de las cosas más sencillas, porque están todas las personas que se lo han hecho y ponen sus blogs de cómo les fue. Es una cosa de nada y que si tienes eso en la mente pues sácatelo, porque en lo que va, no vas a sufrir, no vas a tener tanto dolor. Es sólo un retoque. No es algo tan mayor.

La operación de la nariz, la ve como un retoque, algo menor, que no implica ni mucho dolor, ni sufrimiento, una suerte de operación de rutina. No tiene alguna expectativa de querer cambiar algo de su vida o de su personalidad, más allá de mejorar su aspecto, aunque considera que el rostro es una carta de presentación, por lo que cree que mejoraría en alguna medida sus relaciones sociales. Sus padres estuvieron de acuerdo en la operación aunque trataron que pasara un poco más de tiempo, esperando que se desarrollara totalmente.

Sandra



(Fotografía tomada de Facebook y modificada digitalmente, marzo, 2011)

Sandra es una amiga de Raquel y al mismo tiempo amiga del doctor Miguel Ángel. La primera referencia que recibí de ella fue a través de Raquel, quien decía que ella se había realizado varios procedimientos estéticos en la nariz, más tarde el doctor me dio su teléfono ya que, en un momento que yo estaba en su oficina, él se encontraba chateando con ella a través del Messenger. Sandra se mostró diligente conmigo y me atendió lo más pronto que pudo a pesar de sus múltiples ocupaciones. Sandra es una joven médica general, de 26 años, soltera, vive con un hermano. Ella está a cargo de una clínica privada y recién se graduó hace unos 4 meses. Es una mujer de estatura mediana, una figura esbelta, morena, cabello no muy largo de postura muy erguida, tenía su cabello con iluminaciones rojas y rubias, llevaba lentes de contacto de color verde, su maquillaje era suave, pero aparentaba más edad de la que tenía. A diferencia de la mayoría de interlocutores con experiencia de cirugía plástica, esta vez sí noté que su nariz era operada, claramente tenía unos orificios

demasiado pequeños y hasta parecían poco funcionales. De todas formas su piel era gruesa y no lograba ser una nariz fina, como comúnmente suele ser la intención. Al preguntarle por su vida sentimental ella me responde: “complicado” y prefiere no dar más detalles.

El sitio de encuentro fue un café, cuando llegué al lugar de la cita, ella se tomaba un vaso de agua, viendo su computadora. Había llegado unos minutos antes, le ofrecí que si se quería tomar un café o bien algo equivalente a una comida, porque era la hora de la comida, me dijo que no quería, tampoco quería nada de comer, porque ella se cuidaba mucho y no le gustaban ni las carnes frías, ni el pan, ni tomaba café y mucho menos consumía azúcar. Dice que solo come ensalada con pollo o pescado, muchas veces no cena, pero si desayuna abundantemente. Yo en cambio pedí una malteada de chocolate, de modo que ella miraba mi malteada y a mi, de manera que yo interpretaba un gesto de desaprobación moral. De inmediato, pude interpretar que su estricta disciplina para cuidar la figura estaba bastante internalizada de modo que se trataba de una actitud que mantenía en todos los momentos de su vida, cuidando de manera atenta, no ir a caer en la “tentación” de un helado, un café o un sándwich.

...lo que pasa es que el desayuno si lo hago bastante fuerte, ya la comida un poco menos, la comida a veces las hago y a veces no las hago, porque mi cuerpo es muy con tendencia a caderas anchas, pompas, piernas y si no me cuido, ¡no olvidate! Aunque nunca... o sea, tiendo a engordar, pero engordo parejo, entonces nunca me veo tan... con sobrepeso. Pero, yo si me veo y me siento, me veo y me siento y me pongo a dieta (Sandra, 26 años).

Según este relato, su dieta era permanente. Ella se sentía con sobrepeso, pero yo veía que su cuerpo lucía muy esbelto, con contornos muy llamativos, de modo que en el sitio donde estábamos no dejaba de atraer las miradas. Sin embargo, en este momento se encontraba a dieta. Además su manera de hablarme durante la entrevista me hizo entender que ella se consideraba una guía para mí, un consejo autorizado, un ejemplo a seguir en esta materia de cuidar la figura. En varias ocasiones la noté respondiendo las preguntas como dando una instrucción o un consejo. Tal vez se sentía dentro de una consulta médica. Comenzó comentándome su primer procedimiento que se realizó estando en la licenciatura.

...sí, cuando conocí al Dr. Mariano, perdón el doctor Miguel Ángel, este... por antecedentes de la doctora Raquel, me gustó, incluso la acompañé a una cita médica, ella y yo hemos sido amigas como desde los nueve años hasta la fecha, desde el segundo grado de primaria. Nos hemos conocido de toda la vida. Entonces me permite acompañarla, la acompaño, está hablando del procedimiento que le va hacer y el Dr. Mario, no se si todos los cirujanos plásticos sean igual, pero el Dr. Mario, me dice oye, esto lo otro y tú como toda mujer que te gusta o que te gustaría verte bien y así, aceptas. Y este... entonces tuve la oportunidad de realizarme un procedimiento, fue una Lipoescultura facial (Sandra, 26 años).

Ella siempre había estado inconforme con su nariz y al ver el primer procedimiento de lipoescultura facial que se había hecho su amiga decidió a acompañarla para una segunda ocasión. Allí se encuentra que el doctor Miguel Ángel quien le propone realizarle un procedimiento a ella y acepta de buen gusto. Sandra considera que a toda mujer le gustaría verse como luciría luego de un procedimiento estético. Y es así que ella accede a realizarse una lipoescultura facial.

N: entonces ya conocías el trabajo de él y eso te motivó. ¿Pero tu ya habías pensando hacerte un procedimiento antes?

S: sí, sí, sí, sí, sí, porque este... no me gustaban eh... lo primero que no me gustaba era mi nariz, no me gustaba, la segundo era que mis labios estaban disparejos, el labio inferior estaba mucho más delgado que el superior, no me gustaba. (Sandra, 26 años).

Sandra acepta abiertamente que no le gustaba su nariz, para su juicio estaba muy ancha. Y tampoco le gustaban sus labios, porque los consideraba con las proporciones inadecuadas. Se dispone a mostrarme una foto que traía como fondo de pantalla de su computador. Estaba ella con varios integrantes de su familia en una toma de cuerpo entero, su cara parecía mucho más infantil que la actual, su ropa y su postura eran diferentes. De igual modo, su rostro era bastante diferente y su figura en general. Sus pómulos no eran tan marcados y no tenía mucho mentón, sus labios se veían muy delgados y su nariz tenía una apariencia natural y proporcionada, la forma de su rostro era más bien redonda y ahora su rostro se veía alargado. Yo veía que era una chica no tan esbelta, pero no era gorda. Ella prefirió llamarle sobrepeso. De todas formas, las proporciones de su cuerpo, eran bastante diferentes. No tenía una cintura pequeña, y más bien su cuerpo no tenía muchas curvas, lo que ahora era totalmente diferente. Su cambio me había sorprendido, en su fotografía se veía como una niña y ahora la veía más grande que yo, a pesar de ser menor.

4.4 Lo que no me gustaba era ser niño



En uno de los momentos muertos del campo, un profesor me escribió para preguntarme cómo iba, le comenté con frustración la serie de inconvenientes que atravesaba y me mandó un teléfono. Se trataba de una chica antropóloga que había egresado de la maestría en antropología médica. Nos encontramos una tarde en un restaurante y le conté de mi proyecto. Ella me dio varias opciones, entre las cuales exploré con decisión una de ellas. CIFAM, es una ONG que trabaja con el tema de la diversidad sexual, prevención de prácticas sexuales riesgosas entre población joven, gay, lesbianas y transgénero. Ella había trabajado con esta organización y podría contactarme con el director. Efectivamente así sucedió, fui para comentarle mi proyecto y de igual modo me planteo ciertos acuerdos, entre los cuales, uno de ellos era realizar un taller sobre mi tema en un encuentro de población TTT. El encuentro tendría como finalidad definir estrategias de prevención y atención a la salud sexual y tendría lugar en un centro recreativo en las afueras de la ciudad durante dos días. Yo acepté encantada.

Diseñé un taller que tenía varios elementos en los que se podría revelar el aspecto ideológico de la belleza y de alguna manera se realizaría una crítica de esta. Esto sería bastante revolucionario en este contexto. Mi intención era que a partir de este encuentro tuviera la oportunidad de seleccionar alguna interlocutora que tuviera algún deseo o se hubiera realizado una cirugía plástica. Cuando llegué al lugar de encuentro me di cuenta que iba a ser una experiencia interesante. Nunca había estado cercana de la población TTT. Eran para mí personas de otros mundos, de otras realidades que siempre habían estado lejanas. Solo los veía a través de la ventanilla del bus que iba para mi universidad durante el pregrado, al pasar por “un barrio de tolerancia.” De todas formas, eran encuentros efímeros, esporádicos y hasta inusuales. Ellas parecían salir solo de noche y estar en lugares exclusivos. La primera

mujer transexual con la que me topé este día vestía una ropa que lograba hacer más femenino su cuerpo, en el sentido que daba volumen a lugares en los que no había. A pesar de todo, se notaba extraño su atuendo ya que se trataba de una moda que no veía desde los ochentas. Se encontraba hablando por celular con una voz, medio ronca, imitando una femenina. Con mucha imponentia usaba unos zapatos de plataformas altas. Yo misma no me sentiría segura montada en algo así. En principio, me llamó la atención sus ropas, su estilo, su mirada, sus ademanes. Entendí que la intención era tratar de imitar de manera fiel, de acuerdo con sus posibilidades, a una mujer. Pero pareciera que la vida de muchas de las que allí me encontré girara en torno a ello. La mayoría habían sido prostitutas o lo eran, las que ya no, se dedicaban en buena parte a las estéticas, pero también al diseño de modas y negocios propios. De cualquier manera, las actividades económicas a las que la mayoría se dedicaba no eran especialmente redituables. Entré a la sala y me encontré con varias chicas transgénero, unas de ellas, gritando por el balcón, haciendo alusión a los maridos de las otras y otras frases con contenido sexual. En principio, pensaba que iba a ser una charla ocasional, del que todos nos reíamos en un momento, pero luego me fui enterando que no solo de que era un tema recurrente, sino principal y casi exclusivo. Me presentaron dos veces, ante el grupo, de las cuales muchas se grabaron que era “arqueóloga” y me decían que “ellas eran joyas que yo iba a estudiar.” En la entrada del camión al centro comencé a enterarme de otros chistes y frases que iban siendo también recurrentes. Estos hacían alusión a que ellas eran unas “divas” o unas “estrellas”. Comentarios como esos no faltaron en cada oportunidad. Siempre intentaban ser graciosas con estos temas y con los temas sexuales. Cuestiones que llegaron a saturar mi apertura inicial, hasta sentirme totalmente sofocada. Ya no quería escuchar una palabra más con contenido sexual. Por otro lado, cada que miraban un hombre, se fijaban en sus genitales y otros aspectos de su cuerpo, que ni yo, ni las mujeres con las que me he relacionado solemos hacerlo, realmente les importaba mucho el aspecto físico, en estos momentos pensaba que más que mujeres por opción, eran hombres con un atuendo femenino y orientación homosexual. Pensaban el 99% del tiempo en sexo y lo asociaban al aspecto físico, como cualquier hombre

ordinario que yo conociera. ¿Cuál era la idea de mujer que tenían? ¿Qué mujer querían ser?

Cuando se dispuso la organización del evento, me di cuenta de que todo estaba preparado para que yo comenzara rápido con mi parte. Durante el taller noté algo importante: hubo consenso en considerar el aspecto físico que estereotipaban indígena como feo, una de ellas incluso se sintió identificada en la foto de una indígena chamula y dijo que esta era fea, que se parecía a ella y que por eso no le gustaban sus cachetes. Una de ellas dijo “si es para imitar una mujer que sea para imitar lo bonito, no lo feo” lo cual me dio la impresión, junto con otras cosas que vi y escuché después, que para ellas lo “bonito” era lo más importante, sin importar de donde viniera estos paradigmas, incluso si se trataba del mismo discurso transfóbico que las asesinaba. El ideal de belleza que perseguían era este ideal de belleza hegemónico, que principalmente se asocia a los medios. Lo que se me hacía incoherente era que su propuesta política estuviera centrada en la aceptación de la diversidad sexual, pero al mismo tiempo estuvieran encarnando los valores estéticos de la sociedad de consumo donde la mujer es tratada como un objeto sexual, pero además un ideal monolítico que no tiene en cuenta la diversidad. De esta manera, estaban siendo partícipes de una visión machista de la figura femenina adulando y realizando una apología casi teatral con sus propias vidas. La feminidad se pone en escenario en el que se representa a un personaje de manera caricaturesca, deformando y exagerando su forma real y principalmente tomando de éste estereotipo lo más inferiorizado, que a la vez es lo que resulta hegemónico y que revierte en la dominación femenina. Ellas eran entusiastas partícipes de ello como muchas otras mujeres biológicas. Pero en relación a la imagen del estereotipo masculino también hubo consenso sobre el ideal de belleza, muchas de ellas se ufanaban de haber tenido sexo con “machos” que físicamente hablando corresponden al estereotipo de belleza hegemónico: blancos, atléticos, altos, musculosos, y de rasgos caucásicos.

Me pareció que el hecho de que ya hubieran roto una barrera cultural muy fuerte al “salir del closet” o bien podría ser el hecho de realizar un oficio que es

reprobado socialmente, la prostitución, hacía que no tuvieran mucho cuidado con hablar sobre lo que era “políticamente correcto”, en especial de aquellas chicas transgénero que ejercían este oficio... una de ellas al ver unos chiquillos que yo les pondría entre 7 y 10 años de edad que se encontraban en una esquina, exclamó con interés obsceno y dejando su mirada fija en ellos: “¡mira todos esos chavitos!” Otra chica transgénero me comentaba con orgullo sobre su relación estable, de diez años, que tenía con su “marido”, un hombre casado de 23 años que la visitaba en la noche y en la mañana unos cuantos minutos al día y luego se iba para su casa con su mujer y sus hijos. Otra de las chicas transgénero que escuchaba nos dice, “¡por lo menos es casado! porque ya sabes que sólo estará con ella y no más...” de inmediato pensé en lo dramático de su situación en cuestión de relaciones de pareja, ya que lo que consideraban una aspiración mayor era tener un hombre casado como pareja, que solo les brinda unos minutos al día, que se reducen prácticamente a una relación sexual y que no tienen un proyecto de vida como pareja. Pero la otra cuestión que me impresionó es que varias de las chicas con las que hablé no sentían indignación alguna al saber que una mujer estaba siendo engañada por su marido al sostener una relación clandestina con alguna de ellas. Lo consideraban más bien, incluso, como un orgullo. Ellas tenían algo que las mujeres de verdad no tenían y esto se refería a un aspecto de su apariencia física.

Ese tipo de adecuación a la transgresión de normas culturales las hacía, de una manera u otra, buenas interlocutores. No hubo dificultad para que una de ellas confesara haber sido violada y víctima de violencia e intimidación por una de sus parejas y asimismo se consideraba muy orgullosa de haberle sido infiel a su pareja, que a su vez consideraba sumamente fiel. Además decía, como si se tratara de su mayor orgullo: “yo le quite el hombre a una mujer, porque yo estaba mejor que ella.” Se jactaba de su cuerpo y su capacidad de atracción sexual.

La misma noción de poco pudor de la que me había percatado, me permitió presenciar la repetición de un video en celular de un hombre teniendo sexo con una de ellas. En principio vi varias de ellas viendo el video con atención, por lo que quise acercarme también, cuando noté de qué se trataba me alejé,

pensando que había roto alguna regla de cortesía y que había sido imprudente, irrespetando su privacidad. Sin embargo, recibí una mirada de uno de los capacitadores que prácticamente me obligó a regresar. Lo que expresaba su mirada era una suerte de burla, creo que pensó que me había escandalizado. Mis gestos habían sido interpretados de una manera totalmente diferente, no se trataba de respeto en este momento donde otros valores eran los dominantes, entonces regresé donde proyectaban el video y me di cuenta que no existía por parte de ellas ninguna molestia. Más bien, la protagonista se divertía mostrando su video. La atracción era que el chico era prototípico “macho”, de cuerpo totalmente trabajado y de rostro de modelo. Era el hombre que cualquiera de ellas desearía, alto, blanco, delgado pero musculoso... en fin, un total prototipo físico hegemónico de masculinidad.

Se jactaban de haber practicado los actos sexuales más diversos, pero cuando se hablaba de tener sexo con mujeres escandalizaban, ya que lo consideraban casi como una perversión. De hecho, cuando el capacitador comentó que había chicas transgénero que tenían sexo con chicas biológicas, una de ellas preguntó si acaso estas personas no tendrían algún tipo de problema psicológico, al tiempo que las demás se asqueaban espantadas. Al parecer, este grupo de mujeres transgénero eran abiertas en cuanto a la diversidad sexual, solo en relación a sus propias prácticas.

Las expectativas más recurrentes de las chicas transgénero, en relación a lo que no querían que sucediera era “no pelearse” “que no hubiera envidias” parecía que la armonía siempre estaba frágil y de hecho un par de chicas se pelearon... no había razón aparente, sin embargo parecía que el asunto de la “envidia” era una constante que bien se sentía o se quería despertar a fin de ser más deseada y popular. La cantidad de imitaciones de artistas, y de emulaciones de “divas” la alusión a los reinados de belleza o al premio de la “chica libélula”, todo esto se agotó hasta el cansancio, la asimilación del mundo hegemónico “de las mujeres” a ultranza. La búsqueda de la fama como motivo principal, que demostraba a su vez una internalización de la “cultura del consumo” (Bauman, 2007).

Dentro de las chicas que estuve observando como potenciales interlocutores había dos. Solo había una chica transgénero que se había operado la nariz, pero era ya muy mayor. Sin embargo, había otras dos que habían expresado su deseo de realizarse esta operación. Ellas manifestaban que su nariz no les gustaba por una u otra razón. Y una de ellas llegó a preguntarle a la chica que se había hecho la cirugía todos los detalles sobre ella, cuanto le había costado, con quién, hace cuanto. Su nariz era evidentemente operada, pero a diferencia de varios pacientes, ella consideraba este rasgo como admirable. Finalmente escogí solo una de ellas, ya que la otra chica no vivía propiamente en Tuxtla Gutiérrez, sino en un municipio aledaño. Esta chica transgénero se hacía llamar Carla de León, tiene 21 años, estudió hasta la secundaria, de ahí en adelante se retiró para iniciar su transformación, sin ningún cuestionamiento por parte de sus cercanos. Actualmente es ama de casa, vive en unión libre con su pareja desde hace dos años y dos meses. Él es un joven mesero de una cenaduría. Carla, desde que recuerda, le llama la atención el mundo femenino: le gustaban los zapatos de su madre, su maquillaje, cómo se arreglaba, pero no jugaba a disfrazarse de su mamá, ni nada por el estilo. Solo hasta que descubre su orientación sexual se comienza a inquietar por el mundo transgénero: "...de chiquita, no te voy a decir que no me gustaban los niñitos, pero eso lo vine a pensar cuando tenía 13 o 14 años." A la edad de 15 años les contó a sus papás que quería comenzar la transformación, ellos en un principio se sintieron perturbados, le recomendaron ir a un psicólogo, pero una vez se dieron cuenta que esto lo quería con determinación decidieron aceptarlo. De ahí en adelante siempre la apoyaron y nunca la cuestionaron, para ella no fue un proceso traumático, ni difícil. De igual modo, no sintió discriminación por parte de los compañeros del colegio o de sus amigos cercanos, de los cuales tuvo igualmente apoyo.

A Carla le gustaba la manera en que las mujeres biológicas lograban seducir a los hombres, le gustaba también los comentarios que ellos hacían sobre las mujeres en relación a su cuerpo, la forma de vestirse, de sus modales y por eso decidió parecerse a una mujer. Le gustaba cuando los hombres decían: "Es que ella me gusta que equis cosas, por esto y por lo otro. ¡Eso me gustaba! no sé, me excita... me llama mucho la atención. Pues aparte de que

me gustaba mucho lo femenino, eso hacía que me gustara.” El proceso de seducción entre dos hombres no se le hacía tan atractivo como el que se daba entre un hombre y una mujer. A partir de esto es que siente un gran atractivo por el aspecto físico de una mujer, pero no porque le gusten las mujeres, sino para encarnarlo, entonces decide volcar casi todo su sentido de vida sobre este aspecto. Al preguntarle por las consecuencias positivas en relación a su transformación ella refiere asuntos relacionados con el aspecto físico.

...El concurso de la chica Libélula, el rostro Dorian Grate 2009, y la chica Top Model 2007. Me metí en el concurso de chica bicentenario, pero quedé en segundo lugar, y en el de Victoria Secret, quede en segundo lugar. Era mía prácticamente el primer lugar, pero la que ganó, amenazó con pegar a los patrocinadores, al que estaba organizando el evento. Igual en el de chica bicentenario habían dos jueces que no me llevaban. Y la presidenta de era una que de plano si no me lleva. Esas son las consecuencias positivas que te digo de mi cambio (Carla).

De acuerdo con lo expresado en una ocasión anterior, a ella no le importaba mucho su matrimonio, consideraba que probablemente ella conseguiría a alguien más, antes de que su marido lo hiciera. Tampoco tenía un proyecto a nivel económico, era un ama de casa y no quería, ni necesitaba, según ella, hacer algo más. Tampoco tenía un proyecto intelectual, de estudiar o terminar su preparatoria, aunque admite que le gustaría. Por ahora, su vida estaba totalmente centrada en mejorar su aspecto físico como mujer, en perder peso, en lucir bien, en participar en concursos de belleza. De hecho, recientemente sería el reinado de la chica libélula, -se trata de un reinado entre población TTT- en el que ella participaría. La admiración por su cuerpo, su forma de vestir, de caminar con tacones, de imitar modales femeninos es un halago que recibe con gran orgullo.

F: sí, sí, sí. Igual en los vecinos, las señoras a veces me preguntan que cómo te pintas o cómo puedes andar con esos tacones, equis cosas, y me siento bien cuando me preguntan esas cosas o me dicen: “te ves bien”.

N: ¿entonces eso te hace sentir bien, cuando te dicen esas cosas?

F: si, me hace sentir mejor como persona (Carla, 22 años).

Sentirse bien como persona cuando le hacen cumplidos sobre la adecuación de su apariencia y sus modales, a aquellos femeninos, implica que sus expectativas a nivel personal están guiadas a partir de tales parámetros, los deseos, los anhelos, los proyectos, las ambiciones de Carla están focalizados en estos aspectos, dentro de los cuales ha considerado, realizarse una cirugía

plástica de la nariz. Para ella, no es un imperativo que quisiera hacérselo ahora, ni siente que su autoestima esté disminuida por ello, solo cree que se vería mejor si tuviera una nariz con los orificios nasales más estrechos y más recta. “Igual y no está grande, sino que siento que los orificios nasales son muy anchas o yo no se. Me gustaría tenerlos un poco más cerrados, un poco más chiquita... y más recta.” De todas formas, su economía no le permite acceder a este tipo de tratamientos costosos y cree que las alternativas que ha escuchado de parte de sus compañeras para hacerlo menos costoso, como el uso aceites u otros productos caseros, no le parecen opciones seguras, por lo cual no lo haría en ninguna parte de su cuerpo. A pesar de esto, Carla ha incorporado prácticas en su vida que se pueden catalogar como poco saludables. Comenta que por su búsqueda de parecer una mujer ha dejado de comer de manera sistemática, de modo que, midiendo aproximadamente un 1.60 cm. de estatura, llegó a pesar hasta 42 kilos, mientras que ahora se mantiene en 66- 67 kilos más o menos. Esto demuestra que si bien el nivel de información que tiene sobre los cambios estéticos es mayor que muchos de las chicas transgénero con las que compartió en el encuentro, no logra ser suficiente para tener prácticas saludables. Del mismo modo, demuestra desconocimiento por los riesgos que conllevan las cirugías estéticas.

Consideraciones finales

En relación a las motivaciones de los pacientes encontramos que la mayoría de ellos busca una apariencia más “fina” de su nariz haciendo alusión a una nariz más recta, sin giba, menos ancha, con la punta proyectada hacia el frente y pequeña. Es decir, lo que concuerda con los ideales hegemónicos de belleza que se sustentan en una valoración de lo que se considera desde la cirugía plástica como caucásico. También es importante notar que existe una tendencia de los interlocutores a ocultar la información de modo que podemos identificar claramente un grupo de pacientes sinceros, en relación a las percepciones sobre su aspecto físico y otro grupo de cínicos (Goffman, 2006a). De este modo y a pesar de que los procedimientos se plantean todos muy diferentes, hemos encontrado ciertas tipologías que contribuyen a entender las tendencias del manejo de la información de los pacientes de acuerdo con la imagen que quieren proyectar y evitar de esta manera caer en descrédito. De

esta manera, surgen entonces, los rubros que hacen alusión a las motivaciones aducidas: Es que me golpee la nariz, yo no tenía una insatisfacción, lo que no me gustaba era mi nariz y lo que no me gustaba era ser niño. De los dos primeros grupos existe la posibilidad de que se haya controlado la información, de modo que la motivación inicial logre ser coherente con una imagen no desacreditada para ellos mismos y para los demás. El tercer grupo plantea, de manera sincera y abierta, una autopercepción de insatisfacción con la nariz que llevó a considerar la transformación estética como salida. El último rubro hace alusión a una mujer transexual, lo cual nos permite retomar la discusión de la identidad de género y la importancia del aspecto físico y de la belleza femenina en ello. Esta potencial paciente centra su vida en mejorar en su aspecto físico, ya que esa es la idea que tiene de la identidad femenina, con lo cual se puede decir que es una visión bastante monolítica de esta y también de esta manera se plantea una concepción del cuerpo femenino como objeto sexual lo cual revierte en una ideología de dominación masculina sobre la mujer.

CAPITULO V EL PASE

Para entender el proceso de transformación de un individuo, Gilman (2001) propone el concepto de *pase* para hacer referencia al objetivo de la cirugía cosmética de cambiar el aspecto de un individuo. De este modo, el *pase* se presenta como un elemento articulador que se encuentra en el centro de dos grupos de representaciones y percepciones que los actores tienen sobre el aspecto físico que se modifica o se quiere modificar: el primer grupo es aquel al que el paciente considera pertenece o perteneció previamente del *pase*, es decir el *antes* y el segundo grupo es aquel al que el paciente espera pertenecer, o considera pertenecer, una vez cambiados los aspectos físicos, es decir, el *después*. Generalmente, la primera categoría suele ser definida en términos negativos, mientras que la segunda lo es en términos positivos. Cada paciente vierte determinados contenidos a estas categorías de acuerdo con sus insatisfacciones y sus deseos e ideales corporales, donde se ponen en juego categorías socialmente construidas de inclusión y exclusión del grupo al que se desea pertenecer. Gilman (2001) propone que estas categorías se componen de los significados relativos al género, la clase y la raza que los pacientes y doctores tienen. En estos dos grupos (*antes* y *después*) están contenidos características de mismidad y de otredad, sobre el valor propio y el valor ajeno, donde se ubica una ideología, según la cual, la persona puede convertirse en alguien mejor o peor a partir de este evento del cambio cosmético. Para el que no ha experimentado la cirugía cosmética, la satisfacción promete existir cruzando una barrera que separa un grupo de otro. Estos ideales del cuerpo a los que se quiere llegar suelen partir del supuesto de su condición natural, es decir que se consideran como rubros de la naturaleza y no como un constructo social. Este autor propone que las valoraciones de las cualidades del cuerpo son una creación arbitraria de demarcaciones entre la realidad percibida por el paciente y el cirujano sobre el cuerpo del paciente y el ideal al que quiere pertenecer¹⁸. Si bien se trata de una creación que pudiera ser otra, y es en este sentido que entiendo el carácter de arbitrario, es necesario aclarar

¹⁸ Este aspecto será considerado en este trabajo como la ideología de belleza del cuerpo.

que el autor plantea un enfoque histórico donde rescata como han ido cambiando las nociones a partir de los espacios y lugares diferenciados. La transformación cosmética puede ser una manera para el paciente *pase* a ser miembro de un grupo deseado y de esta manera realizar un movimiento para convertirse en uno más dentro de éste. El cirujano cosmético, es el operador de tal proceso y el paciente el sujeto en el que opera el cambio (Gilman, 2001:21-26). En este trabajo usaremos los conceptos de *antes* para hacer referencia a lo que se quiere lograr, donde aparece la imaginación sobre cómo será el rostro luego de la transformación. Mientras que *el después* será entendido como el resultado que el paciente ha logrado, mientras que el *pase* será el concepto articulador de estos dos momentos.

5.1 El papel del médico durante el *pase* y la eficacia simbólica

El *pase* también puede ser entendido como el rito mediante el cual se ejerce la eficacia simbólica en la relación médico-paciente, en la que se crea un simulacro que permite cambiar la psique de las personas:

“The attempt to alter the inalterable, to change the psyche of the individual by changing his or her physiognomy meant creating a simulacrum of human being rather than a “new person.” But of course, those wanting to pass had to believe that changing the exterior also changed the inner reality or at least that society would accept the external appearance as a true indication of the internal reality” (Gilman, 2001, 25).

En concordancia con lo anterior Le Bretón (2010: 213-214) apunta que “El rasgo a modificar es la metonimia de los problemas que tiene el individuo en su relación con el mundo... opera primero en el imaginario, y sobre todo, hace eco en el sentimiento de identidad. Tiene una incidencia inmediata en la relación del actor con el mundo.” De este modo, consideramos central el papel de la eficacia simbólica para revertir en una estimación positiva del paciente. Dicha eficacia simbólica es entendida en este trabajo desde dos referentes. El primero, parte de la definición de Levi-Strauss, quien es el que acuña este concepto. El autor lo usa para interpretar la terapéutica de un chamán cuna en un parto difícil al cual compara con un proceso terapéutico de psicoanálisis. En este caso, yo compararé tanto al chamán cuna y el psicoterapeuta con el

cirujano cosmético. Según mi lectura del autor, la *eficacia simbólica* consistiría en la propiedad inductora que poseerían los mitos (o bien relatos individuales que otorgan sentido, al que el autor les encuentra una homología estructural) y con los cuales se pueden construir en distintos niveles estructurales del individuo ya sean procesos orgánicos, psiquismo inconciente y pensamiento reflexivo. En el caso de la cura del chamán el autor alude al mito como el agente de la eficacia simbólica, mientras que en el caso el psicoanálisis habla de un mito individual, o bien un relato que otorga sentido y que es construido a partir de hechos biográficos del individuo.

El mito permite vivir de manera ordenada e inteligible una experiencia actual que sin ello sería anárquica e inefable. La parturienta adquiere, en la medida que avanza el relato mítico, una experiencia específica en la que se reactualizan los conflictos en un orden y en un plano psíquico que permiten un desenvolvimiento favorable en el orden fisiológico para concluir el parto. En el caso de la cura de la esquizofrenia, el psicoanalista cumple con las operaciones concretas, “verdaderos ritos que atraviesan la pantalla de la conciencia sin encontrar obstáculo para aportar directamente su mensaje al inconciente” (Levi-Strauss. 1995:181) y de esta manera el enfermo produce su mito.

En el caso de la cirugía cosmética, el paciente llega porque siente una inconformidad con su rostro. El cirujano tiene el poder curativo a partir de varios elementos, pero me centraré primero en caracterizar dos de ellos: uno es el “relato de sentido” o “mito” que en este caso, será el ideal hegemónico de la belleza y que coincide con aspectos cruciales de lo que el paciente cree que debe de cambiar en su rostro. Y el segundo elemento es el proceso quirúrgico como tal, en el que se ejecutan acciones para terminar de realizar el simulacro que repercutirá en su realidad interior, que aquí entenderemos como el rito. En este sentido, el cirujano cosmético se encuentra a medio camino entre chamán y psicoanalista, ya que no solamente ejecuta acciones físicas concretas como el psicoanalista, sino que también todo está ordenado a manera de rito donde a su vez el médico proporciona un “relato de sentido”, en este caso, el ideal hegemónico de la belleza física. Desde el momento que el paciente llega a la

consulta el relato de sentido se está reafirmando y así durante todo el *pase*. El médico transforma el rostro de acuerdo con el ideal hegemónico de belleza y de este modo, contribuye a que el paciente se repositone de acuerdo con la transformación de su propia imagen, en relación a ese relato, pero además, permite que supere conflictos y resistencias que no han permitido alguna fluidez de su personalidad. El efecto deseado es que el *pase*, que es agenciado por el cirujano cosmético, tenga eco en el inconciente de la persona. En resumen, la ideología de la belleza, sumada la operación que realiza el doctor, es decir, el rito, se configuran como las baterías simbólicas que propician la superación de la disfunción emocional del individuo a través de la organización de la autoimagen del paciente acorde con el ideal hegemónico de belleza.¹⁹

El segundo sentido en el cual entiendo la eficacia simbólica se sustenta en los desarrollos teóricos que se han dado en la antropología médica a partir de este concepto, donde se expone un énfasis, mayor que el dado por Levi-Strauss, sobre los consensos específicos de cada sociedad, sobre lo la disfunción y sobre el papel y la imagen del médico. Esta propuesta diversifica los elementos que en una sociedad tradicional tienen que ver con el mito, proponiendo una nueva equivalencia al respecto con los siguientes elementos: “1) La reproducción de una ideología hegemónica. 2) La doctrina de la neutralidad científica. 3) La relación terapéutica de tipo jerárquico 4) el etiquetaje y la estigmatización” (Martínez, 1992,63:64).²⁰

5.1.1 La reproducción de una ideología hegemónica

El modelo explicativo del cirujano cosmético sobre las causas, los síntomas y los tratamientos adecuados concuerda con lo que ha planteado Gilman (2001) como un punto central del *pase* y a partir de lo que hemos realizado el precedente análisis:

¹⁹ Como presentaré en el capítulo “Cirujanos”, considero que para que ello sea más efectivo se debe de llevar a cabo el convencimiento del paciente de que los “resultados perfectos no existen” de modo que el paciente esté satisfecho con lo que tenga. Esto sería una suerte de adecuación del relato de sentido.

²⁰ En este capítulo desarrollaré los dos primeros numerales, mientras que el tercero y el cuarto se desarrollarán en el capítulo de los cirujanos.

...las personas vienen acá porque buscan una mejoría en su aspecto físico, al tener una mejor imagen de sí mismos sube su autoestima... Una persona con un mejor autoconcepto se va a tratar a sí mismo con un mayor amor propio, una mayor aceptación. De inicio, al entenderse mejor con sí mismo, se relaciona mejor con las personas. Al relacionarse mejor con las demás personas, les va a dar un mejor trato. Y esto se le va devolver, las demás personas la van a tratar de mejor manera, no solamente porque su aspecto sea un aspecto más deseable para las personas, sino porque su conducta es una conducta mejor para los demás.
(Doctor Miguel Ángel)

El doctor sugiere que la cirugía cosmética se motiva desde una apreciación positiva: “busca una mejoría”, lo cual resulta ser un acento mucho más neutral y menos conflictivo que aludir a una “inconformidad”. Una vez el rostro ha mejorado a partir de la cirugía cosmética, el paciente mejora la aceptación de sí mismo, al relacionarse mejor consigo mismo, se relaciona mejor con los demás y los demás lo tratan mejor. Y él mejora su conducta. Este modelo implica una discriminación positiva frente al proceso quirúrgico como el más adecuado para ajustar la aceptación de la autoimagen por parte del paciente. Desde la antropología médica esto se entiende como una postura ideológica, ya que la cirugía es estética se atribuye ella misma una exclusividad del tratamiento. A este respecto el cirujano cosmético plantea:

N: ¿entonces tú crees que la cirugía plástica aporta al bienestar emocional?

Dr.: sí, los cirujanos plásticos nos consideramos, nos consideramos ¿cómo es el dicho, no recuerdo bien? Pero nos consideramos psicólogos de cuerpos y almas. Porque vamos a cambiar el cuerpo y el alma de la persona, le vamos a proporcionar un bienestar a su psique, a su psicología a su concepto de autoimagen. Y una persona con una autoimagen mejor va a mejorar muchísimo... (Dr. Miguel Ángel).

De esta manera, cambiar el rostro para cambiar la psique, es la manera más expedita y privilegiada para solucionar una inconformidad con el rostro. Que ni siquiera se entiende como inconformidad, sino como una ambición de ser mejor. Es así, que se anulan las posibilidades terapéuticas de aceptación de la propia imagen asociadas a un tratamiento psicológico y desde las cuales se pueda poner en cuestión tal modelo de belleza. En este sentido, el psicólogo no es necesario.

Aunque en algunos casos es admitido con claridad por parte de los médicos que los pacientes tienen un problema de la aceptación de su propia imagen, que ellos tienen la capacidad de arreglar, en otros casos el cirujano va más allá

y han optado por normalizar este problema de aceptación y considerarlo como parte de lo que las personas sanas hacen cuando tienen ambiciones y una alta autoestima. El paciente que “busca una mejoría” no llega con un problema, llega con una ambición, por tanto el paciente no es una persona que tenga alguna disfunción de tipo psicológico *per se*, más bien, es una persona que quiere ser competitiva en la sociedad en la que está inserta. Se considera desde este punto de vista como normal y necesario que las personas se quieran ver de una determinada manera: jóvenes, delgadas, caucásicas y atléticas y que para ello acudan a los avances tecnológicos proporcionados por la cirugía estética.

...bueno, la gente busca la cirugía plástica, en mi opinión, como buscan las personas la mejoría en su vida, desde muchas perspectivas. Cuando están buscando hacer una maestría, para mí son cosas que caen en la misma intencionalidad de estar mejor, porque alguien que busca hacer una maestría está buscando mediante un esfuerzo que le va implicar tiempo, insatisfacciones, pérdidas, estar mejor. ¿Cómo estar mejor? Estar mejor porque va a mejorar su trabajo, va a mejorar sus ingresos y va a mejorar sus relaciones... su nivel de satisfacción...(Dr. Miguel Ángel)

El doctor se encuentra convencido que la búsqueda de mejoría por esta vía es una manera, no solo legítima, sino necesaria para ser una persona más competitiva e integral en la sociedad, al punto de compararlo con los procesos educativos. Para él, los sacrificios que hacen parte de un proceso formativo intelectual y/o técnico son comparables a los dolores físicos, el riesgo y los costos económicos que implican una cirugía estética, son dos situaciones del mismo orden. Tener una calificación mayor para un trabajo, conseguida a través de una formación de postgrado, tiene el mismo sentido que buscar una calificación mayor en la sociedad, a partir de la apariencia más aceptable de acuerdo con las reglas de la ideología de la belleza.

... te lo voy a poner en estos términos: hasta hace algunos años las maestrías eran raras. Entonces, cuando una persona quería hacer una maestría, luego de hacer una licenciatura, sobre todo, para hacer las cosas más evidentes, sobre todo si se trataba de una mujer, entonces le decían: “¿y para qué? ¿Qué es lo que estás buscando? ¿Qué quieres? Ya terminaste una carrera, eso es pérdida de tiempo, o sea, ¿Tanta es tu vanidad? ¿O qué no sabes trabajar? ¿O solo te quieres mantener en la escuela?” Y la gente no le encontraba el sentido a para que está haciendo una maestría, cuando ahora es tan evidente. Y ahora todo el mundo quiere tener una maestría o necesita tener una maestría. Igual la cirugía estética, para algunas personas es como cuando antes alguien quería hacer una maestría. “Y que te quieres mejorar, ¿Para qué? ¿Eso de que te va a servir? y yo no lo entiendo. Y no pueden entender para qué están buscando esa mejoría” (Dr. Miguel Ángel).

El procedimiento puede parecer estrafalario o excesivo para los ojos de algunos y más aún, si se trata de las mujeres, esto es así porque las personas no entienden el sentido de buscar una mejoría. El doctor, realiza una analogía entre una posición machista, que condenaba, especialmente a las mujeres por realizar estudios superiores de posgrado, con una parte de la sociedad actual que condena las cirugías plásticas. El doctor considera que un proceso de democratización que implica considerar la educación superior y de posgrado como un aspecto positivo de los logros individuales se puede considerar como equivalente al sentido que la cirugía estética tiene para las personas que acuden a ella y que lo que subyace en ambos casos es una ambición de ser una persona competitiva y destacada dentro de la sociedad. El doctor pierde de vista los componentes machistas en los que se enmarca la ideología de la belleza y por los cuales son principalmente las mujeres quienes acceden a ella.

.... cuando para los que estamos dentro, sabemos de esto, conocemos de esto, sabemos que la intención es la mejoría, ¿la mejoría en qué? El bienestar de la persona, la autoestima de la persona, una persona que tiene una mejor autoestima... va a poder relacionarse de muchísima mejor manera con los demás, la calidad de las relaciones con las personas que lo rodean mejoran, pero mejoran en una doble línea, mejoran porque él consigo mismo, o ella consigo misma están en mucho mejor armonía, con un grado mucho mayor de satisfacción, pero también mejoran porque la calificación que las otras personas le ponen es mejor (Dr. Miguel Ángel).

Aunque el doctor acepta que lo que se cambia es una realidad interna a partir del proceso quirúrgico en el que se logra que “ella o él mejoran consigo mismos”. El proceso de normalización es reforzado por la asunción de que realmente “la calificación que las otras personas le ponen es mejor.” Es decir, que no se trata de una realidad percibida por parte del paciente a estar en “mayor armonía consigo mismo” sino que el cambio que esta persona ha realizado es ampliamente aceptado por la sociedad, al punto que cada día será cada vez más aceptado y hasta promovido por su carácter necesario.

...Volviendo a lo de la educación, la gente califica mejor el que tiene una maestría o al que tiene un doctorado, que al que tiene nada más la preparatoria, sólo una carrera, va a calificar de una mejor manera a alguien que sabe que tiene una mayor calificación detrás y es más tolerante y más permisivo con ellos y con un trato muchas veces mejor. Esto no quiere decir que sea obligatorio, ni que sea siempre igual, lo mismo con alguien que tiene una mejor presentación física, una mejor carta de presentación, tenemos actitudes en los que les concedemos más cosas. Entonces es algo que viene pegado a relaciones humanas. Entonces ese

tipo de mejoría es la que buscan las personas. Que muchos no entendamos o no entiendan qué es lo que está buscando esa persona (Dr. Miguel Ángel).

En este sentido, las personas que buscan una mejoría están buscando una mejor calificación, una mejor presentación, buscan mayor tolerancia, mayor permisividad y un mejor trato de las personas. Es decir, lo que busca esta persona es un ascenso en una jerarquía imaginaria, en la que se encuentran las personas “bellas” a las que se les concede más cosas. Es decir, la belleza produce una admiración tal que es posible suspender los juicios acordes con la realidad de la persona para sublimarla.

En este sentido, la adecuación a la sociedad tiende a medicalizarse a través de la cirugía estética, ya que acudir a ella, se trata de una búsqueda de la presentación “adecuada” para la sociedad. Una buena presentación, que se refiere a una presentación agenciada por la cirugía plástica y trae como consecuencia mejores trabajos, mejores relaciones con las personas y concesiones de éstas. De esta manera, la cirugía plástica se convierte en un imperativo moral para las personas que quieran tener una vida exitosa. Amplía este tratamiento de la cirugía, no solo para las personas que tengan un problema de aceptación de su propio rostro, sino para cualquier persona que quiera triunfar en esta sociedad y así define los términos sobre los cuales se evalúa el hecho de “triunfar”. Se normaliza la inconformidad con la apariencia. Todos, en este sentido, deberíamos de ser proclives a compararnos con los ideales estéticos presentados en los medios de comunicación y a partir de allí buscar los aspectos que nos permitirían mejorar. Esta actitud, no sería una patología, se trata de una persona con ambiciones, una persona visionaria. Que la sociedad actual la cuestiona porque no entiende sus motivaciones, pero que en el futuro se entenderá, ya que cada vez hay más lugares donde se entiende así. De esta manera, no solo reproduce una ideología hegemónica en el sentido que considera la cirugía estética como el principal tratamiento para las personas que tienen problemas con su autoimagen, sino también reproduce la normalización de la inconformidad con el rostro en relación a la ideología hegemónica de la belleza y su salida a partir de la cirugía estética.

...Cada vez es más aprobado por las personas y esta situación que yo te mencionaba de personas que lo desaprobaban, va a terminar sucediendo como

sucedió con la educación, que ahora ante la necesidad todo el mundo ve, perfectamente normal, que alguien quiere hacer una maestría y un doctorado y ya no importa si es hombre o mujer, pero para nada. Está completamente justificado hacer una maestría y un doctorado, está completamente justificado, lo mismo está sucediendo con los cambios de cirugía plástica. En algunas culturas, en algunos niveles culturales sobre todo, nadie necesita justificar que se quiere hacer una cirugía plástica, es algo normal, *per se*, por sí mismo. Esto se está quedando atrás (Dr. Miguel Ángel).

De acuerdo con el doctor Miguel Ángel, la sociedad actual ubica a la persona inconforme con su apariencia física en el terreno de la enfermedad, porque no se acepta tal cual, pero no debería de ser así. Ante la necesidad, las personas van a terminar por aceptar, como sucedió con la educación, que es algo totalmente justificado. De hecho, esto ya está sucediendo en otros niveles culturales “más avanzados”. Es decir, que es una ideología relacionada con el progreso y la felicidad, lo que se relaciona con la belleza (Pedraza, 1999). Lo que encontramos de fondo frente a esta posición del cirujano es que se justifica el ideal de belleza hegemónico y que además se le da una importancia que implica que las personas centren sus vidas en aspectos estéticos y consideren que el valor propio sea correspondiente con la semejanza que encuentren estas con dicho ideal. Es decir, define cuales son las nuevas “necesidades” que deben de dar sentido a la vida de una persona en una sociedad avanzada. En esa misma medida, son aquellos valores y necesidades los que son más sanos para los individuos y los más razonables.

5.1.2 La doctrina de la neutralidad científica

La cirugía estética cada vez más se posiciona en esta sociedad como la principal autorizada para restablecer las inconformidades que se tienen con la propia imagen. Le sigue la medicina estética, que aunque menos avalada por la comunidad científica, gana terreno entre muchos consumidores. Cada vez se considera más común y rutinario realizarse procedimientos cosméticos sean estos invasivos o no. De este modo la cirugía estética y la medicina estética se consolidan dentro del mismo campo de la medicina y en la sociedad, como tal, como un discurso autorizado sobre la apariencia física.

La imagen que el médico tiene y lo que socialmente se espera de él, influye de manera decisiva para que este poder sanador del médico se incremente. En este sentido cuando nos encontramos en un consultorio de cirugía plástica, nos encontramos en un *escenario* donde esperamos encontrar un cirujano plástico, hombre, de mediana edad o bien entrado en años, bien vestido, de apariencia acorde con el ideal hegemónico de belleza, porte elegante, lenguaje prolífico, expresivo, seguro, protocolario, con conocimientos especializados, con diplomas que lo avalen para ejercer como cirujano plástico, cordial, respetuoso, pero al mismo tiempo un poco arrogante, inteligente y exitoso. También esperamos encontrar un lugar limpio donde la locación y el mobiliario denotan cierto poder y riqueza, asepsia, equipos médicos, tecnología, personal de apoyo capacitado, con apariencias acordes con el ideal de belleza que promueven, espacios adecuados para realizar los procedimientos quirúrgicos.

De los cirujanos estéticos también se espera que sean profesionales con un sentido de la ética, que consideren la vida como una prioridad, que se preocupen por minimizar los riesgos, que asesoren acertadamente en relación a los cambios estéticos que le convienen al paciente. De igual modo, la respetabilidad y aceptación de la cirugía y la medicina estética, por su parte, también reposa sobre el prestigio que posee la medicina en general y que se sustenta en su alta eficacia al resolver problemas relativos a la salud, pero también sobre el método científico y la imagen de neutralidad sobre el cual se edifica este saber y que se expresa a través de signos aparentemente neutrales de la *fachada* como un certificado de acreditación para ejercer la profesión, la bata blanca, el lenguaje para expresarse; elementos que pueden contribuir a que a nivel simbólico el paciente se permita una apertura para iniciar un tratamiento.

Cuando el doctor comienza a impresionar favorablemente a su paciente en cualquiera de sus aspectos, estas creencias positivas en relación a él y sobre todo aquellas que son más importantes, se van confirmando provisionalmente, aunque no esté aportando evidencias contundentes de las creencias del paciente, esta imagen que se proyecta positiva hacia el paciente va creando un ámbito de confianza, por medio de la cual, el paciente comienza su cura; se

siente que está en el lugar adecuado donde va a resolver los problemas que él tiene con su autoimagen. Comúnmente cuando un paciente llega a un consultorio de cirugía cosmética esto significa que ya ha tomado una decisión de hacerse un procedimiento, el indicador es que ha pagado una consulta que no es económica. El paciente llega con un malestar emocional que quiere corregir y supone que el cirujano cosmético tiene la habilidad para ello.

Sin embargo, este autor nos señala que no siempre encontramos una correspondencia entre *apariciencia*, *modales* y el *escenario*. Aún así, existe una tendencia de los actuantes a ofrecer a sus observadores una impresión que es idealizada de diferentes maneras y esta misma tendencia proviene del público quien demanda una determinada impresión idealizada (Goffman, 2006: 29-46). Es interesante notar que no todos los pacientes están atentos a todo aquello que se supone se debería de esperar de un cirujano plástico y las quejas más constantes de los cirujanos plásticos es que los pacientes no se fijan de una manera cuidadosa en lo que consideran más importante dentro de lo que configuran los avales o bien los elementos de la fachada de estos: el diploma que lo certifica como cirujano plástico.

N: ¿Te fijaste si la doctora tenía un respaldo?, ¿Si el lugar estaba vigilado por el sector salud?

J: De hecho, donde es, es en Polanco, una zona muy buena allá en México, el edificio era edificio de puros médicos, con consultorios independientes, y esta doctora donde estaba había tres médicos con ella, así con sus consultorios. Y ella en lo particular me parece que tenía mucho reconocimiento, muchos diplomas, pero si te soy sincero, nunca leí ni uno. Sí ví un consultorio muy moderno, en cuanto a equipo y todo. Pero no leí. Nada más sí leí que decía cirugía estética.
(José)

En este caso, este paciente consideró más importante el prestigio del sector donde se encontraba ubicado el consultorio, que este estuviera en una torre médica, que la médica estuviera acompañada de otros médicos. Los diplomas fueron importantes, sobre todo el número, pero no el contenido de estos. Bien pudieron ser diplomas de diplomados sobre medicina estética, que pueden realizarse por muchos médicos y que no indica que tengan aval para realizar cualquier procedimiento estético. Otros elementos importantes fueron los equipos, el aspecto moderno del consultorio y una leyenda que decía cirugía

estética, esto fue suficiente para que el paciente se sintiera confiado para poner su aspecto en manos de la médica.

5.2 El pase desde el paciente

El agenciamiento de la eficacia simbólica, como se entiende en este trabajo, se realiza a través del proceso quirúrgico como tal y para ello hacemos referencia al rito. En este sentido es cómo entendemos el *pase*. Habiendo esbozado al principio de este capítulo las características principales del concepto del *pase* según Gilman (2001), plantearé entonces que más que concepto teórico este puede ser usado como elemento estructurante de la descripción etnográfica. De esta manera, propondré utilizar el concepto de *pase* para hacer referencia a un espacio temporal donde se desarrollan ciertos eventos. Como se trata de un estudio etnográfico considero pertinente adaptar el concepto para plantear el desarrollo de la etnografía de manera que se encuentre acorde con los conceptos teóricos que guían la pesquisa. El evento marcador de este espacio temporal de lo que entendemos como el rito es la primera cita con el cirujano cosmético por parte del paciente. En esta cita, normalmente, el paciente plantea sus inconformidades y el cirujano cosmético realiza su papel de orientador y receptor de la información. Este momento se propone crucial, porque es aquí donde se toman decisiones sobre qué es conveniente operar y qué no, cuales son los resultados que el cirujano en cuestión le puede ofrecer partiendo de la fisionomía que tiene esta persona. Los ideales de belleza del cirujano se ponen de manifiesto y bien pueden ser asimilados y aceptados con pasividad por parte del paciente, o bien pueden ser negociados o propuestos por parte del paciente, siendo en todo caso, el criterio del médico acordado con el paciente, ya que de no ser así, el paciente buscaría otro cirujano cosmético. También se llega a un acuerdo sobre el costo del procedimiento y la fecha en la que se realizará. Normalmente, para el caso del doctor Miguel Ángel, la operación quirúrgica se realiza en los 15 días próximos, mientras el paciente se somete a exámenes prequirúrgicos que servirán como evaluación para el anesthesiólogo. El *pase* también comprenderá el internamiento en el hospital, es decir, los momentos previos al procedimiento quirúrgico en los que el paciente

se encuentra en compañía de sus familiares más cercanos en una habitación del hospital que se le es asignada y donde, dependiendo de la operación, pasará unas horas o una noche luego del procedimiento. De igual modo, incluye el procedimiento quirúrgico desde que el equipo médico se reúne y se prepara para la cirugía en el área de quirófano hasta finalizar el procedimiento. El *pase* finalizaría con las citas posteriores en el proceso de recuperación, cuando todavía no ha pasado la convalecencia del paciente y ésta acude con interés para ver cuanto tiempo más dejará de estar hinchada. El evento que marca el fin de esta etapa será cuando los hematomas y la hinchazón hayan bajado a tal punto que se comienzan a ver los resultados de la cirugía cosmética.

5.2.1 El riesgo

El *pase* tal vez sea el momento que genera más angustias para las personas que se someten a una transformación estética. Es aquí donde se define el resultado de la intervención, la ritualidad del evento, sumado la dimensión de los acontecimientos dotan al *pase* de una atmósfera tensionante, donde surgen sentimientos de ansiedad, arrepentimiento, angustia, temor, desconfianza en el médico, frustración, dolor físico y angustia emocional. Estas condiciones son el caldo de cultivo perfecto para aflorar sentimientos de inseguridad en el paciente. En la cirugía estética, en especial los riesgos nivel físico se refieren al tipo de cicatrización que se pueda tener, la posibilidad de infección, edema pulmonar, daño de nervios de la cara, parálisis, ceguera y la muerte. También existen riesgos a nivel psicológico que puede ir desde una inconformidad con la apariencia moderada, hasta una desestructuración de la personalidad de cuenta de la falta de identidad con el rostro intervenido. Este último riesgo es el que más hemos considerado en este trabajo, al ser del que más hemos encontrado información. Los riesgos físicos han sido considerados por los mismos pacientes como invisibles, por tanto no tienen un mayor efecto en la experiencia de inseguridad de éstos.

De acuerdo con Douglas (1996) el riesgo, no solo está asociado con la percepción del riesgo del individuo como ente psicológico sino también social.

Es decir, los grupos sociales tienden a seleccionar unos riesgos, mientras que ignoran otros estimulados por su entramado social. De este modo, se concluye que la interacción social privilegia parte de los riesgos, considerándolos más urgentes que otros o bien algunos invisibles y otros visibles. Los vacíos y las contradicciones en un sistema de pensamiento, son un marco que sostiene y propicia la consideración del riesgo. A pesar que para la medicina es perfectamente claro que la cirugía cosmética representa un riesgo para la vida y la estabilidad psicológica del individuo, el discurso de la cirugía estética argumenta que los riesgos se han disminuido con el avance de las especialidades médicas como la anestesiología y la cirugía estética y que los buenos profesionales están en la capacidad de evitar condiciones de riesgo que puedan afectar la salud física. Aún así, son conscientes de que cada situación es única e irrepetible y que al estar la persona en el quirófano pueden surgir situaciones de riesgo que ponen en peligro la vida del paciente. En cuanto a los riesgos psicológicos que tienen que ver con la falta de identidad del paciente con el rostro logrado, éstos no se encuentran explorados por parte de la cirugía estética, más bien, este es un riesgo invisible que la propia hegemonía del discurso médico esconde.

De este modo, los pacientes no tienen claridad sobre este tipo de riesgo, ya que no son expuestos plenamente, aunque dentro del sentido común del paciente se manifieste la duda en relación a lo que se pueda lograr con su aspecto. Esta inseguridad es experimentada durante todo el *pase* por el paciente y finaliza cuando ésta ha terminado

En relación con los riesgos físicos, éstos no se expresan con claridad por parte de los médicos y en algunos casos, solo se presenta la información en el consentimiento informado que estos deben de firmar y al que los pacientes dan poca importancia, ya que aparentemente no leen con atención, debido a que la mayoría no tienen una claridad al respecto de los riesgos de la operación, menos aún aquellos más graves. El riesgo sobre la muerte resulta no ser frecuentemente mencionada entre los pacientes entrevistados, de hecho, casi ninguno tuvo en cuenta este aspecto, por lo menos de manera manifiesta. Parecían no tener conocimiento al respecto, aunque también pudiera ser que

justamente el carácter de peligrosidad que encarnaba esta situación no les permitiera hablar de ello. En algunas ocasiones se prefirió no preguntar sobre el tema directamente, en la medida que los pacientes se encontraban justo en el proceso de transformación, lo cual podría repercutir negativamente con la paciente y el cirujano en cuestión. Finalmente, son los riesgos psicológicos parecen más importantes para los pacientes cuando ya han tomado la decisión de realizarse una cirugía estética.

En general, pudimos observar que tanto los pacientes más jóvenes tienden a minimizar o invisibilizar los riesgos mientras que las personas mayores, que hacen parte de su familia o amigos se encuentran más prevenidos y más concientes de la importancia de los riesgos, sobre todo físicos. No obstante, esto no significa que las posiciones frente al riesgo a lo largo de cada experiencia de los pacientes de cirugía cosmética sean uniformes. Es decir, la percepción del riesgo no es totalmente invisible dentro del proceso de la transformación estética para los pacientes más bien aparece y desaparece en ciertos momentos. Donde hemos visto que aparece con claridad es en el *pase*. Aunque parece efímero es importante para la comprensión del proceso por el que atraviesan los pacientes, en la medida que emergen una serie de contradicciones que vive el paciente y que solo son expresadas allí, cuando el peligro se hace evidente y donde el miedo debilita una postura de entereza que suele mostrarnos el paciente. La incertidumbre que emerge en el momento del *pase* permite poner en evidencia una serie de debilidades en la percepción del paciente sobre el médico; cuando el paciente duda del médico durante el proceso del *pase* cuestiona su moralidad y su ética en el sentido que éste no haya sido lo suficientemente honesto como para hablar con claridad sobre las dificultades para lograr los resultados esperados, además de la pericia del médico y su idoneidad para abordar los procedimientos cosméticos, de igual modo, duda de la comunidad que avala su función como cirujano plástico estético. De trasfondo queda el interés privado del cirujano para realizar el procedimiento y la posibilidad de que la ganancia económica sea el máximo y el único motor para que el paciente haya recibido una información engañosa por parte de él.

El riesgo que se vive y que se manifiesta en el pase tiene que ver con los resultados que el paciente espera tener y que duda, en un momento dado, pueda tenerlos, de modo que está latente la posibilidad de una no identificación con el rasgo que se está modificando.

5.2.2 Sala de espera

Gran parte del tiempo estuve en la sala de espera, donde para algunos pasé desapercibida en un principio. Aunque la sala es pequeña, unos me ubicaron inicialmente como una paciente más, otros me ubicaron como una pariente o amiga cercana del doctor, mientras otros me ubicaron como parte del personal que trabajaba en el consultorio, ya que bien me encontraba trabajando en el archivo o bien me encontraba ubicada en el escritorio de la secretaria. Esto me permitió la posibilidad de ser percibida, por lo menos en principio, como una aliada en el proceso de transformación estética.

Normalmente, la sala de espera se torna un lugar aburrido, donde las personas pocas veces suelen intercambiar palabras. La secretaria suele prender un televisor pequeño de pantalla plasma, que tiene un defecto en la pantalla, al parecer producto de un golpe. Los sillones están pegados unos con otros mirando hacia el escritorio de la secretaria. Debido a que el sonido predominante es el de la novela de la noche, la gente suele ver con atención la televisión o bien platicar en voz baja, casi exclusivamente con la persona que es su acompañante. El hecho de estar allí parece que hiciera sentir a los pacientes un derecho sobre una privacidad que no puede ser violada. Las veces que pregunté a algunas pacientes por el procedimiento que se realizarían no se me respondía de una forma muy amable, supongo, que eso se debía en parte, a que las demás personas podrían escuchar qué era de lo que se estaba hablando y esto iba a revelar el complejo en relación a la apariencia por el cual esta persona se encontraba visitando al doctor. Dicho complejo suele ser objeto de una privacidad muy profunda. Nadie quiere que sepan su complejo, menos aún si se trata de asumirlo en público. Más aún teniendo en cuenta que la sala de espera es un lugar muy pequeño y todos los pacientes se encuentran allí amontonados, silenciosos y casi exclusivamente

viendo la televisión o hablando en un volumen muy bajo con su acompañante. Allí mismo se comienza a notar la ansiedad. El doctor Miguel Ángel suele llegar una hora tarde de la primera cita que ha dispuesto, por lo cual, todas las demás citas se retrasan entre 30 minutos y una hora. Solo en el caso de una sola paciente pude ver cómo hablaba con soltura en la sala de espera, pero en este caso, la sala estaba casi vacía; solo estaba ella, la secretaria y yo.

5.2.3 Consulta

En el caso de la consulta solo asistí a una parte de una consulta. Esto fue porque el doctor dispuso que yo me quedara en el consultorio mientras estaba la paciente requiriendo preguntar algo de nuevo. La paciente quería plantear de nuevo el precio de la cirugía, ya que la secretaria le había expresado que podría llegar a ser más caro de lo que estaba pensando y ella no estaba dispuesta a pagar más. Además sentía que le cobrarían más que a una amiga suya, que estaba ese mismo día en cirugía, con lo cual no estaba de acuerdo. El doctor se comportó en este momento más como un vendedor que como un médico. Le explicó los “beneficios” que iba a tener, que cada operación era diferente, además ella tendría un par de intervenciones más que su amiga, lo que justificaba el precio. La paciente escucha atenta y asiente a sus argumentos. El doctor plantea una nueva forma de pagar. La paciente queda tranquila y accede a pagar un poco más de lo previsto en la forma que él le ha propuesto. La discusión se tardaría unos 15 minutos y el doctor parece extenuado cuando ella se va. Fue un momento tensionante. Él me dice que de no haber manejado esta situación con seguridad, lo más probable es que hubiera perdido la paciente. En las demás citas no estuve presente y las descripciones que me hicieron de éstas las pacientes no fueron muy detalladas. Lo que queda claro es que la principal transacción que se realiza es la adecuación de los criterios de belleza de la paciente al del médico. Los pacientes suelen acceder de manera más o menos pasiva, ya que consideran que el médico tiene la mejor posición al respecto.

5.2.4 Internamiento

En el momento del internamiento los pacientes llegan a una habitación asignada por el hospital. Dentro de los requerimientos del hospital para internar a una persona está el hecho de ir acompañada por un pariente o persona cercana responsable. Esta medida se encuentra diseñada para el caso en que se complique el paciente, el acompañante pueda tomar decisiones respectivas. En esta habitación también el paciente recibirá la visita del médico de turno, es decir, el médico de guardia que se ocupa de vigilar los pacientes hospitalizados, le realiza algunas preguntas de acuerdo con un protocolo médico. El paciente es preparado por parte del personal de enfermería para el procedimiento quirúrgico, se desnuda, se pone la bata, se canaliza y se le pone suero. En el caso de tener algún maquillaje en el cuerpo se le es retirado, incluso en caso de tener las uñas pintadas. Si bien todo este proceso tiene una finalidad de asepsia y también para poder observar las señales del cuerpo durante el proceso quirúrgico, el paciente suele experimentar este proceso con angustia, porque cada acto se presenta como un elemento confirmador de que realmente está sucediendo, que realmente va a perder la conciencia, que realmente se pone en manos de un equipo médico y que su suerte no estará controlada por su voluntad por unos momentos. Algunos pacientes son concientes del riesgo que representa la anestesia, otros no. Sin embargo, la obligatoriedad de estos actos le imprime una fuerza de transcendencia, que de manera muy clara, nos alude al rito.

Las tres pacientes que acompañé en este momento iban acompañadas por un familiar o varios, por lo menos en algún momento. Yo entré como parte del personal médico, autorizada por ellos y en algunos casos acompañada de una enfermera o secretaria hasta la puerta. Esto me permitió cierta confianza o bien cierto empoderamiento a la hora de realizar las entrevistas. Solo en una ocasión acompañé a la paciente en todo momento desde su entrada a la habitación, mientras las otras dos las encontré vestidas y canalizadas. A las tres las noté muy ansiosas, incluso antes y después de la entrevista. Con las dos pacientes más jóvenes, pude notar, que en la mayor parte de la entrevista movían sus piernas repetitivamente. De igual modo, la madre de una de ellas

se notaba ansiosa y en su rostro tenía una expresión de estar enojada, tal vez estaba tan o más asustada que la paciente. Luego de la cirugía la vi con otro rostro y otro semblante. La otra chica se notaba más ansiosa que ésta, se reía nerviosamente por cada pregunta que le hacía, así ésta no tuviera un contenido cómico, de modo que también asocié su comportamiento con la tensión del momento. Otra de las chicas respondía a un comportamiento similar, sin embargo, lo asocié más con su personalidad alegre ya que sus respuestas no eran todas las veces claras y ella se reía de la confusión con la que respondía, pero aún así se notaba con ansiedad; su objetivo de dormirse fue espantado varias veces por cavilaciones en relación a la cirugía. Las respuestas se tornaron más parcas en cuanto se preguntó por la conciencia sobre el riesgo inherente de este tipo de intervenciones. Todas las pacientes estaban relacionadas con el ámbito médico, una como visitadora médica y las otras dos estudiantes de medicina. Sus rostros se descompusieron en el momento de esta pregunta, o bien se tornaron más risueñas o evasivas, pero siempre noté una descomposición del rostro; señal que me hizo considerar el hecho de tomar con rapidez la pregunta, para no alterar su nerviosismo, al punto de convertirme impertinente. Es así que comprendí que la estabilidad aparente de su semblante era frágil y que yo estaba teniendo un efecto de agente perturbador de dicha fragilidad. Sin embargo, no era solo yo la que contribuía a este nerviosismo, ya que la situación era vivida con esta misma ansiedad desde la descripción de otros pacientes. Lo que parecía aumentar mayormente la tensión, más bien era la proximidad del evento de transformación.

5.2.5 El quirófano

A la tensión de estar en la habitación se sumaba que la operación comenzaba una o varias horas tarde de lo previsto. El personal médico llamaba al cirujano estético con insistencia para comenzar a tiempo. Pero además la familia y el paciente querían que todo comenzara rápido. El cirujano plástico, solía llegar tarde y no tenía mucha tensión por llegar a tiempo, realmente parecía no importarle llegar tarde, así los otros médicos lo estuvieran esperando y tuvieran otros asuntos pendientes. Varias veces me quedé con él conversando antes de la cirugía o incluso lo acompañé a hacer vueltas personales. El cirujano por su parte, manifiesta preocupación por dormir bien, comer bien y estar descansado.

Él consideraba que debía de estar en su mejor estado físico, que no siempre se lograba por sus otras actividades. Se preocupaba por que la secretaria tuviera listo café y las galletas para todo el equipo médico, incluso, algunas veces ordenaban comidas. De este modo, logré notar que este momento previo a la cirugía también era un espacio de prohibiciones para el cirujano en cuestión. Sus protocolos eran muy estrictos y todo con el fin de poder dar lo que más se pudiera de sí físicamente.

El quirófano como tal para los pacientes suele ser un referente de tensión, más aún que la habitación de internamiento en el hospital. Esta es un área grande donde hay distintos espacios, unos más estériles que otros. Entre los menos estériles se ubica una sala de reuniones donde hay un baño y unos lockers en los que se guarda la ropa del médico. Un sillón y una mesa con una cafetera y comida. Mientras el paciente espera en su habitación el equipo médico platica y comen algo antes de comenzar. El procedimiento quirúrgico es uno de los momentos centrales del *pase*, el equipo médico se dispone a comenzar y llega el paciente sin todavía ser anestesiado. Según las palabras del médico “cada caso es único e irrepetible, nunca una operación se repite exactamente igual a otra, cualquier cosa puede suceder, por eso tienes que estar preparado” (Dr. Miguel Ángel). En este momento juegan la peripezia del cirujano, la atención del anestesiólogo y la habilidad de los ayudantes. Estos elementos resultan definitivos para el resultado que se obtenga a nivel técnico. Los pacientes parecen tener cierta conciencia de la importancia del momento. Algunas pacientes a las que les pregunté sobre si habían tenido miedo sobre el procedimiento, me hicieron alusión a este momento justo antes de entrar al quirófano o bien en él, como lo revelan estos testimonios:

N: ¿y eso en algún momento te angustió que si ibas a quedar o no como tu querías?

M: no

N: nunca pensante que “ay no que miedo que tal vez no me guste lo que vaya a suceder”

M: fue cuando ya estaba a un pie en el quirófano.

N: ¿pero no pensaste en otra cosa, solo pensaste en eso?

M: aja, en que será que voy a quedar bien o no, o lo que era la anestesia, eso no... como que no tenía la dimensión de lo que era. (María, 25 años)

María se hizo su lipoescultura facial cuando tenía 17 años, de ello recuerda que era muy chica y que no le importaba mucho el riesgo, dice que ahora tiene más conciencia de él, pero aún así volvería a hacerse el procedimiento. Solo tuvo miedo de no quedar bien justo cuando ya iba a entrar en el quirófano. Del mismo modo Laura hace alusión a este momento en otros procedimientos diferentes al del rostro:

N: ¿después del postoperatorio, o en las cirugías, en algún momento te arrepentiste?

L: En el momento de estar en el quirófano, ya me iba a levantar. De la lipo no, de los pechos sí. Yo estaba desesperada, me quedó viendo a Miguel, al doctor, y ya, dije, mejor me voy, no me la voy a hacer. Tenía miedo, porque imagínate, ponerte un implante, pero bueno, qué bueno que no. Qué bueno que no, porque ahora estoy contenta (Laura, 30 años).

Así mismo, otra de las pacientes entrevistadas recuerda este momento, cómo un momento clave en el cual se hace preguntas que no se había hecho antes.

...No, nunca tuve la oportunidad. Más nunca me puse a pensar “esto puede salir mal en esto, puede salir mal en aquello o puedo tener un riesgo en la operación,” no. El miedo que llegué a tener, pero fue así en un instante en el quirófano, fue de: “¿y si no me gusta?” fue la única pregunta que me hice. (Elizabeth, 25 años)

El quirófano entonces, se presenta para los pacientes como un lugar de tensiones, donde el miedo aflora, la voluntad flaquea y la importancia de los eventos se hace evidente. El aspecto del quirófano hace que los pacientes experimenten la proximidad del evento como una señal inminente de que su vida está en manos de otros. Que allí se define la situación por la cual han llegado. Y que solo después de ello se podrá esperar el resultado.

5.2.6 El postoperatorio

El quirófano entonces parece ser un lugar en el que los sentimientos de inseguridad y miedo emergen en el paciente. Sin embargo, parecen ser más álgidos los momentos posteriores al proceso quirúrgico. Es el momento de la confrontación del rostro lacerado, adolorido, disminuido en sus capacidades y frágil. El hecho de que haya sido una decisión por parte del paciente revierte en una culpabilidad sobre el padecimiento que a veces termina en arrepentimiento. Así lo evidencian algunas opiniones expresadas por una secretaria del doctor Miguel Ángel y ratificadas por él, haciendo referencia a la propia vivencia de ella:

Dr.: pero es muy interesante. Hay un proceso, la gente que se opera de cirugía estética, generalmente cae en depresión, verdad Sandra?
L: Pos-cirugía (Risas), pero si hay un arrepentimiento.
S: en abdomino más que todo, en Colombia yo veía ese caso en amigas, después de que se la hacen quieren volver a hacérsela, pero en el momento, llegan aquí arrepentidas.
L: pero después de que se recuperan bien, ya están contentas otra vez.
Dr.: ¿has oído hablar de la depresión posparto?
N: aja
Dr.: la depresión posparto las lleva al suicidio.
S: Es incoherente porque (interrupción de mesero) si se supone que se hicieron algo por qué querían. Y lo raro es que le da a uno depresión, se supone que yo ya me hice lo que quería hacerme. Pero si da depresión, he visto varias pacientes que llegan con el cuento de la depresión.
L: yo pensaría que es el cambio
N: ¿el hecho de verte diferente?
Dr.: el verte agredida
N: ¿Por qué es la primera impresión?
Dr.: estás lastimada, te duele, tú ves el resultado inmediato y no era lo que estabas pensando en este momento.
S: en ese momento quedas insatisfecho.

Según el testimonio resulta ser de bastante frecuencia entre los pacientes de cirugía cosmética “la depresión” luego del proceso quirúrgico, luego de que baja la inflamación, la gente recupera su tranquilidad, ya se “ponen contentas y luego vuelven por más.” El sentimiento de culpa sobre haber permitido lacerar su propio cuerpo, emerge y esta culpa puede llegar a desestabilizar emocionalmente al individuo. En este momento el paciente se da cuenta que el poder sobre el destino de su apariencia y sobre su propia vida ha estado en manos del médico y él mismo ha permitido que así pase. En este momento puede entender la importancia de los sucesos y la gravedad de la situación a la que se ha sometido. Estas contrariedades suelen solucionarse luego de que ha pasado el proceso traumático.

5.2.6.1 Rostro de monstruo, el postoperatorio de la cirugía del rostro

Esta fragilidad en la que se encuentra el paciente durante el postoperatorio, tanto física como emocionalmente revierte en sentimientos de inseguridad, por parte de éste, en relación al posible resultado que esperaba. Es decir, el sentimiento de riesgo se agudiza. El paciente se ve sometido a una impresión sobre su imagen, donde un aspecto significativo del impacto tiene que ver, al

parecer, con el desconocimiento de éste sobre la proporción del daño que se produce en la cirugía.

...Es una paciente que cuando yo le hice la Lipoescultura vino a la consulta postoperatoria ¡y no volvió a venir! Y apareció como a las tres semanas y se sentó en esa silla y se puso a llorar... que ¿qué le había hecho? y nunca me pagó completo, porque ¿qué le había hecho yo? Y la prueba de que realmente finalmente le gustó es que vino a operarse otra vez y me trae otra paciente, pero mucho tiempo ella estuvo inconforme, porque ¿qué le había hecho? Porque es una cirugía, que yo no entiendo por qué la gente se hincha ¡y creen que ese es el resultado! Sí operas a alguien de la nariz y está monstruosa, ¡puta, saben que ese no es el resultado! Porque a lo mejor está viendo los ojos, los cachetes y él sabe que lo operaron de la nariz, pero éstos como es la cara piensan que así van a quedar, entonces vienen conmigo y yo los calmo, y ellos que están saliendo y al otro día ya están otra vez angustiados, y ella no había venido entonces creía que ese efecto así hinchado y iba a ser el resultado (Dr. Miguel Ángel).

Como plantea el cirujano este efecto parece incrementarse cuando se trata de la lipoescultura facial. Según la propia explicación del cirujano, se trata de un tejido muy vascularizado, por lo cual tiende a inflamarse demasiado cuando hay un traumatismo y por tanto el rostro pierde algún viso del contorno que antes tenía y del que tendrá en unas semanas. La paciente pierde confianza en el médico y para el juicio de él es una situación desgastante: "...Pero además ya los operé, vienen: "estas inflamada, se te va a quitar" "¡ay doctor, que tranquilidad, ya me tranquilizó!" Al otro día o a los dos días "oiga doctor ¿no voy a quedar así? es que mis labios están muy grandes" ¡y es una angustia!" (Dr. Miguel Ángel). La inestabilidad sobre la imagen del médico, por parte del paciente, parece tener su mayor expresión en este momento, para el paciente no hay por qué creerle mientras las cosas no mejoren de manera sustancial en relación a su apariencia. La posibilidad de que mienta se hace patente y reconocible. Al no ser explicada con anticipación la situación de la forma actual del rostro (un rostro destruido y en metamorfosis), la paciente puede considerar que el médico ha perdido de control la situación. De este modo, le quita la credibilidad que ha erigido sobre él y no atiende a sus explicaciones como definitivas. En búsqueda de una respuesta, ubica su propia explicación dejando aflorar los miedos y las inseguridades más profundas asociadas con el procedimiento. La percepción de riesgo por parte del paciente es equivalente a una percepción anticipada del peligro, es algo que no ha pasado, pero puede suceder. El peligro entonces se puede encontrar unos momentos después del momento que actualmente se está viviendo. La

situación de peligro que siente el paciente es quedar de la manera como se está viendo en el espejo como el resultado definitivo de la intervención. En este momento, la imagen que tiene del médico puede llegar a verse afectada por la debilidad del fundamento de la impresión positiva que tenía de él. Desde una mirada probabilística, el paciente, normalmente, no sabe cuantas veces el cirujano ha realizado este procedimiento, cuantas veces con éxito y cuantas veces sin éxito. Por lo regular, solo ha tendido referencias de los buenos resultados del doctor un par de veces, a lo sumo. De los muchos otros pacientes que puede haber atendido, no sabe cuantos pueden haber quedado insatisfechos. En el caso de algunos pacientes no han tenido siquiera una referencia en absoluto, siendo aún el vacío de conocimiento un elemento de mayor vulnerabilidad de de la imagen del médico. Goffman plantea que cuando el público se encuentra de algún modo escéptico a la realidad que se le impone existe la tendencia a poner atención sobre insignificantes imperfecciones como señal de que toda la actuación es falsa, pero incluso los pacientes que simpatizan con el médico podrán ser “momentáneamente perturbados, sacudidos y debilitados en su fe por el descubrimiento de una discrepancia insignificante en las impresiones que se presentan... no se trata de que este detalle sea censurable, sino que es diferente a la definición proyectada de forma oficial. Es como si una nota desafinada destruyera el tono de una melodía” (Goffman, 2006a: 62,63). Los pacientes realmente no se esperan que el proceso post quirúrgico sea tan doloroso y que implique estar por un tiempo “desfigurado”, ya que de algún modo se encuentra grabado el “antes y el después” como narrativa en la cual este paso es instantáneo (Ackerman, 2010: 417).

Las chicas que yo vi luego de la lipoescultura facial se encontraban totalmente deformadas en relación a su apariencia anterior. Lo peor de todo es que su apariencia no tenía mucha relación con un rostro humano corriente, tenía un color y forma diferente y en cuanto iban pasando los días los colores también cambiaban entre morado oscuro, claro y verde. Del mismo modo, el grado de la hinchazón, que en sus primeros estados, fue mucho superior a lo que yo misma me imaginaba. Es un periodo donde se pierde una referencia de la más profunda evidencia de identidad de sí mismo, el rostro. Por tanto un periodo

liminal, donde no se sabe que va a quedar, si estará bien o estará mal. Para el médico es predecible, aún en este estado de hinchazón, si le ha quedado bien su trabajo. Sin embargo, el paciente tiene una mirada lega que no reconoce más que una masa amorfa en su rostro. Una parte de la metamorfosis que no esperaba encontrar y por la cual encuentra en suspenso su identidad, el rostro con el que el paciente habitualmente ha vivido se borra por un lapso. No sabe exactamente si después de este momento se va a encontrar con el horror de mantenerse como está o bien recuperará su forma. De acuerdo con sus propias narrativas, los pacientes experimentan el riesgo de quedar como un ser no humano, como un monstruo, sin total claridad si mantendrá esta situación o no. En realidad, se trata de vivirse como monstruo. Este es un periodo muy largo para el paciente, ya que los avances en la desinflamación son muy lentos y no se visualiza fácilmente cuando se restablecerá a una cara humanamente visible. Es aquí también donde el riesgo de desestructuración de la personalidad aparece más evidente.

Los semblantes de las pacientes antes de realizarle la entrevista y durante el proceso se mostraron amables y cordiales, mientras que en este momento postoperatorio noté cierta incomodidad por parte de ellas. Ahora no era la ansiedad que había notado antes, se habían permitido que se expresaran sentimientos de insatisfacción de manera más honesta, ya no había por qué ocultar la falta de comodidad del momento, tampoco habría energía para hacerlo. El intercambio de miradas y de sonrisas de días pasados se habían esfumado. Parecía que me estuvieran haciendo desaparecer con su indiferencia mientras compartíamos la sala de espera del despacho del doctor Miguel Ángel.

Para el doctor Miguel Ángel, por su parte, conviene no profundizar en los detalles del postoperatorio dentro de la consulta previa al proceso quirúrgico: "...no les puedo hacer tanto énfasis "¡vas a quedar madreádsima!" No opero." Este juego de revelar y esconder información es un arma de doble filo para el doctor que puede contribuir a que la impresión del paciente se haga más intensa durante el postoperatorio. Mientras más es el desconocimiento de lo que se va a realizar, contribuye a un mayor extrañamiento por parte del

paciente a la hora de experimentar el postoperatorio. Este es el caso de una paciente a la cual el doctor no le explicó bien de qué se trataba el procedimiento de la lipoescultura facial. Ella se sintió aterrada con el resultado postquirúrgico, hasta el punto de haberse sentido un “monstruo”.

...es algo obviamente que sí me agrada, sí me gusta, que en su momento recién salí y dije “¿qué me hice?” Me impactó mucho, porque... porque de alguna u otra forma, el trato había sido mi nariz, nada más, ninguna otra cosa. Cuando yo salí del procedimiento yo era bola tras bola.

N: ¿porque estabas hinchada todavía?

D: sí, pero a mí no me había dicho el doctor que me iba poner en el mentón, en la mandíbula, los pómulos. No me dijo, solamente me dijo que iba a buscar, tontamente yo no pregunté, pero me dijo que iba a buscar la simetría de mi rostro. Y yo pensando en mi nariz. Y como dije bueno es inyectar grasa, entonces ¿cuál será el problema? Cuando yo salgo, lo primero que conoces al despertar es verte, yo me veo una bola, una bola acá, (señalando distintas partes de su cara) y como la grasa no es parejita, es grumosa, pues se te veían unas bolotas pues. Yo en ese momento dije: “¿qué me hice?” Yo la verdad estaba a punto de llorar porque dije: “¿qué me hice?” También por el hecho de que yo no estaba familiarizada con el procedimiento, yo nunca había visto una lipo-inyección facial, nunca. Había visto las rinoplastias en mi hermana se operó de la nariz hace mucho tiempo y sí la vi hinchada que se le ponen hasta morados los ojos, yo esperaba tal vez algo así, pero ver una bola acá, una bola acá y una bola acá, (señalando distintas partes de su rostro), para mí eso fue impactante. Y yo sí dije, ya me desgracié mi cara. Yo lloraba, porque dije: “¿qué me hizo el doctor?” pero conforme pasaban los días me iba yo desinflamando, muy rápido, muy rápido, y conforme pasaban los días me empezaba a gustar, ya llegó el momento en que sí me gustó, el resultado final, no te lo niego, me gusta, me agrada, me siento satisfecha, pero el resultado inmediato, después de... me sentía yo un monstruo (Raquel, 25 años).

Al crecer el desconocimiento de lo que le iban a realizar en su rostro su impacto también se potenció. La sorpresa no solo fue el rostro en metamorfosis, sino el rostro manipulado con fines ajenos a las demandas de la propia paciente, con una posible consecuencia adversa: “desgraciarse el rostro”, perder la gracia natural del rostro del que no se estaba inconforme del todo. Pero además, ésta metamorfosis representaba el abismo de vivirse como “monstruo”, sin la dignidad mínima del rostro humano, sin rasgos de pertenencia a su autoimagen, pero tampoco a una imagen familiar y aceptable como normal o humana, además exiliada del lugar privilegiado que antes ocupaba como mujer atractiva, que ella decía sentirse. La confianza en el doctor se había roto por un momento. El reclamo que se expresa en él: “¿Qué me hizo el doctor?”, parece ser no solo para el doctor, sino para ella misma que como estudiante avanzada de la medicina se ha puesto en manos de un

cirujano plástico, siendo ella conciente de los riesgos que pudo haber tenido, pero también aparece como un reclamo para el médico al que ella le deposita la confianza suficiente para realizar un procedimiento cosmético en su rostro, pero que no le da la información adecuada sobre lo que iba a realizar. Ella misma, estuvo cercana a los procedimientos estéticos como estudiante de medicina y aún así no se imaginaba la dimensión del traumatismo que iba a sufrir con el procedimiento. Era un procedimiento nuevo para ella, “solo era inyectar grasa”, lo cual parece mucho más neutral y menos invasivo que una rinoplastia como tal. Sin embargo, la afectación del rostro luego del procedimiento la impresiona mucho más, la deformación es mucho más evidente. La información que no haya expresado el médico a la paciente deja un halo de duda sobre si fue algo predeterminado o no. Podría ser que el médico tuviera una intención de ensayar la técnica con una paciente a la que le cobraba menos de lo que realmente costaba la cirugía. Sin embargo, para la reflexión que nos ocupa en este momento, su información fue claramente desorientadora para la paciente, que no supo con exactitud que esperar y lo que encontró fue algo aterrador: “un monstruo”.

He planteado aquí, como este evento de experiencia del riesgo, por parte del paciente, resulta ser pasajero y se presenta de manera más evidente y acentuada durante el *pase*. Luego de este momento pareciera haber un sentimiento de tranquilidad de que el rostro no se ha desgraciado. Sin embargo, a pesar de que ha sido la experiencia de la mayoría, también existen excepciones, es el caso de uno de los pacientes que luego del proceso postoperatorio controvierte la idea que se tenía sobre la cirugía estética de modo que este momento traumático tiene trascendencia más allá de la recuperación. Es decir, que no se plantea la sensación de riesgo como efímera, sino que persiste. Bien puede ser que el sentimiento de dolor y angustia que sienten en este momento desmotive las intervenciones futuras, a pesar de que para efectos de la inconformidad del paciente con su propia figura, la intervención haya sido un éxito. De acuerdo con el testimonio de varios cirujanos estéticos, ellos consideran un éxito cuando un paciente regresa por otros procedimientos, diferentes al que se ha hecho, porque “eso

significa que ha quedado muy a gusto”, pero esto no es un indicador muy preciso sobre el éxito de la cirugía como lo evidencia el caso de Julio:

J: pues sí fue un impacto fuerte, porque pues, sales todo confundido por la anestesia, entonces a mi me dio mucho frío, entonces empecé a temblar y a temblar y a temblar. Y ya después me quedé dormido, y ya cuando amaneció y todo y me vi, pues sí como que fue el golpe, porque todo vendado y así como que mis ojos todos rojos. Entonces dije: “¡Ah chingados! ¿que tanto me hicieron?” y ya, pero conforme a pase el tiempo, pues sí. De todas maneras mi cara así hinchado, y los ojos estaban rojos, morados y con sangrita y si fue impactante. Si me impactó.

N: ¿si te lo imaginabas, pero no te lo esperabas de esa manera?

J: me lo imaginaba, me imaginaba que iba a ser un proceso difícil, doloroso hasta cierto punto, pero nunca pensé que tanto iba a ser el dolor, pero si fue bastantito. Como fueron dos te digo, entonces no solo fue uno, no fue un lado. Me dolía la nariz, me dolía el mentón, entonces hablaba y no podía ni respirar, ni hacer nada, era muy difícil comer, castrante.

N: ¿y tenías planeado en ese momento hacerte otra y ya después de esto dijiste que no?

J: Sí, me iban a hacer dos, pero después de esto ya dije: “ya que quede así”, no hay problema, entonces pues ya. Ya no me hicieron nada. Y según esto lo pospusimos, que cuando me recupere el otro año, pero ya no le hice caso, porque ya me siento bien, me siento bien conmigo mismo que era lo que quería y buscábamos, no me basaba tanto en las personas, sino en mí. Como me sentía a gusto ya, ¿para que sufro otra vez? (Julio, 21 años)

En este caso, el paciente quedó satisfecho, pero su nivel de satisfacción fue tal que implicó una restructuración de la personalidad y a su vez una consideración de que la cirugía estética ya no era más necesaria. Incluso si se había planteado en un principio como necesaria una segunda cirugía con el fin de afinar más sus resultados. Pero para él, el dolor era demasiado como para repetirlo de nuevo y los aspectos fundamentales de su apariencia que lo habían llevado a considerar la cirugía plástica como una salida a sus problemas, ya habían cambiado en forma satisfactoria. No tendría que regresar. El punto central es que la cirugía no se convirtió en una estrategia para salir del paso de cada situación de su vida que se presentara como insatisfactoria. Esta claridad la lograría a partir de la experiencia del riesgo. Este paciente sería un paciente ideal en los términos que los mismos cirujanos lo plantean en otras ocasiones, en el sentido que su satisfacción estuvo casi garantizada desde el inicio, solo buscaba la mejoría, pero también es un paciente no ideal en el sentido que no es un consumidor asiduo de la cirugía plástica, es decir, ya no es un cliente potencial más, porque se ha atrevido

considerar importantes los elementos de riesgo presentes en el proceso quirúrgico.

El *pase* entonces se plantea como un rito, en el que el ideal hegemónico de la belleza opera como equivalente estructural del mito, mientras que los momentos que lo componen se enmarcan en el espacio temporal que inicia con la llegada del paciente a la primera consulta, pasando por el internamiento, el quirófano y el postoperatorio. Desde que comienza el *pase* se incrementa paulatinamente la experiencia del riesgo siendo su pico más alto en el postoperatorio. Es de resaltar que en la mayor parte de las narrativas de los pacientes el riesgo deja de ser importante luego que se haya concluido el *pase*. De igual modo, es justo durante el *pase* donde se agencia la eficacia simbólica y se define la situación de la transformación facial.

CAPITULO VI DESPUÉS

El *después* hace referencia a una serie de representaciones y percepciones que definen un grupo al que paciente ha deseado pertenecer en relación a las características físicas asociadas a valoraciones positivas. Gilman (2001) define este grupo en términos positivos, sobre los ideales que el paciente tiene y a través de los cuales se confronta. Sin embargo, en este trabajo esos aspectos positivos que el paciente valora los hemos trabajado en el capítulo III ya que encontramos coherente proponer el modelo de belleza desde el cual parte la confrontación del paciente como su marco de referencia. Mientras que el concepto de *después* será abordado para entender cómo ha operado la eficacia simbólica. De esta manera, se privilegiarán los relatos de aquellos pacientes que ya se hayan realizado el procedimiento estético, esto quiere decir que ya hayan concluido el proceso del *pase*. De este modo, el *después* será primordialmente una evaluación sobre qué tanto ha cambiado su relación con el mundo y qué ventajas y desventajas le ha traído la transformación. Es decir, en qué modo ha operado la eficacia simbólica. En este capítulo se pretende dar la voz privilegiada al paciente de acuerdo con la experiencia que este ha tenido y a partir de esto consideraremos las regularidades que se mantienen que nos permitan esclarecer que tipo de efectos ha surtido el *pase*, en términos de cura. Entendemos que ésta última ha operado cuando el paciente alivia un malestar que tenía sobre la autopercepción de su apariencia y que tiene un grado de satisfacción sobre el rostro logrado y que no ha operado la eficacia simbólica cuando el malestar se agrava y/o no se encuentra satisfecho. Como hemos dicho en el capítulo anterior, *el pase*, es el momento donde se agencia la eficacia simbólica por parte del médico, pero también donde el paciente percibe el riesgo, cuestionando la credibilidad que ha depositado en él. Esta percepción del riesgo suele ser momentánea y es a partir de la recuperación cuando el paciente puede evaluar su satisfacción. Una de las características para que el *pase* sea exitoso de acuerdo al médico es que no haya quedado huella de que esta persona perteneció a otro grupo y que se incorpore de manera invisible al nuevo grupo que considera pertenecer ahora. Es decir, las características físicas del paciente deben de pasar

desapercibidas y considerarse como que han sido producto de la naturaleza, de la genética y no del quirófano. La cirugía estética, entonces, opera como una máscara permanente de la realidad genética del paciente. Se trata de ocultar un cuerpo estigmatizado, en uno o en varios sentidos, con una máscara del cuerpo que representa la ideología de la belleza.

Para dar mayor claridad de los alcances de este análisis al lector se tendrá que decir que los pacientes con los que he trabajado han sido referidos, en su mayor parte, por los mismos médicos, lo cual genera un sesgo en relación a la valoración de los resultados de la eficacia simbólica. Es decir, en la medida que los médicos han sido los que refieren los pacientes, seguramente, referirán aquellos con quienes han tenido buenos resultados, más no aquellos con los que no han tenido buenos resultados. Es muy probable que se haya perdido el contacto y menos aún que quieran referirlos. En caso de referirlos por error, es decir, que el médico no sepa que han quedado insatisfechos, es también muy probable que el paciente oculte información importante, de modo que pueda seguir manteniendo con el médico una relación de amistad. Por tanto, el mayor alcance que puede tener este análisis está limitado por este sesgo. Sin embargo, considero valioso presentar los distintos niveles que se han podido visualizar en la satisfacción del paciente, así como su conexión bastante significativa con las motivaciones que han tenido estos en relación con la cirugía plástica estética.

Las personas suelen buscar la cirugía cosmética, en síntesis y en términos muy generales, para mejorar una relación consigo mismas a través del mejoramiento de su propia imagen. Este también es el propósito principal que los médicos señalan. Sin embargo, no todas las personas llegan con el mismo grado de inconformidad consigo mismas y esto marcará el grado de satisfacción que tengan sobre el resultado final. En algunos casos la intención inicial del mejoramiento psicológico se cumple con éxito y en algunos casos con menos éxito, atendiendo al juicio de los mismos protagonistas del cambio, los pacientes.

En un extremo ubicaré a los interlocutores para los cuales la transformación significó una experiencia de mayor trascendencia y en el otro extremo se ubican los interlocutores para los cuales la transformación ha sido menos significativa. El ideal de los médicos sobre los resultados esperados se trata, por supuesto, de los pacientes para los cuales el procedimiento estético significó una experiencia importante que ha marcado otros cambios en el individuo, que tanto el paciente y el cirujano juzgan como positivos.

“...No se si has llegado a ver gente muy introvertida que se viste de una forma, es un tipo que vemos muy frecuentemente y las opero y luego cambian de forma de sentado, de vista, de ropa, de ojo, se las ves y dices tú: “!oye, pero si yo te operé la nariz!” Pero se les abre la puerta a rehacer esa personalidad, ese enfoque que dan otras personas, con ese pequeño rasgo, pero es como si fuera un tope, que lo saltan y pasan de ser la niña introvertida, estudiosa de la primaria, de repente en la secundaria son un torbellino y sensualidad y muy lindas y ya cambiaron y es curioso esos cambios sí se ven y mucho en la nariz, también en busto, bueno en varias cirugías, pero en esas son muy evidentes.” (Dr. Ferro)

Lo que quiero señalar, en este caso, es que el médico interpreta que la persona ha cambiado de acuerdo con un modelo que considera ella misma más apropiado para el círculo social que la rodea. La cirugía plástica estética se presenta como “una puerta a rehacer esa personalidad”. En este caso, la paciente identifica adecuadamente las insatisfacciones en su relación con el mundo asociadas un aspecto de su nariz y una vez éste se cambia, se reestructura la relación con el mundo de esta persona, de una manera que ella misma considera más positiva. En este sentido, es que he considerado el mayor efecto de la eficacia simbólica, cuando el evento de la transformación estética logra cambiar al individuo, de manera tal, que logra proyectarse de una manera diferente y positiva. El rasgo físico con el que se siente inconforme el paciente es donde el paciente ubica todas sus frustraciones y cuando se cambia el rasgo se produce la operación simbólica que les permite proyectarse diferente.

“...Hay pacientes que tienen una deformidad en la nariz y por esto vienen acarreado una serie de problemas, emocionales hasta cierto punto o de aceptación consigo mismos y pues somos a veces muy crueles cuando se trata de una persona que tiene una nariz con algún problema. En la escuela, en el trabajo, donde quiera, hace a veces, que la autoestima del paciente disminuya. Y se recupera mucho la autoestima cuando se corrigen todos los problemas. De hecho me ha tocado ver pacientes que se cambian, cambian, diametralmente, 180 grados. Me ha tocado ver pacientes que eran muy conservadores a la hora de vestir o de peinarse y que ahora sí que se

sueltan el cabello y se cambian el peinado o usan una ropa más juvenil. Y sí que mejoran su autoestima, se vuelven más sociables, más novieros o novieras, en fin, todo esto son cuestiones que nos dicen que si están a gusto con eso” (Dr. Rafael).

Los indicadores que plantea el doctor Rafael para dar cuenta de un mejoramiento en la autoestima refieren a la sociabilidad, a la ropa más juvenil, al cambio de peinado y en general a ser menos conservadores. Estos elementos también hacen parte que integra la ideología de la belleza que se trata de una representación colectiva sobre la presentación de la persona en la vida cotidiana y a partir de la cual se crean jerarquías valorativas que presentan una apariencia como mejor, más sensual, más interesante, más atractiva, donde se puede sustentar una autoestima o bien un cuerpo del cual hay que avergonzarse *per se*, porque carece de características necesarias para ser incluido y apreciado, o bien en palabras de Goffman (2006), es una apariencia que se encuentra desacreditada. Esto también significa que el efecto inicial de la cirugía cosmética también se ve reforzado por una comunidad que establece como coherente el relato y el cambio estético. Esta ideología sobre la belleza física, es un relato que se actualiza de manera permanente dentro y fuera del consultorio, en el marco de un contexto histórico, social, psicológico específico y si estuvieran fuera de este carecerían de la capacidad de comportar un elemento significativo para determinadas interpretaciones a las que pueden estar sujetas por estos pacientes. La fortaleza que se le atribuye al relato es que parte de un ideal hegemónico de belleza que se difunde de diferentes maneras y se expresa en la vida cotidiana.

6.1 Yo cambié completamente

El grupo de las personas que más les hizo efecto la eficacia simbólica se definen por haber cambiado algún aspecto de sus vidas como se expresa en los testimonios precedentes de los cirujanos. De acuerdo con las narrativas, lo más notable es el paso de ser una persona tímida a ser una persona más sociable y coqueta, lo que se puede expresar en la calidad de las relaciones que se tienen y en los cuidados sobre la apariencia.

“... Te digo cómo me subió tanto mi autoestima, antes no me alistaba ni nada, entonces decía, “ay no qué flojera.” Ahora sí, o sea ya me preocupa el verme bien, en estar arreglada, en estar así bien. Yo digo: “¡ah bueno!” pero todo paso por la operación. He tenido muchos cambios y todos mis cambios han sido a partir de la operación... Después de la operación, ya empecé a caminar, a hacer ejercicio, te digo, fue un cambio rotundo... llegaban mis amigos y yo salía en las peores fachas que te puedas imaginar, porque yo decía “¿pero para que me voy a arreglar?” Pero ya no puedo salir así, porque me da miedo, me da pena (...) Es como hacerte una vida nueva, cambiar y todo, otro estilo de vida, antes era así que me valía si me arreglaba o no me arreglaba, si alguien me volteaba a ver o no me volteaba a ver... así mal, mal, mal.” (Elizabeth, 22 años)

Elizabeth reporta un cambio en su autoestima que relaciona con el hecho de que después de la cirugía quiere verse mejor, se preocupa por su apariencia física, de modo que hace ejercicio y se “arregla”. La operación ha cambiado su forma de proyectarse, ahora piensa que es importante destinar un esfuerzo y un tiempo a la manera como se presenta en público. El cambio que ella experimentó lo describe como “rotundo”, no solo ha cambiado un rasgo físico, sino que ha implicado todo un replanteamiento de la forma como se entiende la valoración de sí misma expresada en su presencia física. Antes no le importaba si era admirada o no, lo cual lo asocia con estar “mal, mal, mal”, pero ahora se entiende que ha entrado en una competencia por las miradas de los otros, por la atracción, por sentirse deseada y apreciada.

N: ¿cómo notaste que cambió, notaste que la gente te vio diferente?

E: mira, es muy chistoso porque antes sentía que no se me acercaban, a lo mejor también por mí eso... (haciendo referencia a su autoestima). Las únicas que saben que estoy operada son mis amigas. Los demás no les digo, porque no me conocieron, los que me conocieron son de muy cerca que ya saben, de ahí no se dan cuenta, personas que me conocen pero no se dieron cuenta que me operé, pero si me dicen, te ves rara. Te notó algo raro, pero no me dicen, te operaste o algo así, no. Pero sí, ahorita sí. Antes veía que no se me acercaban nada de chavos, y ahorita noto de que todos así como que yo (hace un gesto de picardía) ¡y ah bueno! Había chavos que ya me conocían y que me gustaban y que no se me acercan, pero por algo y ahorita es que no se, te digo, concuerdo mucho lo que pasó, el cambio que tuve con mi relación tanto social, la familia, todo (...)

N: ¿y antes, que no te habías hecho la operación, me decías que no sentías que los chavos se acercaran tanto a ti, en esos momentos tu le echabas la culpa a la nariz o a otras cosas?

E: yo le echaba la culpa a mi físico. Antes estaba, para éstas, antes estaba yo más gordita. Después de la operación, ya empecé a caminar, a hacer ejercicio, te digo, fue un cambio rotundo... (Elizabeth).

De acuerdo con esta narración, a pesar de que no ha comentado sobre su cambio estético a muchas personas, y que por demás, otras personas que la conocieron antes de realizarse el procedimiento no saben cuál es el cambio

exactamente que se realizó, ella observa que hay más hombres que la cortejan ahora, más que antes de la operación. Incluso con aquellos que la conocieron antes de la operación y que no le ponían mucha atención ahora sí lo hacen. De hecho, plantea una duda muy acertada, ya que no se encuentra segura de si este cambio con los hombres es un resultado de mejorar su autoestima o bien del cambio físico como tal que se ha producido a partir de la cirugía estética, ya que se han dado al mismo tiempo y que a su vez ha acarreado un cambio en las relaciones sociales y familiares. De igual modo, la paciente nos refiere que no era su autoestima lo que ella identificaba como el problema para relacionarse con los chicos, sino que más bien el problema lo atribuía a su "físico". De este modo, se evidencia, como una adecuada identificación de los problemas del paciente con su aspecto físico, nos da cuenta que la operación mental realizada por ella se presenta como elemento fundamental para que la cirugía estética tenga un efecto positivo. Ella identificaba su falta de atracción con los chicos al aspecto físico, más no a su actitud, ni sobre la valoración de sí misma. De este modo, la paciente considera que el hecho de realizarse la operación fue lo que le permitió aumentar su autoestima.

...Y ya, qué bueno, desde que obtuve los resultados dije "¡qué bueno que me operé!". Sí, de verdad, sube muchísimo la autoestima, yo decía es que era fea y todo y ahorita que ya tengo algo nuevo en mi cara digo ¡ahí no! A lo mejor si no me hubiera operado, nunca me hubiera dado cuenta de eso (...)Entonces bueno, después de todo, de mi pancho que hice, digo, hay qué bueno que me operé. La verdad si me gusta muchísimo (Elizabeth).

Elizabeth se siente totalmente satisfecha con su cambio, ya que le ha permitido mejorar su autoestima, cambiando la visión que ella tenía sobre su propia fealdad. Ahora ya no se siente fea, más bien se siente una persona bonita y atractiva, de lo cual, ella menciona, que tal vez no se habría dado cuenta sino fuera por la operación. Elizabeth pasó de condenar las cirugías por el hecho de parecerle "falsa" -ya que las personas quedaban con un rostro artificial, sin armonía o correspondencia de la nariz con el resto de su rostro- a considerar la operación como una salida, una ayuda, un cambio positivo. La falsedad a la que se refiere la paciente parece estar orientada a señalar el ocultamiento del verdadero rostro que se produce con la cirugía plástica, sin embargo, ella deja de considerarlo así en la medida en que este procedimiento de ocultamiento no deje evidencias físicas.

... como antes decía lo de la operación, “ay no, para qué operarse y todo eso”. Entonces decía yo, una operación estética realmente, sí ayuda muchísimo. Tú como persona que quieres cambiar algo que no te gusta, te sirve muchísimo. Y no es de que hay pues de ser falsa, porque, yo a veces digo, yo no me siento falsa, la primera semana si me sentía rara, por el mismo cambio, pero ya luego decía, no me hice gran cosa, ni un cambio así que digamos, eres otra Elizabeth, entonces dije: ¡ah que y bueno! Es bonito tener una operación, pero sentirse satisfecha después de hacérsela. O sea, la idea de la operación si me cambió demasiado (Elizabeth).

Un aspecto relevante para que la operación tuviera el éxito deseado es que su rostro logró tener una apariencia que no refleja el paso por el quirófano, como ella quería. De hecho cuando yo la vi no me pareció que estuviera operada su nariz y más bien consideré que era un poco grande. Esta apariencia de “naturalidad” le permitió sentirse que no había hecho un gran cambio y le permitió mantener referentes fundamentales de su identidad y al mismo tiempo fortalecer su autoestima. También que todos los aspectos del ideal hegemónico de la belleza, no necesariamente son apropiados por los pacientes y no son todos ellos en su conjunto los que causan inconformidad. Este último punto es clave para asegurar un resultado positivo en la cirugía plástica.

Encuentro elementos muy similares de la experiencia de Elizabeth con la de Julio. Cuando lo vi por primera vez, consideré, al igual que con ella, que eran jóvenes guapos, vestidos a la moda, con su apariencia bien cuidada y con una nariz que distaba de ser el estereotipo de acuerdo al ideal hegemónico de belleza. Sin embargo, este ideal, si bien si influye en las decisiones de los pacientes, en todas las personas no se expresa de la misma manera y se apropian de manera diferenciada de este. Lo que pareciera ser más el resultado de la homogeneización de los resultados de las cirugías plásticas es el propio criterio de los cirujanos plásticos, más que lo que proviene de la apropiación de las distintas personas sobre este modelo. Ambos lograron mejorar su autoestima realizando una apropiación parcial sobre el ideal hegemónico de belleza y al mismo tiempo lograron influir en los criterios de transformación de una manera activa. Es decir, la autoridad del médico no influyó de manera tan decisiva en la versión que ellos aceptaron de belleza y del mismo modo, de su transformación.

...No, no, no, yo no quiero así, yo le dije al doctor, yo quisiera que fuera lo más natural posible, que no se qué. Y ya, qué bueno, desde que obtuve los resultados dije "¡qué bueno que me operé!". Sí, de verdad, sube muchísimo la autoestima, yo decía es que era fea y todo y ahorita que ya tengo algo nuevo en mi cara digo ¡ahí no! A lo mejor si no me hubiera operado, nunca me hubiera dado cuenta de eso.
(Elizabeth)

Para Julio también era muy importante la apreciación propia de la belleza que se quería lograr. Si bien su procedimiento estético se planteó en dos entradas al quirófano en tiempos diferentes, él no terminó con los procedimientos para llegar al ideal planteado desde un inicio y se conformó con una adecuación limitada de ese modelo de belleza sin requerir más cirugías.

N: ¿y cómo crees que el médico pueda llegar a tener una visión de la belleza que coincida contigo para que pudiera hacer un buen trabajo?

J: en mi caso porque me preguntó que era lo que yo quería, que esperaba y como quería yo que quedara, entonces en base a mis puntos de vista él se basó para enroscarlo y darle forma. Pero si no fue que él... yo he visto muchos médicos que operan y ni preguntan. Pero no, a mi me preguntó todo. Qué quería, qué esperaba y cómo quería que quedara todo. (Julio, 20 años)

El paciente sintió que el médico le permitió definir y expresar de manera clara lo que él quería con su rostro. Lo que no sabemos es cómo el médico le expresó las limitaciones técnicas que probablemente existieron para lograr el resultado esperado, pero la imagen aceptable para el paciente fue diferente a la que se planteó desde un inicio, siendo lo obtenido un reto técnico menos importante. En el caso de este paciente también se puede asumir que había puesto todas las insatisfacciones de su relación con el mundo en este rasgo físico, en la medida que había experimentado cierta estigmatización por parte de sus compañeros del colegio por ello. De este modo se realiza una identificación adecuada de los problemas del individuo con el rasgo a modificar y una vez modificado el rasgo resulta también un cambio positivo en la personalidad del paciente.

N: ¿y finalmente sí te gustó el resultado?

J: sí, porque me ayudó en muchas cosas, por ejemplo te da seguridad, después de todo eso pues sí. Cambias muchas cosas y eso era lo que yo quería, que cambiara mi seguridad. Que tuviera más seguridad y pues sí, sí me ayudó.

N: ¿en el momento de relacionarte con la gente?

J: aja, cambió mucho, porque yo siempre he sido penoso.

N: ¿tímido?

J: ajá tímido, pero antes era más. Ahorita me ha hecho más abierto, más platicador, ya no me da miedo enfrentarme (...)

N: ¿eres más sociable?

J: aja (Julio)

Los miedos en relación a las relaciones interpersonales, la timidez, y la subvaloración de sí mismo fueron elementos que cambiaron cuando se realizó la cirugía plástica. El cambio, según su testimonio, se centró en aspectos más psicológicos que al parecer no tuvieron un eco tan importante en aspectos relativos a la apariencia, desde que el paciente no hizo referencia a estos. Sin embargo, un pariente suyo considera que también cambió a la hora de acercarse a las mujeres y sentirse más vanidoso.

Otro fenómeno en relación a la eficacia simbólica tiene que ver con la salud. En la narrativa de José plantea su motivación para realizarse la cirugía plástica como principalmente funcional, pero acude a realizarse un perfil nasal. En este procedimiento el paciente no recibe ningún beneficio funcional, en el sentido que la técnica solo implica la inyección de un relleno, que puede ser un material acrílico o bien grasa, siendo este último menos proclive a un rechazo, pero a partir del cual no se genera ninguna afectación de la estructura ósea. Es decir, que no existe cambio alguno en lo que el paciente reporta que está mal funcionalmente, por tanto si se realiza este procedimiento y el paciente siente que hubo un cambio positivo en su salud entonces existe la posibilidad que haya operado la eficacia simbólica de manera adecuada.

...Porque sí era muy molesto. Cuando me daba gripa, no te imaginas el problema que tenía yo. Respirar por un solo orificio es muy difícil. Y ahorita te digo, que ya respiro por los dos lados. Porque estaba bloqueando una parte del hueso, ésta parte (señalándose la parte de la nariz en donde se forma la giba nasal) (...)Y ya fue que me decidí hacerlo, una por parte de salud, porque sí, la verdad, si me ayudó muchísimo, respiro mejor, hasta he sentido un cambio en mi, físico, resistencia, tal vez, ahorita hasta voy al gimnasio a hacer ejercicio y mi rendimiento es mejor. Y a parte por estética, por vanidad. Pero sí, en lo particular me ayudó muchísimo (...) En cuanto a salud, sí. Me siento muy bien, en cuanto para descansar, es que ahora el descanso, porque imagínate estar más de 15 años, con la molestia de levantarte en la madrugada, se me acaba el aire, porque simplemente se me tapaban los orificios, entonces sí era un poquito molesto, y ya tengo desde febrero que no me enfermó de una enfermedad respiratoria (José).

El paciente plantea de una mejoría a la hora de dormir y de respirar, del mismo modo ya no sufre enfermedades respiratorias desde la operación. Pero lo más interesante de todo es que el paciente se imagina una explicación ficticia sobre lo que pudo haber sucedido con su nariz: el hueso ha sido desbloqueado, por tanto ya respira por los dos lados. El desbloqueo por tanto pertenece al campo

de lo simbólico, ya que ninguna operación física ha sido realizada. De este modo, el paciente siente un cambio en su resistencia, en su rendimiento e incluso a la hora de ejercitar su cuerpo. El paciente, por supuesto, puede estar tratando de definir la situación de acuerdo con una información falsa. Es posible que nunca haya tenido un problema para respirar por un solo orificio, y por tanto, la cura también puede ser parte de la falsa información. Aún así el paciente considera un cambio sustancial en sus relaciones sociales y consigo mismo.

N: ¿O sea que tú te sientes que ha cambiado en relación antes tus relaciones con las mujeres?

J: Mira, yo en lo particular, eso nunca había sido una traba. Soy una persona muy segura, y no me había fijado, pero sí me he dado cuenta que ha cambiado. Inconscientemente, ahorita ya es otra cosa, ya llegan se me acercan de una manera diferente, ya hay un poco más de aceptación. Cuando antes no me molestaba y veía la forma de acercarme, pero ahorita, esto sí afecta, sí cambia.

N: ¿tú es que la gente tiene otra reacción frente a ti?

J: más en las mujeres, en los caballeros, claro que no, pero en las mujeres sí, en las amigas, ya no cuando hay una amistad. Cuando es una niña nueva, se nota bastante. Más ahorita, que mi negocio es un poco social, es de conocer personas, entonces cuando me acerco una chava, sí se ve un poquito más la aceptación, nunca me había molestado, pero sí me he dado cuenta que ha cambiado.

El paciente considera que desde que se realiza el cambio estético la percepción de las personas sobre su apariencia ha cambiado significativamente hasta el punto de lograr respuestas diferentes a las que antes lograba en la definición de una situación. De este modo, puede considerarse que la eficacia simbólica ha operado significativamente, siendo el efecto positivo el indicador de dicho efecto. Sin embargo, es importante señalar que ni yo, cuando observé sus fotos de antes, ni una familiar suya, notamos el cambio físico de manera significativa. Al preguntarle a su prima que cómo creía que le había quedado el procedimiento a su primo ella me contestó: “la verdad, yo no se lo noto casi”. Esta fue la misma impresión que yo tuve al ver sus fotografías, de modo que, aparentemente, la eficacia simbólica sobre el rito como tal del *pase* es el principal elemento donde se sustenta la cura. A este paciente, el hecho de haber ido a la capital, llegar a un barrio prestigioso allí, justo donde se encuentra una torre médica y escuchar los resultados de las personas que estaban a su lado, pero además que es una médica profesional la que realiza el procedimiento, resultan elementos fundamentales para el éxito de la eficacia.

...Ella simplemente me preguntó si tenía yo un problema respiratorio, no hubo un previo antes, no me dijeron cómo sería antes, como sería después, qué me podía afectar. Como ella me explicó, que no íbamos a abrir ni nada para darle forma a la nariz. Entonces yo creo que ella por su experiencia, ya definió qué era lo que tenía que hacer y cómo lo tenía que hacer. Entonces se me preguntó, más o menos, como la quería (José).

José comenta que no hubo una explicación de la médica sobre cómo sería que le solucionarían su problema respiratorio, no hubo una toma de placas radiográficas, pero tampoco una explicación del procedimiento que permitiría cambiar su aspecto funcional de modo positivo. Es decir, no se presentaron elementos adicionales que le permitieran considerar al paciente que se trataba su problema funcional en específico, solo se trata de la impresión positiva que tiene de la médica que le permite atribuirle un poder sanador, más allá de lo que realice estéticamente.

6.2 Lo que cambió fue mi seguridad

Si bien la seguridad cambió en los demás pacientes antes mencionados, en este apartado quisiera resaltar el caso de un paciente que reporta haber sentido mayor seguridad, pero no haber cambiado otros aspectos de la vida como superar la timidez o de considerar que las demás personas te ven diferente, cambiar de hábitos relacionados con la apariencia, ser más coqueto o coqueta, etcétera. Este paciente dice que su apariencia cambió y con esto también recuperó el rostro que había perdido por un golpe en la niñez, con lo cual podría sentirse incluido en un grupo al que pertenecía, pero la calamidad de su golpe le había hecho salir. Su autoestima también mejora, en el sentido que tiene ahora otro estatus, pero lo fundamental de su personalidad no cambia, porque nunca estuvo mal.

N: ¿en cuanto a lo que querías lograr tú crees que se ha cumplido hasta ahora lo que estabas esperando del procedimiento?

E: sí, sí, me siento contento porque era un detalle que quería mejorar, verdad.

N: ¿cómo crees que han cambiado tus relaciones sociales, por decir, crees que te proyectas diferente, crees que te miran diferente?

E: no, yo creo que me ven igual, yo creo que la persona en sí no es... no es... la persona es la esencia, es lo que piensa, pero yo creo que así ve la gente a los demás, así yo veo a los demás, pero yo no me veía así y realmente yo quería cambiar esa parte de sentirme más seguro.

N: ¿y las personas que te conocieron después de la operación te ven diferente?

E: creo que no, que es igual.

N: ¿crees que tú nuevo aspecto te brinda otras posibilidades o ventajas en cualquier ámbito de tu vida?

E: creo que sí tiene mucho que ver la presencia, porque proyectas más seguridad. De hecho tiene que cambiar eso pero en ti. Las posibilidades ya depende de cada quien. A dónde puedes llegar eso depende de cada persona y de su inteligencia (Erick).

El paciente afirma que la persona es percibida de acuerdo con lo que piensa, porque además asegura que así él ve a los demás. Es decir, para él lo más importante es lo que una persona proyecta, independiente de su forma física, pero él consideraba que, de todas maneras, para proyectar una imagen adecuada, requería cambiar su aspecto físico. Este razonamiento nos muestra la complejidad de las concepciones sobre el aspecto físico que hacen parte de lo que los pacientes consideran para tomar una postura frente a la cirugía plástica que se realizan.

Por otro lado es importante resaltar que el paciente durante su juventud temprana no recuerda haber tenido un complejo sobre su rostro, más su familia y en especial, su madre le insistió tanto en que su aspecto físico estaba mal, con lo cual, a partir de la insistencia él terminó por convencerse que lo que necesitaba era la cirugía. Su autoestima no llegó a estar tan afectada como para influir en sus relaciones interpersonales, pero sí en su autoimagen. De este modo, se plantea que la cirugía ha tenido éxito en el sentido que la eficacia simbólica ha tenido lugar, el paciente reporta que se siente mucho más a gusto con su propio aspecto y más aún que siente mayor seguridad.

6.3 Lo que cambió fue mi apariencia

Otro grupo de personas afirman que su único cambio se refiere a la apariencia física, pero que otros aspectos de su vida no cambiaron con ello. Las afirmaciones de los cirujanos en relación a los beneficios de la cirugía plástica sustentan un cambio en la vida de las personas a partir de un mejoramiento de la relación con ellas mismas. Pero hay personas para las que la transformación estética no ha sido un deseo presente en sus vidas durante mucho tiempo, más bien este deseo ha surgido por la influencia de factores externos y que demuestran la vulnerabilidad del poder de otros sobre el cuerpo, principalmente femenino. Pero el hecho de compartir esta ideología de la belleza en alguna

medida no significa que se desee o se quiera tener los rasgos a los que se hace alusión o más aún, que se sienta algún complejo de fealdad por ello. Sin embargo, las personas que decidieron someterse a una cirugía sin haber tenido dicho complejo durante gran parte de sus vidas, fueron inducidas a encarnar esos rasgos de belleza y por consiguiente en alguna medida el complejo de fealdad, tuvo lugar en un momento previo a la operación. De este modo, también se refuerza el ideal hegemónico de la belleza del paciente. Este es el caso de Raquel y de Margarita, la primera fue inducida a partir del médico, mientras que la segunda fue inducida por su propia madre y con la salvedad de que de todas maneras requería una operación funcional.

En el caso de Raquel fue el médico quien sugirió que se podría hacer un procedimiento estético, que él haría sin cobrarle sus honorarios, solo le cobraría los materiales y el anestesiólogo. Es importante señalar que el cirujano había aprendido esta técnica desde hacía poco tiempo, por lo cual es posible suponer que quería mejorar su pericia. Raquel por tanto considera que el médico “le metió la espinita” y a partir de allí ella comenzó a fantasear sobre cómo se vería, accediendo de este modo a la propuesta. Es en este momento que surge un complejo de fealdad, aunque sea un momento muy efímero. Sin embargo, lo suficientemente fuerte como para someterse a una intervención quirúrgica. A pesar de todo, ella afirma que la percepción de su propio rostro no tenía consecuencias en su autoestima.

N: ¿entonces eso te hizo sentir un poco más cómoda o crees que no tiene que ver?

D: no usaría yo la palabra cómoda, porque nunca estuve yo incómoda con mi cara, estuve más contenta, sí, pero cómoda, nunca estuve incómoda con mi cara. Tampoco siento que eso haya mejorado en cuestión a los empleos, a mí... ¿cómo podré decir? a mi autoestima. Sin embargo, en lo del busto sí. Porque era mi complejo, yo creo que cuando te haces algo que no es tu complejo, ni te benefician laboralmente, ni emocionalmente. Te digo, sí me siento contenta, pero no es algo que yo sienta que cambió mi autoestima. Porque no era algo que me incomodara (Raquel, 25 años).

La autoestima no se afecta de manera más positiva, porque no estaba mal. La paciente establece una diferencia entre sentirse contenta con su rostro o que haya cambiado su autoestima. Una cosa no implica la otra. De igual modo ni sus relaciones sociales, ni su proyección como persona ha cambiado de manera significativa a partir del procedimiento cosmético del rostro. Es interesante su paralelo, porque encuentra que lo que sí ha permitido mejorar

su autoestima es haber realizado una operación del busto. En la medida que esto se configuraba como un complejo sí contribuyó la operación a mejorar la autoestima.

María, por su parte, siente una mejoría en su aspecto físico, pero esta mejoría cree que ha sido imperceptible por los demás y solo ella lo ha notado. La única consecuencia positiva que anota es que ella se gusta más así misma, pero en cuanto las relaciones sociales mantiene una posición ambigua, si bien plantea que no ha tenido ventajas a este respecto, en otro momento dice que siente que llama más la atención.

N: bueno, ¿tú crees que te ha ayudado el cambio de esta imagen física a mejorar en tus relaciones sociales, como decir la manera en la que te presentas ante los demás?

M: no

N: ha sido lo mismo

M: aja, lo mismo. Por que cómo te digo que ni lo notaban, había personas que dejaba de ver antes de la operación y volvía a ver después de la operación y ni siquiera lo notaban.

N: ¿pero qué consecuencias positivas tuvo para ti esta cirugía... es decir, te sentiste más cómoda con tu cuerpo...?

M: es como si me hubiera gustado más a mi misma.

N: ¿y crees que las reacciones de las personas que tienes frente a ti en relación a cómo eran antes, por decir ahora te miran más los chavos o crees que antes no te miraban tanto o es igual?

M: creo que sí

N: (risas) ¿crees que sí qué?

M: como que sí llama más la atención que antes.

N: ¿notaste otras ventajas a partir de la transformación facial?

M: no

N: ¿no modificaste algún aspecto de tu vida en particular?

M: no, como si nunca me hubiera hecho una cirugía.

N: ¿tú crees que esto contribuyó a tu bienestar?

M: para sentirme bien conmigo misma yo creo que sí. (María)

En relación a su autoestima ella no indica que esto haya mejorado, pero de cualquier modo, se siente mejor con su propio rostro, considerándolo más acorde con el ideal hegemónico de belleza. De igual modo, es importante destacar, que si bien el aspecto de la nariz a la paciente no le gustaba, un elemento importante para la motivación de la paciente para realizarse la cirugía plástica fueron los padres. Fueron ellos los que en primer lugar propusieron la cirugía como una alternativa, de modo que la paciente no buscó por su propia iniciativa esta salida, ni se sentía tan incómoda con su rostro para hacerlo. Es

lógico pensar que si su autoestima no estuviera deteriorada no tendría porque mejorarse con la cirugía.

El caso de Margarita, lo más notable es la influencia de su madre que revierte en el hecho de su cirugía estética.

N: ¿y crees que las reacciones de la gente cambiaron frente a ti después de la operación?

M: nada más al ver el cambio, pues si me decían: “ay qué bonito que te quedó tu nariz!” los que supieron, pues, que me había operado “¡ay que bonita se ve tu nariz” o “¡se te ve muy natural!” Sí les gustó, a mucha gente que me ha visto les gustó la operación y el trabajo del doctor más que nada.

N: ¿y cómo te sentiste tú, te sentiste más segura o te sentiste más bonita?

M: sinceramente yo nunca había pensado así, yo nunca había tenido problemas con mi nariz. A raíz de todo esto, de que me enfermaba y eso, salió de esto, pero yo ni enterada de operarme ni nada. Ya después de verme me gustó mucho cómo me veo ahora. Pues sí, aprovechando el cambio, dijo pues estuvo bien después de todo, aceptar el cambio estético, porque sí me gustó, no se, sí me gusta como me quedó....

N: ¿crees que este cambio te hace mejorar en las relaciones sociales?

M: humm... no, así mayormente, no. A lo mejor en algunos casos, pero en general no (Margarita, 20 años).

Esta paciente se siente más admirada, alagada, sobre todo de las personas que sabían de su operación. Pero como se trata de una paciente que se realizó una cirugía estética, sin tener un deseo profundo de realizársela, tampoco su vida cambió en otros aspectos, de hecho no le da importancia al cambio que pudieron haber tenido las relaciones sociales. Es interesante señalar que la paciente nunca había pensado la cirugía estética en relación a su propia belleza, pero de todas formas, concluye que ha quedado bonita y que este descubrimiento lo realizó a partir de las miradas de los otros.

N: ¿cuando ya te recuperaste, cuando ya pasó el efecto posoperatorio, cómo te sentiste con el cambio estético, te gustó, cómo te reconociste de nuevo?

M: pues el principio yo veía a sí que no era un gran cambio y ya mi familia era la que me decía: “¡órale que cambio!” Igual algunos amigos que me habían visto antes y de ahora me decían: “¿órale qué te pasó? te ves muy bien”, el cambio no. Entonces mi mamá me decía: “¡no, te ves muy bien!” Entonces, como me había visto hinchada y todo, yo misma verme el cambio, no, pero ya con el tiempo cuando fui volviendo a la normalidad, pues ya sí me fui dando cuenta del cambio. Entonces la verdad sí me gustó bastante.

N: ¿pero fue más a través de otras personas o a partir de ti misma que se generó ese gusto?

M: pues al principio sí fue más a través de otras personas.

La paciente nota una aceptación por parte de las demás personas y es luego de esto que comienza a sentir que realmente ha cambiado para mejorar, lo que sugiere la posibilidad de que los juicios ajenos jueguen un papel importante en la acreditación del resultado por parte de su propio juicio. Los otros operan como auditorio que avala el procedimiento y la eficacia simbólica tiene efecto. Esto se encuentra de acuerdo con la siguiente afirmación de uno de los cirujanos:

“...sí, por supuesto. No tenemos estándares para evaluarlo de manera objetiva, pero si tenemos el cuidado de preguntarle a los pacientes como ha sentido su entorno, generalmente ellos van a decir que mucho mejor. Sienten que hay un mejor...eh sienten que hay una mejor relación con las personas que lo rodean y generalmente son personas más contentas. Entonces, ser personas contentas no es “¡ahí estoy más contento porque me siento más bonito o bonita!” Ok de origen sí, de inicio sí, pero para que esa alegría se mantenga eso lo tiene que ver reflejado en los ojos de los demás, porque los espejos de nosotros mismos son los ojos de los demás, lo que los demás digan o expresan con gestos frente a nosotros mismos es el espejo donde nos estamos viendo de manera permanente. Cómo me hablan, cómo me tratan.” (Dr. Miguel Ángel)

En este sentido, tendríamos un elemento más para tener en cuenta en relación a la eficacia simbólica y se trata de una apreciación intersubjetiva favorable frente al hecho. La aprobación de los otros que rodean al paciente en el momento posterior a la cirugía, se convierte en un factor a tener en cuenta en la satisfacción con el procedimiento que no habíamos tenido en cuenta antes. Los otros hacen papel de auditorio, en términos de Goffman (2006a), que se comportan como jueces importantes para juzgar la transformación.

De todas formas, Margarita considera que su aspecto físico nunca fue un obstáculo para expresarse adecuadamente dentro de su entorno social. De igual modo, el cambio cosmético le gustó lo suficiente como para no arrepentirse. Aún así la paciente considera que no se haría otra cirugía estética y que no lo hubiera hecho sino fuera porque tuvo un problema funcional.

N: ¿qué ventajas notaste, sí tuviste ventajas con tu transformación facial?

M: creo que nada más una mejor presentación, ahora sí que visual ante los demás, básicamente eso.

N: ¿cambió tu idea de los procedimientos estéticos a partir de eso?

M: Sinceramente, no.

N: ¿no te harías otra operación?

M: no, la verdad no. Ahora sí que le digo a mi mamá que esta operación fue... sí me gustó mucho cómo me quedó y no me retracto, pero le digo a mi mamá que si no hubiera sido por la enfermedad yo realmente nunca me hago una operación. Así al menos estética no.

N: ¿por qué?

M: no sé, yo siento que es algo así a lo mejor innecesario, si es no más para aumentar de algo, para verte mejor, pues no, se me hace algo así innecesario realmente. En mi caso, ora sí que fue por aprovechar y ora sí que para el mejoramiento de mi salud, en esos casos yo digo, aprovechas y todo, pero ahora sí que sufrir y estar pasando la recuperación, nada más por gusto, bueno yo no me lo haría (Margarita).

La paciente considera que su presentación es ahora mejor, es decir, más adecuada con las normas sociales y esto se encuentra en concordancia con el hecho de que le haya gustado cómo quedó. Pero de igual modo, afirma que no se realizaría otra operación estética, que solo se realizó esta por la enfermedad, pero que no se la hubiera hecho de no ser así. Su opinión es que es algo innecesario y que no vale la pena pasar por el sufrimiento de la recuperación por el resultado que se obtiene.

6.4 Hubiera podido quedar mejor

Se ha identificado otro grupo de pacientes que se realizaron cirugías en la nariz durante dos ocasiones o más. Suponemos que esta actitud es sintomática de una insatisfacción con el procedimiento en la primera y segunda ocasión. Fue difícil encontrar un testimonio directo de estas pacientes sobre su propia insatisfacción, considero, mediado por su cercanía con el cirujano, y/o por vergüenza a aceptar la insatisfacción con sus rostros. Hubo también otra información adicional por parte del cirujano y de una amiga, en el caso de Laura y en el caso de Sandra información proporcionada por una amiga. Según esta última, Sandra se realizó tres veces un procedimiento estético en la nariz. La primera ocasión fue con el doctor, por medio del cual, la contacté. Al preguntarle sobre el nivel de satisfacción con el primer procedimiento de la nariz la paciente evade una respuesta de sí o no “lo que pasa es que ahí más que resaltar el rostro, lo que resaltó absolutamente fue el abdomen.” Ella en este momento prefiere resaltar los aspectos positivos del procedimiento que implicó sacar un poco de grasa del abdomen para aplicarla en el rostro. Por otro lado, afirma que en la segunda ocasión se trató de una operación funcional, pero que al mismo tiempo aprovechó para hacer un procedimiento estético, mejorando cosas que aún no le gustaban.

N: ¿te levantaron la nariz?

S: no, no, no, lo que pasa es que me hicieron una disminución de los huesecillos nasales, y como las alas de la nariz tenía bastante amplias lo que hicieron fue cerrarlas, cortar un poco de las alas de la nariz y luego cerrar, prácticamente concentrar esto quedaba ligeramente levantado, lo suficiente como para que no se vea tan estético y para que mejorará muchísimo. Porque te soy sincera, me acuerdo muchísimo, ¡la tenía fatal, fatal, fatal, fatal, fatal! Entonces, no se me alcanzaba a ver el perfil con alguna curvita, la tenía totalmente chata, chata, chata, chata, chata, entonces sabes que me dice, tú tienes una piel de nariz muy gruesa. Hay diferente tipo de piel en la nariz. Yo tenía una nariz muy difícil, tengo una nariz muy difícil, porque mi piel es muy gruesa, entonces no podía quedar tan definida la punta, por el tipo de piel, era como si tuviera que limar la piel para adelgazarla y eso era imposible. Tras el traumatismo que había sufrido mi nariz era imposible adelgazarla, entonces lo máximo que se podía hacer era cortar las alas de la nariz y cerrarla, aquí tengo la cicatriz que apenas sí se nota (me la enseñó con su dedo y no noté casi nada) está muy leve y la desviación del tabique nasal y adelgazar luego de sencillas de la nariz que fue todo esto (señalando el dorso nasal)

N: ¿pero eso no lo hiciste en el primer procedimiento?

S: no, no, el primer procedimiento solamente fue la Lipoescultura facial.

N: ¿y no tocaron la nariz?

S: bueno, el doctor me puso retoques en la nariz, sí, pero eso se absorbió demasiado en la nariz, no funcionó y lo que realmente necesitaba mi nariz era una rinoplastia como tal. Era causar una fractura en la nariz y modelarla por completo (Sandra).

Se encuentra claro que el primer procedimiento no funcionó para los fines estéticos que ella quería, plantea que lo que ella necesitaba era justo una rinoplastia que era un procedimiento mucho más invasivo y completo que una lipoinyección en la nariz. Lo que está de acuerdo con lo planteado por su amiga según la cual, Sandra nunca quedó contenta con su nariz. De hecho, su amiga afirmaba que se había hecho una cirugía más de la que la paciente dio cuenta. De todas formas, al ser la paciente también médica, tuvo la curiosidad de investigar más sobre su nariz y confirmó lo que el segundo cirujano le había planteado sobre el nivel de cambio que podría tener. Dice que lo ideal hubiera sido adelgazar su piel para proyectar más su punta, pero esto era imposible de acuerdo con su tipo de piel. Ella ahora se encontraba convencida de que era difícil lograr algo diferente así no le gustara demasiado. De todas formas plantea que su nariz era fea por ser chata y ahora la encuentra mucho mejor. Aunque lo que se plantea desde este razonamiento es que aunque es posible que no se encuentre totalmente contenta con su nariz, encuentra una mejoría en ella.

En el caso de Laura resulta mucho más complejo analizar su nivel de satisfacción, debido a que se trata de una paciente que escondió

deliberadamente información. De acuerdo con fuentes alternas, el cirujano y una amiga cercana de ella, sus procedimientos en el rostro fueron tres, mientras ella solo da cuenta de uno. Este ocultamiento de la información revela que la paciente intentó plantear en términos de satisfacción sus procedimientos y decidió no dar cuenta de las motivaciones para realizarse un procedimiento tras otro. Lo más lógico en este sentido es que la paciente buscaba una mayor mejoría al realizarse cada procedimiento y por tanto, revela un grado de insatisfacción. La versión del cirujano fue la que consideré más neutral, puesto que él no tiene ningún beneficio, ni él consideraba alguna desacreditación aparente por el hecho de dar esta información. Es importante tener en cuenta que la paciente dice sentirse contenta con su rostro tal cual y que no siente que sea muy diferente al rostro no intervenido, sin embargo en el consultorio del doctor pude ver sus fotos de antes y después y personalmente me dio una impresión de cambio considerable. Si bien no se puede decir que su rostro es como de otra persona, el solo hecho de haber modificado los labios, los pómulos y la nariz en tres ocasiones implica una transformación, en uno u otro sentido, que no pueden pasar desapercibidas. Se nota una gran diferencia al ver la foto del “antes”, y compararlas con el “después”. De todas maneras, no parece haber pasado por el quirófano, por lo cual tiene un aspecto que pasa por no intervenido quirúrgicamente. De todas formas, esta paciente nota que ha conseguido ventajas en distintos niveles, laboral y personal, aunque resalta que la cirugía que más le ha reportado admiración no es la de su rostro, sino la de sus senos.

N: ¿crees que hay más apertura?

L: sí, sí, sí, siempre. Te abre más las puertas (...) yo me siento mejor, yo me siento tal vez un poco más segura. Mi carácter siempre ha sido fuerte, pero yo me siento ahora un poco más segura. Y eso lo transmites (...)

N: ya me hablaste de las de las ventajas que tuviste a nivel laboral, a nivel social con tus amigos ¿crees que obtuviste algunas ventajas después de haberte realizado el procedimiento?

L: Tal vez más apertura. De cosas que podías hacer con amigos o que le puedes pedir algún amigo algo, antes dos decían que sí y una no, ahora tres dicen que sí.

N: ¿te sientes más apoyada y más querida o no?

L: más apoyada, porque ya no te dicen tanto “no” por alguna cosa. Te digo que puedes pedir un favor algún amigo o alguna amiga, más amigos, decían tres sí y dos no, ahora son las cinco sí.

N: ¿eso mismo puede pasar en el ámbito laboral?

L: también, vayas donde vayas yo creo que la gente, desgraciadamente, te abre más las puertas. Sino la ves bien, si no es tan bonita, o si le falta esto, ya dices ¡ahí no! (Laura).

La paciente considera que ha ganado seguridad y también ha ganado más apoyo en el sentido que resulta más persuasiva a la hora de requerir algún favor. Es decir, que ella siente que recibe mayor aceptación de la gente, que tiene un poder que le permite contar más con los demás. De igual modo, considera que el hecho de haberse realizado las cirugías le abre más puertas a nivel laboral, ya que este mismo poder que se ejerce con los amigos se refleja en otro tipo de ámbitos.

Es de resaltar que las dos chicas que se encuentran en esta categoría, mantienen rutinas del cuerpo bastante estrictas con la alimentación y con el deporte, y no se han realizado una sola cirugía. Estas chicas también tienen una idea muy definida de lo que quieren cambiar y cómo lo quieren cambiar de modo que se convierten en el prototipo de pacientes no aptas para la cirugía plástica estética de acuerdo con lo que se verá más adelante en el capítulo de los cirujanos.

Uno de los pacientes que entrevistamos consideramos que es posible que se encuentre en dos de las categorías que hemos planteado. Se trata de José, ya que si bien a nivel de salud la eficacia simbólica operó con éxito no fue de la misma manera para el caso el resultado estético. El paciente a pesar de que dice que su resultado le gustó, siente que su trabajo se encuentra a medio camino y que es necesario para él, realizarse un segundo y hasta tercer procedimiento de modo que se le levante la punta de la nariz y que se ponga un poco más recta. De todas maneras, él se siente que si ha mejorado, aunque siga ambicionando otros cambios para quedar totalmente de acuerdo con lo que tiene en mente.

6.5 Cambié para peor

En el extremo opuesto al de una cirugía que ha propiciado el funcionamiento de la eficacia simbólica se encuentran las personas que quedan insatisfechas con el procedimiento quirúrgico. Como dije antes, este rubro está bastante disminuido de acuerdo con un sesgo que consideré anteriormente y que tiene

que ver con la referencia de los pacientes por parte de los cirujanos. Sin embargo, fue posible entrevistar a una persona que quedó insatisfecha con un primer y segundo procedimiento que se realizó en otra clínica diferente a la que estaba acudiendo actualmente por un tercer y cuarto procedimiento. En el momento de la entrevista todavía se encontraba convaleciente del tercer procedimiento, con lo cual no podía evaluar que tan bien sentía que le había quedado.

E: la primera vez que me lo hice, como te comentaba, no quedé satisfecho en el sentido de que me quería ver mejor y como no, fue al contrario, en vez de que mejorara, se hizo más voluminosa, cambió el aspecto, cambió la perspectiva de cómo yo la quería ver. Y esa fue la otra opción que yo tuve, que me la volviera a hacer para corregir ese detalle y lo que yo quería corregir desde antes (Eduardo, 30 años).

El problema concreto es que no se presupuestó que tipo de cicatrización podía tener el paciente, por lo cual en vez de “hacer más pequeña” la nariz, “se hizo más grande”. Para él no parecía algo muy fácil de aceptar; no solo fue muy arduo convencerlo de darme una entrevista, sino que la información que me dio fue sesgada, lo cual lo pude comprobar en su historia clínica donde había información diferente a la que me dio personalmente. Más aún llamó mi atención el hecho que dentro de esta historia manifestara que “es infeliz con su actitud.” Bien podría relacionarse esta infelicidad con su apariencia, como bien, a otros motivos diferentes. Sería, en cualquier caso, aventurado preguntarse el por qué. Sin embargo, si se podría asumir que parte de los motivos que lo lleva a realizarse otro procedimiento cosmético, tiene que ver con la intención de ser una persona más feliz. En este caso, el relato del médico o la ideología de la belleza no estuvo acorde con las operaciones que le realizó. Es decir, la imagen proyectada que el médico le prometió no solo no se logró, sino que fue la opuesta a ella. En este sentido tendríamos que decir que el cuerpo del paciente no encarnó los ideales, ni siquiera de una forma más o menos cercana a lo que se proyectaba desde el relato del médico. Es así, que pareciera necesario que se encontrara una mínima relación entre este relato y la imagen lograda con el cuerpo del paciente. De no ser así, la eficacia simbólica tampoco funcionaría.

6.6 Sobre la eficacia simbólica

Las personas que más asiduamente recurren a la cirugía plástica suelen ser aquellas que consideran que las relaciones con los otros dependen más de criterios de apariencia, bien sea porque están convencidas de que es un elemento importante para el buen desarrollo de éstas o porque se proyectan una vida asociada a la imagen como es el caso de los o las modelos, etc. De tal suerte que estas personas son más proclives a identificar los problemas que ven en su relacionamiento con el mundo en los rasgos físicos. Es así que el paciente en cuestión asocia a muchas de las desgracias que complican su vida a sus rasgos físicos y considera que al cambiar éstos arreglará todo lo demás. Incluso, es posible que a los ojos de los demás se trate de una persona atractiva y aceptable, pero la persona está convencida de que este rasgo es el que no le permite “ser totalmente”. La eficacia simbólica de la cirugía estética se sustenta en el “relato de sentido” o “ideología de la belleza” en el que el médico apoya sus criterios estéticos y en la práctica quirúrgica que le da la razón al individuo inseguro de sí mismo. Y de esta forma confirma sus más negativos presentimientos (Le Bretón, 2010). Si se propicia la adecuada identificación del rasgo modificado con la ideología de la belleza que el paciente y el médico tienen, la cirugía estética suele funcionar bien, porque el individuo hace una transferencia sobre sus males al rasgo y una vez cambiado el rasgo la persona puede cambiar lo que está mal en él. Pero lo que consideramos en esta investigación es que se corre un riesgo, ya que este modo de actuar de la cirugía plástica plantea una debilidad, en el sentido que incentiva la imaginación del individuo a considerar que su propio valor como persona depende de la cercanía de su apariencia a este “ideal”. Por tanto, si no se da la adecuada correspondencia que el paciente puede calcular entre el resultado de su rasgo con lo que ha identificado como “bello” la eficacia simbólica puede reforzar el sentimiento de su propia inferioridad.

De acuerdo con Le Bretón (2010), si el rostro es la encarnación más significativa de uno mismo, la metamorfosis de una vida decepcionante puede construirse, por derecho propio, gracias a la intervención estética sobre aquel; evitando enfrentar el asunto desde el desarrollo de una disciplina y una

paciencia que supera la voluntad. Es decir, se trata de un camino fácil en relación a los objetos negativos responsables de fracasos personales o profesionales.

El resultado de la eficacia simbólica de la operación puede concluir de dos maneras que hemos entendido en este capítulo como dos extremos: puede revertirse el sentimiento de subestimación que el individuo tenía de sí, pero también la eficacia simbólica puede fracasar y es posible que no cambie en nada y que suscite otro problema. En el caso positivo encontramos en común entre los dos primeros pacientes que hubo un buen entendimiento entre los pacientes y el cirujano en relación a la idea de belleza que estos tenían y que ellos fueron los que propusieron cuales eran los cambios que querían lograr, adicionalmente existió en su historia personal un conflicto en su autoestima por observaciones de otros o propias en relación al aspecto de su nariz. El cambio estético se dio de una manera que aparentaban no haber pasado por el quirófano. En cuanto al tercer paciente encontramos, de igual modo, este sentimiento de baja autoestima asociado a su aspecto físico, en especial su nariz, pero en este caso para él fue crucial el escenario donde se realizó *el pase*, pero también *el pase* como rito donde se agencia la eficacia simbólica. La eficacia se notó más en el aspecto de su salud y fue mucho más claro en el sentido de que el paciente no tuvo una intervención adecuada sobre un supuesto problema funcional. El segundo grupo, ubicamos a los que solamente sintieron que cambiaron la apariencia sin ninguna consecuencia a nivel de la autoestima, en el sentido que no fue una autoestima deteriorada lo que motivó la cirugía. Es decir, si este aspecto estaba bien, no tendría por qué cambiar sustancialmente y por tanto, las consecuencias de la personalidad no fueron tantas. Para una de ellas en especial, Margarita, el beneficio que le habría traído sentirse más bonita sería mínimo. Ella nunca se había sentido fea, más bien tomó la decisión de realizarse la operación estética por sugerencia de su madre. Una vez se realizó la cirugía, la aprobación que recibió de los demás fue la que condujo una revaloración de su aspecto físico. Es decir, solo se “sintió más bonita” hasta que los que estuvieron cercanos a ella y supieron de la cirugía la aprobaron. Sin embargo, ella por sí misma no había notado el cambio. Aunque consideramos que el solo hecho de haberse

sometido a la cirugía implicó algún nivel de duda al respecto a la dignidad de su propia imagen y desde esta perspectiva es que se genera una condición de satisfacción y sentimiento de mejoría.

En el tercer grupo se encuentran las personas que en algún momento no encontraron una satisfacción plena y acudieron a un segundo o tercer procedimiento. Es de destacar que este par de pacientes son las que más dedican tiempo y sacrificios a su cuerpo, en la medida que hacen dietas o ejercicio excesivo. Tienen una idea muy clara sobre el ideal de belleza que quieren alcanzar y cuestionan a su médico en relación a este. Se podría decir que este tipo de pacientes representan un problema para los cirujanos en la medida que no se dejan guiar fácilmente por ellos y no están conformes con un resultado cercano a lo que quieren, sino más bien, son muy exigentes con el resultado, esperando una similitud muy cercana a lo imaginado sobre su cambio en la apariencia. Estas pacientes pueden haber quedado satisfechas o no, luego de varias cirugías, pero lo que es claro es que la inconformidad está desplazada a otras partes del cuerpo que mantienen asiduamente vigilando y que deciden controlar a través de la dieta o del ejercicio, pero que en cualquier momento podría ser una nueva cirugía plástica. En este sentido la eficacia simbólica no se ha expresado plenamente en la medida que “la relación con ellas mismas” no se ha resuelto del todo. De todas maneras se puede decir que en alguna medida las pacientes sienten una mejoría, pero dicha mejoría suscita nuevos planes sobre intervenciones futuras, lo que termina por ser una mejoría parcial. El último caso es de un paciente que no queda satisfecho con su rostro, ya que no considera una correspondencia entre el ideal de belleza teórico y lo que se ha logrado en su rostro desde las habilidades técnicas del cirujano. Recibe también un concepto negativo por parte de quienes le rodean y busca alguna manera de corregir su rostro nuevamente. El paciente considera que su rostro era mejor que antes de haberse hecho la cirugía plástica, de este modo podemos decir que la eficacia simbólica ha fracasado totalmente.

Le Bretón considera que el fracaso se puede dar a causa de una mala relación con el cirujano o con el equipo de atención médica o de una estructura neurótica demasiado arraigada para que la autoestima sea restaurada con tan poco o por una reacción decepcionante del entorno luego de la operación. De

igual modo, la modificación del rostro puede movilizar los fundamentos originarios del sentimiento de identidad, aunque no haya sido vivido de modo gratificante, perturbando las bases de la identidad. En este trabajo por su parte, hemos encontrado que la eficacia puede fracasar desde la perspectiva del paciente, bien porque existe un ideal de belleza no negociable que se quiere conseguir en el quirófano o bien porque el resultado de la operación dista de lo acordado antes de la cirugía. Es decir, en ambos casos se trata de un problema de comunicación, por un lado existe una diferencia en relación a lo que se valora como bello desde paciente y el cirujano y por otro puede existir un desfase entre lo que entiende el paciente que será su cambio y lo que luego percibe en su rostro como resultado completo. Si partimos de la premisa que los criterios de belleza son subjetivos es altamente probable que estas diferencias entre lo que el médico y el paciente consideran bello y que de hecho nunca lleguen a entender plenamente a qué se refiere el cirujano en relación a los cambios que quiere realizar en el paciente o a qué se refiere el paciente en relación a lo que aspira. La consulta antes de la operación es donde se están haciendo acuerdos en base a ideas sobre el aspecto físico y no sobre algo más concreto. Esta situación puede permitir los malos entendidos, pero además al doctor le queda imposible hablar sobre un resultado concreto en la medida que solo podrá tomar algunas decisiones una vez esté haciendo la operación. Por lo cual, es poco honesto anticipar un resultado concreto fijado en una fotografía o bien en un dibujo. Pero por otro lado, la mala comunicación se puede propiciar cuando el cirujano esconde o plantea de manera poco clara los riesgos que se corren al realizar la cirugía plástica, sobre las consecuencias de estos riesgos y los posibles resultados adversos. También existe la posibilidad que la cirugía sea un fracaso incluso para el mismo cirujano que siente que se ha equivocado a nivel técnico o incluso sin pensarlo, puede ser que su habilidad técnica sea mediocre, por lo cual sus resultados no son los que esperaba el paciente.

CAPÍTULO VII LA TRANSFORMACIÓN ESTÉTICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS CIRUJANOS

Los cirujanos visitados y entrevistados respondían todos a una visión particular de su profesión. Sin embargo, encuentro algunas generalidades que considero importante rescatar en función de generar claridad en concordancia al tipo de relaciones que establecen con los demás médicos y los pacientes en el contexto particular donde han decidido trabajar.

7.1 La dinámica de la cirugía plástica en Tuxtla Gutiérrez desde el cirujano

En general, los cirujanos plásticos estéticos y las médicas estéticas sugirieron que la demanda, la competencia y la rentabilidad de los servicios estéticos eran mayores en otros estados de la república con indicadores de calidad de vida más elevados que Chiapas. La ecuación parece bastante razonable, debido a que la cirugía estética es un servicio “de lujo” o de “libertad” en oposición a los servicios que se consumen por “necesidad.” Los primeros expresan las facilidades que otorga la posesión de un capital, mientras que los segundos expresan el ajustamiento a la supervivencia (Bourdieu, 1998).

Entre los siete médicos entrevistados, 4 consideraron que su demanda podría ser mucho mejor si estuvieran en otro estado, 3 de ellos consideraron que tenían una demanda adecuada, de cualquier forma se trata de pocos cirujanos para una ciudad de 553.374 habitantes (INEGI, 2011). Tal y como lo expresa el doctor Leonardo:

L: En cambio si te vas a provincia o algún otro lado donde obviamente te tienes que valer por ti mismo y hacer las cosas de acuerdo a cómo te enseñaron, cada año actualizándote, viajando afuera, por eso me vine a una provincia, busqué, solicité, cuántos cirujanos plásticos habían en cada estado y... la factibilidad de que la gente viaje a México es mucho más difícil entre más lejos esté de la Ciudad de México, por ejemplo en el sur Tuxtla Gutiérrez está más retirado... Pero la competitividad es muy buena a nivel de cada estado, hay muy buenos cirujanos plásticos en cada estado. Entonces yo cuando llegué hace 23 años había como tres cirujanos plásticos y la población fluctuaba entre unos 350 /400.000 gentes, consideró que 100.000 gentes por cada cirujano plástico, en nuestro medio, es una población adecuada. Como

puedes ver aquí no hay sino seis a nueve cirujanos plásticos, en Tapachula hay dos, nada más, ni Comitán, ni San Cristóbal. Ciudades con un hábitat de 150, 200, 250 mil, tienden más a viajar a la capital. Y más que son especialidades de tercer nivel que le llamamos nosotros... Entonces es por eso que los cirujanos plásticos no más se encuentran en las grandes ciudades. Porque en ciudades más chicas no realmente funciona... entonces fue por eso que elegí Tuxtla Gutiérrez, por plaza, por habitante, y por la cantidad de plásticos (Dr. Leonardo).

La cantidad de cirujanos parece ser un buen argumento, pero también es importante el nivel de ingresos de las personas y que tanta aceptabilidad haya hacia la cirugía plástica. En relación a los ingresos los cirujanos entrevistados manifestaron que la mayoría de sus pacientes/clientes, eran personas de ingresos medios, que ahorran para hacerse algún procedimiento. Lo particular de Tuxtla Gutiérrez en este sentido, según los cirujanos, es que la gente tiende a hacerse procedimientos a partir de sus ahorros y no de créditos, como es el caso de otros lugares del país y a pesar de que los bancos ofrecen créditos de libre inversión.

En relación a la aceptabilidad el doctor Rafael manifiesta: "...van aceptándolo mejor, ya no se ve como una... antiguamente se veía como un capricho el que se podía hacer una cirugía, pero ahora se ve como una necesidad..." A pesar de que su versión coincide con el hecho de que cada persona que entrevisté conocía por lo menos a una persona que se hubiera hecho un procedimiento estético, y en especial de la nariz, el doctor Miguel Ángel opina lo contrario.

N: ¿entonces tú crees que tal vez el nivel de ingresos del estado...?

M: cultural, cultural.

N: es algo más cultural.

M: digo, también el nivel de ingresos tiene que ver, menos personas tienen en el nivel de ingresos para estar haciéndose cosas. Pero también cultural. A lo mejor y si hubiera un mejor nivel de ingresos y la gente se pudiera hacer más cosas, también sucede el cambio cultural, porque es algo a lo que se van habituando.

N: ¿por qué dices que cultural?

M:...si estás en una ciudad, donde la mitad de tus vecinos se han operado, pues culturalmente tú tienes más contacto con este tipo de procedimientos y estás muchísimo más civilizada y lo ves como una posibilidad mucho más real y más factible. Si estas en una ciudad donde solamente el 10% o el 5% de los vecinos de la colonia se ha hecho algún procedimiento, pues es algo que es más cuestionable que te lo hagas, porque el 95% de la gente no se lo ha hecho. Culturalmente tu actitud va ser un poco más de temor a qué actitud vayan a tener en la sociedad ante tu procedimiento. Tendrías temor a que haya rechazo a lo que tú te hiciste, que es a criticar (Dr. Miguel Ángel).

Por su parte, 4 de los 14 entrevistados manifestaron haber recibido críticas de cuenta de familiares y/o amigos frente a su transformación. Mientras que otros 4 fueron los parientes, quienes en primera instancia, sugirieron a estos hacerse el procedimiento, los seis restantes tomaron la decisión por su cuenta y recibieron apoyo. Aunque esta observación no es concluyente concuerda tanto con el testimonio del doctor Ricardo como con la susodicha información sobre la cantidad de personas que los entrevistados conocieron que se realizaron procedimientos estéticos. De cualquier modo, el testimonio del doctor Miguel Ángel manifiesta una queja en relación a la cantidad de personas que se operan por las cuestiones culturales que señala. De igual modo, es interesante señalar cómo el doctor relaciona las personas que tienen mayor aceptabilidad a la cirugía con una sociedad más civilizada. Para él la civilización y la apertura a las cirugías plásticas se encuentran en un orden de causa y efecto. Por otro lado, es posible considerar que siendo Tuxtla Gutiérrez una ciudad donde los ingresos son distribuidos de una manera muy desigual esto podría dar cuenta de la demanda diezmada que algunos médicos observan. De igual modo, la observación del doctor Miguel Ángel también tiene pertinencia para explicar este fenómeno:

M: ...no lo sé yo, porque los círculos de dinero no se operan acá, o por lo menos conmigo no. Los círculos de dinero, podría yo suponer, que buscan operarse donde no los vean, donde el cirujano no sea conocido de nadie, donde no vayan a ver en una sala de espera. O volvemos a lo cultural, que eso lo tenemos en todo el país, la gente acá se dice esta manera, no hablando de plástica no más, sino en toda el área de salud. La gente de aquí de dinero se opera en México y la gente de México, de dinero se opera en Houston, pero suponen y buscan que van a estar en iguales condiciones, en manos más expertas, aunque no necesariamente sea así. O por la sensación de bienestar y superioridad que les da a ellos atenderse en un lugar que se supone mejor. (Dr. Miguel Ángel)

La discrecionalidad y seguridad que supone operarse en otro lugar con tecnología más avanzada y más costoso puede ser un factor que interviene en la dinámica de la cirugía plástica en Tuxtla Gutiérrez, sobre todo, si tomamos en cuenta que la totalidad de los doctores manifiestan que no operan gente de dinero. Además en una ciudad pequeña como Tuxtla Gutiérrez es importante que tengan en buen concepto del cirujano plástico con el que decidan operarse. Así es que si corren rumores, infundados o ciertos, sobre

insatisfacciones de las personas, errores médicos o bien negligencia es muy probable que la demanda de la cirugía plástica estética se disminuya.

7.2 Autopercepción de los cirujanos y las buenas prácticas médicas

Las representaciones que tienen los médicos sobre las buenas prácticas médicas nos indican cuales son los comportamientos “idealizados” que los cirujanos plásticos estéticos consideran deben de guiar su trabajo. Por tanto, la imagen que el cirujano plástico intentará presentarnos será la que corresponda, de manera más cercana, a éste ideal. Esta exaltación del valor de su propia forma de trabajo se realiza con frecuencia por parte de ellos, haciendo alusión a lo que no se debe de realizar, de modo que encuentran referentes concretos en otros médicos, otras profesiones o bien caracterizaciones abstractas sobre lo que no debe de ser un profesional. Cualquier testimonio para un científico social debe de ser tomado con cierta reserva, sin embargo el autoconcepto de un cirujano plástico estético debe de ser tomado aún con mayor cautela por parte de los investigadores sociales, ya que esta profesión tiende a ocultar sus errores, en la medida que esto sería incompatible con la visión que se espera se obtenga de él. Para esta profesión, como para cualquier rama de la medicina, la sanción social de un error es mucho mayor que para otras, en el sentido que se trata de la vida humana la que está en juego, por lo cual, también al interior de ella se tienen medidas de protección en relación al mantenimiento de una cierta imagen que se espera se tenga de sus profesionales. En este sentido, a pesar de que considero los testimonios como valiosos, intento darles objetividad a partir de lo que plantean otros médicos y de una observación etnográfica más amplia. A partir de ello, lo que me interesa señalar es cómo los cirujanos estéticos definen quién hace su trabajo de manera adecuada, quién no y donde se ubican ellos mismos en relación a estas representaciones de buena práctica médica.

La primera observación en la que encuentro una delimitación en relación al manejo de las técnicas es la distinción entre un *charlatán* y un profesional. El *charlatán* es la antítesis del cirujano plástico estético ideal. La principal

característica del *charlatán* es que es un “buen vendedor”, logra seducir con promesas, que en muchas ocasiones, son sobredimensionadas o falsas y cortoplacistas, poniendo por encima su lucro personal ante la seguridad de los procedimientos. No tiene mucho cuidado con los potenciales riesgos, no se preocupa por ellos, ya que la salud del paciente no es su prioridad. De igual modo, no tienen el criterio para poder dar cuenta de la calidad de un producto y por tanto aplican productos que son malos o que tienen consecuencias negativas a largo plazo. Por lo general, *el charlatán*, no tiene un sustento científico que lo avale. Aunque también puede ser un médico general o un médico estético, o incluso un cirujano plástico que no ha logrado su certificación o uno que si lo ha hecho, pero que es mediocre; de cualquier forma, sus capacidades son menores que los retos que afronta. También se ha visto el caso de personas que ni siquiera pertenecen a la rama de la medicina y se disponen a realizar procedimientos invasivos. Los *charlatanes* son el dolor de cabeza de los cirujanos plásticos estéticos porque son ellos, principalmente, los que desprestigian la profesión con sus actos irresponsables.

...El problema es que este experto no sea verdaderamente un experto, sino que es un charlatán, donde además son personas audaces, ávidas de dinero, con capacidades para conocer la gente, que no se van a poner a decir “esto no te conviene”. Se lo van a hacer, porque va a sindicarse para ellos un ingreso económico. Y lo van a animar a que se haga más cosas y por más ridículo que se vea, cuando lo vean le van a decir “¡Qué bien te ves! ¡Qué bárbaro!” (Dr. Miguel Ángel).

A pesar de que la medicina estética, al igual que la cirugía estética, es una especialidad médica que se ocupa de la búsqueda y mantenimiento de la belleza de los pacientes, las técnicas usadas por estos profesionales de la medicina son de pequeño intervencionismo, en las que se emplea anestesia tópica o local y en régimen ambulatorio, es decir, no requieren anestesia general, ya que esto corresponde a la cirugía plástica. Por lo general, los cirujanos plásticos estéticos también realizan este tipo de intervenciones poco invasivas como colocación de Botox, colágeno, microdermoabrasión, delineado permanente, depilación permanente, entre otros y por tanto la única diferencia entre unos y otros es que unos están capacitados para hacer cirugía mientras otros no. Sin embargo, es frecuente escuchar por parte de los cirujanos plásticos la falta de idoneidad de los médicos estéticos de algunos

procedimientos que éstos ofrecen. Los cirujanos plásticos estéticos con frecuencia denuncian que los médicos estéticos realizan intervenciones invasivas que no están capacitados para realizar.

N: yo estuve justamente viendo este asunto de la nariz con inyecciones, un modelado muy rápidamente, tú que opinas frente a eso, ¿esa técnica que tan duradera puede ser?

F: es que aquí normalmente la ofrecen gente que no es cirujano, obviamente. Esteticistas, yo no estoy de acuerdo con el proceso, es un proceso que no está comprobado que funcione, lo mismo que tú, lo que está publicado sabemos que funciona, para bien o para mal que tenga respaldo de literatura realmente, que funciona, eso no lo tiene, a mí me parece que es más de esteticistas, de gente no preparada, y que por poco dinero quiere modificar un sitio y al revés, perjudican. He visto muchas secuelas de esas inyecciones y yo no lo hago ni jamás lo haré en mi vida (Dr. Ferro)

De igual modo, los médicos esteticistas consideran que los *charlatanes* son aquellos que no tienen un título como profesionales de la medicina o que no han hecho diplomados o bien los cursos que han hecho son pagados por las empresas que venden productos estéticos, pero que no tienen un sustento científico.

Un segundo aspecto importante al que los médicos hacen alusión tiene que ver con la idoneidad por parte de otras especialidades para realizar la cirugía estética de la nariz, como es el caso de los otorrinolaringólogos. Para el doctor Ferro y el doctor Santos, los especialistas de la otorrinolaringología no tienen las habilidades técnicas para intervenir de una manera estética la nariz.

...Esa es un poquito la diferencia entre otorrinos y nosotros, los otorrinos te ven la nariz, el cirujano plástico te ve todo el rostro y busca es una armonía, entonces no es tanto que el paciente te diga: "ah, es que yo quiero una nariz" obviamente el paciente te puede decir: "a mi no me gusta esto", pero tu técnicamente debes de saber cómo lo debes de modificar y qué tanto lo puedes modificar (Dr. Ferro).

Mientras que para el doctor Rafael, quien es otorrinolaringólogo, su trabajo tiene un valor agregado, puede realizar cirugía estética sin afectar el aspecto funcional.

R: ...hay cirujanos, cirujanos plásticos sobretodo, que les gusta una punta nasal colapsada, es decir, muy estrecha, muy delgada y que prácticamente se ve nada más... se llama pellizcamiento... incluso las alas muy delgadas que hacen que se vea muy estrecha la punta de la nariz, pero eso repercute en la cuestión funcional

N: ¿o sea que a veces sacrificamos la cuestión funcional por lograr un prototipo de belleza que resulta perjudicando esta cuestión funcional?

R: exacto, exacto. Si, así es (Dr. Rafael).

Pero por otro lado, el doctor Leonardo manifiesta que en ocasiones es importante tener la ayuda de un otorrinolaringólogo para tener mejores resultados en la cirugía.

...A pesar de que tengan una obstrucción nasal, estamos hablando de un aspecto funcional y estético, en ocasiones la obstrucción nasal es tan severa que es mejor tratarla con otorrino para que una otra forma... el paciente salga contento, ¿por qué motivos? cuando las obstrucciones un poquito más difíciles, que tiene menos experiencia el cirujano plástico, hay algunos plásticos que sí la tienen, pero en mis manos realmente, obstrucciones muy anteriores no, no me trato de meter en problemas, porque el paciente es muy difícil de quitártelo... llamas a un otorrino para entrar en conjunto, si el paciente está de acuerdo y si está de acuerdo, pues se opera obviamente con los dos y si no pues tu lo llegas a operar... (Dr. Leonardo).

De esta manera, se puede considerar la rivalidad entre los médicos de cada especialidad como elementos presentes en su discurso, al parecer asociado con una disputa de poder sobre un campo de especialidad quirúrgica aún no muy definido en el sentido que otras especialidades pueden llegar a realizar una cirugía estética, con beneficios económicos importantes e incluso buenos resultados. En cualquier caso, el estatus que tiene el cirujano otorrinolaringólogo en los cirujanos plásticos entrevistados es ambiguo, lo que se señala de él es que no tiene las habilidades técnicas para realizar procedimientos estéticos con resultados de buena calidad, pero tampoco se señala que su perfil sea equivalente al de un *charlatán*. Por su parte, el cirujano otorrinolaringólogo, aduce capacidades superiores que los cirujanos estéticos por tener clara idea de la funcionalidad. Es importante hacer claridad en cuanto a que si bien encontré pacientes que tuvieron resultados satisfactorios desde la cirugía plástica estética y sin ningún problema funcional, también hubo los que se encontraron satisfechos con los resultados obtenidos por un cirujano otorrinolaringólogo, desde la estética, desde la funcionalidad o ambas.

Un tercer grupo al que los cirujanos plásticos estéticos caracterizan como opuesto al que consideran el ideal es el de los cirujanos plásticos estéticos malos o mediocres. Estos pueden ser cirujanos plásticos estéticos certificados,

incluso pueden pertenecer a alguna asociación de cirugía plástica a nivel nacional como la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica o el Consejo Mexicano de Cirugía Plástica, o pueden ser sus propios compañeros. Cada médico con el que hablé se consideraba asimismo mejor que los demás y los otros médicos son mediocres, mientras ellos son de formación más estricta, los otros parecen vendedores, mientras ellos se preocupan por la salud de los pacientes y por las necesidades de los pacientes, los otros dejan resultados artificiales, que se notan y mientras ellos se preocupan por dejar resultados naturales, que no se noten. Pero además, los médicos mediocres tienen envidia de los médicos buenos y usan cualquier cantidad de estrategias para desacreditarlos.

...Yo dije si no me voy a vivir a Tuxtla... Lo que fue un error muy grande, porque mi formación y todo ya era de alta competencia, como para un lugar como el D.F., no como para un lugar como Tuxtla, aquí le vine a caer mal a la gente pero terriblemente y a chocar con medio mundo, porque además yo era de alta competencia, ¡sin medida! ¡un cae mal, pues!... O sea, yo no debería de haber regresado a Tuxtla. Ahora si me dices que me vaya a otro lugar de alta competencia ¡híjole! Tendría yo que reestructurar mi pensamiento otra vez...(Dr. Miguel Ángel).

De acuerdo con el doctor Miguel Ángel su apreciación es que debido a que tiene una alta formación los colegas cirujanos plásticos no tienen buena relación con él. Considera así que el nivel de competencia de un lugar como el D.F. hubiera sido más acorde con su tipo de formación.

Entonces les caes mal y hacen lo que hacen en los espacios de gobierno, Tuxtla es una ciudad de gobierno, es que la mejor forma de atacarte es decirte que no sabes hacer lo que haces. Aunque su conflicto sea porque tu haces muy bien las cosas. Entonces, no importa, de todas formas te van atacar de la misma manera, diciendo que tus cosas no sirven. Y dicen: "no, yo soy testigo", son las gentes del mismo gremio. Entonces esa fue mi circunstancia (Dr. Miguel Ángel).

Las estrategias políticas para desacreditar a los otros médicos es algo que también había mencionado el doctor Santos. Pero el doctor Miguel Ángel va más allá señalando también estrategias que se orientan a la desacreditación de la imagen del cirujano en una escala micro. Por otro lado, la idea que tiene de los demás colegas de Tuxtla Gutiérrez es que no tienen grandes ambiciones profesionales, por tanto, la competencia se hace débil, algo que él

considera que no es para lo que le habían entrenado. Pero además, los Tuxtlecos tampoco parecen preparados, desde su punto de vista, para escoger a alguien con habilidades técnicas superiores.

N: ¿o sea que aquí no habían otros cirujanos cuando tú llegaste?

M: sí había, pero mira... Los compañeros que yo tenía aquí de cirujanos plásticos, que llegaron junto conmigo, antes que yo o ¡muuucho antes que yo! Nunca habían ido a un Congreso nacional, ni siquiera, ni siquiera asistido... dos mentalidades totalmente diferentes, de mis compañeros, que eran gente del montón y del montón para abajo a yo que era de alta competencia. Ellos estando aquí no tenían ningún problema de estar chocando, ellos eran de la vida alegre, de la vida bella, yo no. Yo era de una formación de las cosas bien hechas. Que eso tiene lugar en un espacio donde haya más competencia y haya espacio para los que están compitiendo, por ser los número uno ¿no? aquí a lo mejor yo era el número uno, ¿pero eso qué le importaba aquí a la gente? (Dr. Miguel Ángel).

El doctor insiste que la formación que recibió no es congruente con un lugar como Tuxtla Gutierrez, ya que el rigor y la disciplina hacen parte de un contexto más competitivo y no un lugar donde la vida es más tranquila.

...abuso de poder ¡absoluto, absoluto! El poder se ejercía cabronamente. Era para acatarse tal cual y como se les ocurriera, tenían todo. Entonces yo vengo de dos disciplinas donde las órdenes son para... Un lugar como es Tuxtla que es un pueblo para vivir tranquilo, mi manera... no hay espacio. (Dr. Miguel Ángel).

Dentro de esta caracterización de los otros médicos de Tuxtla Gutiérrez se encuentra una relación casi equivalente a lo que se refiere a médicos malos o médicos mediocres. Y los médicos malos son frecuentemente relacionados con los *charlatanes*, pero principalmente, cuando se hace alusión a una característica en específico que los identifica: “buenos vendedores.” Es decir que a los médicos malos se les atribuye ser buenos vendedores y por tanto pueden caber dentro del rubro de *charlatanes*. Si bien reconocen que es una cualidad que puede contribuir a mejorar la clientela, los buenos médicos parece que no se tuvieran que regir por ello.

... hay médicos, mejor dicho, hay médicos que de alguna u otra forma... ofrecen los procedimientos ¿si me explico? Tú llegas y me dices “quiero operar mi nariz.” Ok ¿y por qué no te pongo... te relleno la cara? “¡doctor! ¿pero por qué?” porque te vas a ver mejor... si tu estás muy inestable y aceptas una condición en que no habías pensado, pues obviamente no vas a quedar a gusto y si ahí te digo que te voy a poner mentón y te puedo poner pómulos es un cambio muy radical, donde no eres tu y es mucho que es psicológico, pienso yo, no soy el tipo de cirujano que piensa así... ¡llegas con otros y te ponen hasta orejas arriba del temporal o que se

yo!... Hay gente que llega a vender hasta su carro. Me tocó una chica que llegó a vender hasta su carro y fue con un charlatán y estaba triste, porque su nariz no había quedado bien. Pero pues también se van con gente que realmente no es así (Dr. Leonardo).

Él por su parte considera que hay otros médicos que son malos, porque dejan malos resultados, pero estos resultados están asociados a un afán de vender más procedimientos de los que llega requiriendo el paciente, lo cual no está acorde con la idea de un buen profesional y que más bien está asociado a los *charlatanes*.

...A mi me consta y lo he visto, porque después vienen todos deprimidos, trapeados y golpeados, con movimiento de algunos implantes que dices tú ¿pero por qué? Es que así me dijo que iba a estar y una serie de situaciones que no se si lo manejan por dinero, creo yo, no lo se o no les va bien, no lo se... (Dr. Leonardo).

Esta asociación entre cirujanos con perfiles de vendedores, médicos malos y *charlatanes* se encuentra constante en el relato de varios médicos. De la misma manera lo expresa el doctor Miguel Ángel.

L: en otras palabras lo que estas diciendo es que no todos, que todos se ganan un estatus o una fama, no de la misma manera. Sino unos por buenos resultados, otros por buenos vendedores, otros por tener buenas amistades y otros por ser muy conocidos.

S: yo pienso que sí, que es porque vieron y gustó.

M: pero tiene mucho que ver cómo habla la persona.

S: pero no todo el mundo sale satisfecho, cualquier cosita.

M: por eso digo que tiene mucho que ver cómo hable la persona. La persona puede haber quedado mal y está enamorada del doctor, lo recomienda y dice maravillas de él.

S: o sea que se dio a querer porque era muy amable.

L: eso es lo que estamos diciendo, da buena imagen, por equis o por ye, entonces la gente dice, que aunque no tenga buenos resultados. Es que me cae muy bien. Buenísimo yo te lo recomiendo.

S: en medicina tenemos un dicho, no en plástica, en estética, y dice: "el doctor era buenísimo hasta el velorio vino". La gente está encantada, porque fue al velorio, pero al cliente lo mató.

L: era tan buena persona que fue al velorio.

M: se muere dos días antes, sino hubiera sido por él. Entonces el ser humano es muy complejo, sino no existirían los charlatanes, sino existiera todo ese terreno. (Dr. Miguel Ángel).

En esta narrativa el doctor plantea un aspecto muy interesante en relación a la eficacia simbólica, él nota que los pacientes tienden a considerar los resultados positivos, incluso si intersubjetivamente no se considera así, porque el cirujano ha logrado impresionar positivamente con su fachada al paciente. Es decir,

finalmente es la eficacia simbólica que está en juego en diversas ocasiones, cuando considerar los resultados de la cirugía estética se trata. El hablar bien, hace parte de impresionar positivamente a los pacientes. Por su parte esta característica se encuentra asociada con el charlatán. El *charlatán* es entonces una suerte de encantador de serpientes que atrae por un lenguaje versátil y una forma de ser agradable, pero que esconde una debilidad en las habilidades técnicas. De esta manera *el charlatán* parece ser un rubro poroso que bien puede ser adjudicado a algunos médicos, pero hace alusión principalmente a una persona que no tiene una visión de largo plazo, en el sentido de construir una buena imagen y una clientela. Pero por otro lado, a pesar de que todos los cirujanos plásticos rechacen su rol de vendedores y lo asocien con los intereses más negativos que los puedan llevar a ejercer su profesión, todos ellos lo son en alguna medida. Mi observación es que casi todos los médicos que visité se esforzaban de manera evidente para mantenerse acordes con este esquema de “buenos habladores” y de ser personas atentas, con modales correctos y agradables, al punto de parecer confidentes, consentidores y amigables.

Pero además podemos argumentar que la cirugía plástica estética es bastante diferente y de hecho opuesta al hecho de “salvar vidas”, ya que el trabajo del cirujano estético parte de “cuerpos sanos”. En este sentido, los cirujanos tienden a justificar su trabajo a través del argumento de la necesidad psicológica que se ajusta a través de la eficacia simbólica. Sin embargo, “La cirugía estética también es el campo de un comercio próspero donde los factores relacionales propicios a dinamizar la eficacia simbólica están lejos de ser prioritarios.” (Le Bretón, 2010:216). Es bastante probable que en casi la mayoría de los casos primen los intereses económicos de los cirujanos, que la posibilidad de brindar un beneficio al paciente, ya que ni siquiera tienen muy claro cuales son los posibles desajustes psicológicos de las personas que los llevan a tomar esta decisión de la cirugía estética.

En ocasiones los cirujanos advierten que su paciente debe de ser una persona estable psicológicamente, que no tiene un problema, que no tiene una insatisfacción con su cuerpo, sino que busca una mejoría y se considera que es

normal que la busque. De este modo, están de acuerdo que constituye un “lujo”, es decir, que no es una necesidad imperiosa y que las personas sin ello pueden vivir una vida normal y saludable. De la misma manera, también suelen considerar que se trata de un riesgo grande, y que más bien este riesgo va en contra de la salud. En este sentido y al ubicarse su práctica en el terreno de los “lujos” su perfil necesariamente evoca una condición de “vendedores de lujos.”

En el ámbito propiamente de la profesión como cirujanos plásticos existen quienes son mucho más talentosos que otros para lograr resultados acordes con la eficacia simbólica. Pero cada cual parece ver a los demás médicos desde el lugar más privilegiado. Es decir, cada médico considera tener mayores capacidades en relación a los demás. Es extraño escuchar que se atribuya una mayor habilidad a otro médico, aunque se trate de su especialidad. En este sentido, el doctor nos hace alusión a que la profesión del cirujano estético es comparable con la de los artistas.

...mira vamos a poner es como que salen 50 cirujanos plásticos. Esos 50 toman un curso de cultura, de arte, vamos a llevar 7 años que vamos a salir a pintar. No los siete van a salir un Botero, ni los cincuenta van a salir un Leonardo Da Vinci, los siete tienen los mismos conocimientos técnicos ¡Nada más! Y hay quienes no van a saber hacer cosas buenas, pero van a hacer excelentes vendedores... aquí estamos hablando que el cirujano es una persona experta y que sin embargo, también tenemos que entender que es un experto en arte, en cuestiones subjetivas. Y que en el arte también hay gustos, buenos gustos. Incluso, puede ser un experto desde el punto de vista técnico, pero no tener realmente los elementos para tomar las decisiones acertadas en el terreno subjetivo. Entonces no necesariamente el experto va a tener tan buenos resultados o tan buenos criterios (Dr. Miguel Ángel).

En este caso, el doctor también está haciendo referencia a que los ideales de belleza son una cuestión subjetiva, que cada quién tiene una propia mirada de la belleza y que es un experto con “buen gusto” el que podrá tener mejores resultados que los demás. Lo interesante sería preguntarte ¿por qué se rige el buen gusto? Si bien el concepto de arte es bastante discutible, por su puesto, también es de destacar el hecho que el doctor realice una analogía con el arte, ya que el éste tiene una posición bastante acreditada, lo que hace suponer que se intenta con esto dar un estatus igual. Sin embargo, es bien sabido que el arte principalmente se asocia con una finalidad comunicativa a través de la cual se expresan ideas o emociones. De este modo entonces, lo que resulta de

interés sería preguntarse ¿Qué es lo que quiere expresar un cirujano a través de la cirugía plástica estética?

A pesar de que el doctor Miguel Ángel considera la belleza como algo “subjetivo” está de acuerdo que los buenos médicos tienden a tener unos resultados “naturales”, es decir que “no se notan”, mientras que los cirujanos que tienen resultados “artificiales” son aquellos que tienen “mal gusto” o habilidades técnicas mediocres.

...el cirujano preparado con un buen concepto de lo que es la estética y un buen concepto cultural piensa que un resultado que se note menos es un resultado más deseable, es un resultado mejor.... Sin embargo, se ven muchos cirujanos que buscan resultados que sí se notan, pero la tendencia ha ido cambiando. Incluso las personas buscan cada vez más resultados naturales, no discretos, ¡resultados naturales! No porque quieran ocultar el hecho de que se operaron, ese no es la motivación, sino porque consideran que va a ser un resultado mejor. Que una nariz que la ven y que a 10 metros se sabe que está operada. ¿Por qué se sabe que está operada? porque tiene lo que nosotros le llamamos estigmas. Entonces, estigmas son marcas, son defectos que hacen que uno se dé cuenta que esta nariz está operada

N: ¿pero todavía hay gente que busca eso?

M: sí, y cirujanos que buscan eso. Personas concientes que buscan eso. A mi una persona la otra vez me dijo aquí en la puerta, “mira, mira, ¿ves esa nariz que viene ahí? Así quiero que me operes.” Era una nariz completamente artificial, entonces le dije yo “así no puedo dejarte, para eso búscate a tal persona que es un charlatán y que deja ese tipo de resultados.” Sí, él la operó a ella (Dr. Miguel Ángel).

De igual modo, tendríamos que preguntarnos ¿Qué es lo que significa natural? Blum (2005) plantea que “natural” se refiera a algo diferente a rejuvenecerse por medio de un quirófano. Y sospecha que este uso del término “natural” en la cirugía estética tiende a producir cierta “naturalización” de estos procedimientos como una necesidad que cualquiera debería de considerar. Este peligroso deslizamiento da cuenta también de una ideología de la belleza y la cirugía plástica como la única opción adecuada y posible para cuidar de la apariencia y como un estímulo necesario para la autoestima, incluso en personas sanas. Pero para los cirujanos el término tiene un sentido, según el cual, el éxito de la cirugía plástica tiene que ver con una ilusión de que el paciente no pasó por allí, que la imagen que tiene es una imagen digna de la persona, de manera que se ha heredado genéticamente y que la dignidad no la alcanzó a través de la cirugía plástica. Lo que nos revela este postulado es que puede haber aspectos físicos asociados con los rasgos faciales que son más dignos que

otros, que son incluso, necesarios para estar acorde con la sociedad en la que se vive. De este modo, se considera que esta “naturalidad” que se le brinda al aspecto de una cirugía plástica está relacionado con lo técnico, pero no se hace énfasis en el contenido ideológico que puede haber detrás de ellos. Para la mayoría de los cirujanos entrevistados “natural” hacia referencia a una suerte de máscara que no pasa por “falsa”²¹, sino que forma parte de lo que la persona es. “El individuo debe verse como un miembro de la cohorte. Cada serie de procedimientos permite al individuo *pasar*... si existe alguna seña, es inviable *pasar*, el procedimiento debe de ser considerado un fracaso. Si la cohorte puede detectar la alteración, entonces se hará la distinción entre un cuerpo autentico e inauténtico y el pase es imposible” (Gilman, 2001: 22). Es decir, que si no fuera por la invisibilidad de las técnicas quirúrgicas no podría darse efectivamente una pertenencia a la categoría que se supone se ha estado excluido, la de la belleza.

7.3 Sociología del paciente, el paciente a la carta

Cuando realicé la primera entrevista a un cirujano plástico en esta investigación salí con la idea que los cirujanos escogían a sus clientes/pacientes. Según el doctor había narices muy difíciles, tanto por el grosor de la piel, como por el tipo de cicatrización, lo cual no permitía tener buenos resultados, por tanto, él decidía rechazar este tipo de clientes. Con el tiempo y a partir de reflexiones realizadas en el marco de otras entrevistas me percaté que el asunto era más complejo. Aunque nunca tomé esta afirmación del doctor como totalmente cierta, con el acercamiento al mundo de los cirujanos fui entendiendo las visiones de los médicos en relación a sus potenciales pacientes. Cada cirujano realiza, de manera espontánea, su propia sociología de los pacientes formándose una idea propia de ellos y decide cómo arma su discurso, de acuerdo con sus conocimientos, habilidades técnicas, características físicas del paciente, cuestiones económicas. Aunque algunos médicos hicieron alusión a

²¹ Esta referencia a la “Falsedad” la realiza Elizabeth, una de las pacientes, quién se negaba a realizarse una cirugía estética en principio por el miedo a quedar “falsa” sin embargo, cuando se dio cuenta que podría hacer requerimientos al médico sobre el resultado que esperaba se decidió a hacerlo, recalcando al cirujano que quería un resultado “natural”.

dejar de operar pacientes en caso de considerarse no aptos, para otros médicos suena muy improbable esto de rechazar pacientes. Además también existe un acervo de conocimientos en relación a los pacientes que son transmitidos por los libros y por otros cirujanos plásticos en el proceso de entrenamiento. Pero también hay generalidades en las que coinciden varios médicos, que bien pueden obtener de la misma formación o a partir de conclusiones a las que se llega durante la práctica médica. A partir de estos conocimientos que los médicos tienen de sus pacientes que se crea un marco interpretativo desde el que ellos desarrollaran un tipo de relación con los pacientes que irá a definir el efecto de la eficacia simbólica.

He señalado en otro momento que la eficacia simbólica consta de dos elementos claves para su funcionamiento, uno es cuando el cirujano plantea "su relato de sentido" y el otro es cuando se realiza la intervención quirúrgica como tal, ya que ella debe de dar como resultado un correlato de la ideología de la belleza. Para ampliar más en entendimiento de la eficacia simbólica he echado mano de los desarrollos posteriores a Levi-Strauss y que se han realizado desde la antropología médica señalando principios desde los que opera la eficacia simbólica: 1) La reproducción de una ideología hegemónica. 2) La doctrina de la neutralidad científica. 3) La relación terapéutica de tipo jerárquico 4) el etiquetaje y la estigmatización (Martínez, 1992,63:64). Este último resulta como un proceso de encasillamiento de los pacientes dentro de un perfil sociológico del que los cirujanos plásticos echan mano. A su vez se relaciona con la relación terapéutica de tipo jerárquica. Pretendo dar cuenta, entonces, de estos dos puntos dentro de la relación médico- paciente en los cuales se desarrolla parte de la eficacia simbólica.

7.4 El paciente no apto

7.4.1 Etiquetamiento y estigmatización

El considerar un paciente apto o no apto para una cirugía estética nos remite de manera contundente a un proceso de etiquetamiento y estigmatización, siendo esta última tomada desde un aspecto relativo del término, porque como

he tratado de plantear a lo largo de la exposición, desde el discurso médico de los cirujanos estéticos, los principales estigmatizados son aquellos que no acuden a la cirugía plástica para intentar mejorar.

Detrás de la cirugía también se encuentra la promesa de ser una persona mejor, en el sentido que se relaciona mejor con ella misma. Se ve a si misma más agradable y proyecta ese sentimiento a los demás, lo cual se regresa en un trato más amable de la gente para con la persona en cuestión. La movilidad hacia una persona mejor se cimienta en un rasgo, que al ser cambiado es adecuado a los “valores estéticos de la mayoría” y esta condición física se toma como signo de una interioridad admirable, tanto para algunas personas que son consideradas como la mayoría, como para el paciente y el médico, con lo cual, la cura puede surtir su efecto. Sin embargo, hay personas quienes acuden a la cirugía plástica desde una perspectiva equivocada según el cirujano y en este sentido también se encuentran estigmatizadas. El etiquetaje y la estigmatización hacen referencia a las maneras de entender los cirujanos a los pacientes y a partir de las cuales se propicia mayor o menor receptividad y aceptación de parte de los cirujanos hacia los pacientes y lo que permite también obtener un resultado acorde con lo esperado.

El efecto de la eficacia simbólica puede no ser positivo en el caso en que no se den las condiciones para su funcionamiento. Por ejemplo, cuando se espera la aprobación de una persona en especial, pero esta persona no considera tal cambio físico un signo de un cambio interno. Es el caso de las mujeres que buscan recuperar una relación perdida con la cirugía plástica, creen que realizándose un procedimiento estético van a hacer que su marido regrese, ““me voy a operar la nariz porque quiero que mi marido regrese” y a la vez que ven que no volvió, la cirugía es una porquería, porque obviamente esperaban más cosas de la cirugía y si uno no frena esa expectativa, la cirugía puede ser un desastre” (Dr. Ferro). Por tanto la eficacia simbólica está destinada a fracasar y no se va a contribuir al prestigio del médico sino todo lo contrario. Es una paciente que no va a traer más clientes/pacientes. Este tipo de pacientes los han catalogado como no aptos para la cirugía plástica. A esto los médicos

le han nombrado reiterativamente bajo el rótulo de *pacientes con expectativas irreales*.

... sí, sí, siempre y cuando esté bien el procedimiento, porque si no eres parte de la crisis. Cuando a veces no... hay una clasificación de pacientes que a través del tiempo, lo dicen los libros, y a través del tiempo lo vas practicando, ¿por qué motivos? porque hay gente que emocionalmente piensa que ciertos cambios van a llegar con un procedimiento, como un divorcio y va a regresar el marido si se opera. Eso realmente trae un problema ya de trasfondo. No realmente que quiera mejorar, entonces mujeres divorciadas, gente que va perdiendo su trabajo o gente que perdió algún familiar, no sé, una infinidad de factores, donde de alguna u otra forma ellos piensan que con un procedimiento estético ellos van a buscar peros, porque tras bambalinas no han recuperado aquella persona y piensan que es por tú culpa, porque el procedimiento no le agrada a la otra persona o por lo que ellos manejen mentalmente. Ellos te echan el muerto, entonces son pacientes no candidatos, entonces llegan a la depresión y llegan obviamente a cometer muchas situaciones erróneas, yo no diría que la mayoría el suicidio, pero si a depresiones y a situaciones que realmente no deberían de llegar a estas situaciones (Dr. Leonardo).

Pero a este tipo de *expectativas irreales* que hace referencia el doctor Leonardo preferimos llamarlas *expectativas sobredimensionadas*, con el fin de diferenciarlas de otro fenómeno al que los han señalado de la misma manera, pero que responden a realidades diferentes. El término de *expectativas irreales* la usaremos para catalogar el tipo de personas que consideran que con la cirugía plástica se puede lograr cualquier rasgo, sin importar las características físicas actuales.

...Cuando los jóvenes están muy alucinados, en el sentido de que quieren ellos cosas imposibles, porque como en todo tienes que... del material que hay, para que, obviamente, se obtengan buenos resultados, porque hay narices que son muy difíciles y si la persona está solicitando cosas que son muy difíciles de realizar, no sólo para ti, sino para cualquier cirujano plástico; es un mal candidato. Entonces, lo mejor es dejarlo ir, porque si no te metes en problemas (Dr. Leonardo).

Los médicos insisten en que todas las pieles, todas las formas, requieren una intervención diferenciada y dependiendo de estas características físicas del paciente se pueden lograr ciertos resultados mientras otros no son posibles. Por tanto, esta realidad choca con una expectativa del paciente en relación a una fijación con un rasgo específico. El paciente debe de recibir, entonces, un proceso de ilustración, mediante el cual lleguen a un acuerdo y de esta manera se haga a una imagen más o menos real de lo que se puede obtener. Pero también se puede dejar ir como lo señala el doctor Leonardo. Incluso, el

proceso de escrutinio puede ser tan estricto, que se puede llegar a escoger que tipo de pacientes son convenientes para cada médico:

... no es lo mismo que operes gente de Interlomas, de la colonia Roma, a gente de Tlalpan o de Iztapalapa. Sí hay un estereotipo más frecuente que depende de la región, pero es más raro que encuentres la nariz europea, delgadita, chiquita, que no necesita sino un cambio pequeño y ese es el reto de los cirujanos de nariz de México, que operas gente de narices muy feas y muy difíciles. Las narices bonitas, por ejemplo la tuya, con dos cositas queda perfecta y no hay que hacerle tanto y lucen mucho. Ahí está el éxito de los cirujanos que ganan más es porque seleccionan mejor a sus pacientes. Si me llega un paciente con la nariz así (haciendo un gesto con las manos) y así de ancha pues no lo opero, ¿por qué? porque nadie te va decir que qué bonita nariz ¡jamás! En cambio se opero diez Natalias, Natalia me va mandar 10 pacientes, porque todos la van a ver y van a decir “¡oye, qué bonita quedó tu nariz!” y técnicamente no fue un desafío. Si no es cuestión ya de selección. A lo que voy es que el que mejor selecciona es el que mejores pacientes tiene (Dr. Ferro).

El tipo de estigmatización que realizan los médicos, como vemos en este planteamiento, puede incluir cuestiones de estereotipos raciales que dan cuenta de un paciente más difícil que otro en relación a los resultados que se puede llegar a lograr con él, o un paciente que se presume con más dinero y/o amistades que se pueden operar. Algunos médicos en cambio, consideran que para este tipo de pacientes que tienen condiciones físicas difíciles es necesario realizar un proceso de convencimiento en el que el paciente entienda cuál es el tipo de mejoría que va a lograr y que entienda que esta mejoría puede ser poca. En el caso de que no se pueda llegar a un acuerdo con el paciente, este será clasificado como un *paciente que busca la perfección*, no la *mejoría*, por tanto, no es apto para la cirugía plástica.

Los pacientes que buscan la perfección, según los propios médicos, son difícilmente identificables y solo se dan cuenta de ello cuando regresan al consultorio con insatisfacciones fundadas en pequeños detalles. “Una persona que es inconforme va a estar inconforme antes de operarse, después de operarse, va seguir estando inconforme siempre. Así tenga el mejor resultado posible. Hay pacientes que la cirugía les queda extraordinariamente bien, le encanta a todo mundo, pero no están contentas con el resultado.” Una manera de identificarlos anticipadamente es cuando se han realizado varias cirugías antes de la que actualmente se quieren realizar en el mismo lugar. El cirujano la ve bien y sin embargo esta persona arguye que no se siente contenta.

Una cuestión a la que hacen alusión los médicos es a la condición psicológica de sus pacientes, esto es lo que justifica la cirugía plástica desde el aspecto de la salud. Se supone que su función como cirujanos es reordenar los conflictos psicológicos del paciente relativos a la imagen física, pero no cualquier perfil psicológico es posible de curar. De hecho, el lenguaje de los médicos es ambiguo en este sentido, porque si bien en ocasiones se acepta abiertamente de que se trata de una debilidad psicológica de las personas, en otras ocasiones parece lo contrario. Se sugiere que las personas que llegan a los consultorios de cirugía plástica, antes de ser personas que tienen alguna disfunción psicológica, que no se sienten satisfechas con su autoimagen, son personas ambiciosas, dignas de imitar. Este argumento aparece como un elemento de normalización de la transformación estética.

M: sí, en la mayoría de los casos van a quedar satisfechas, porque estamos hablando de que en la mayoría de los casos van a estar estables psicológicamente y en la gran mayoría van a estar sanos, aunque estén inconformes con alguna parte de su cuerpo o su cara. A una persona que tiene una nariz aguileña con una giba ósea y no porque no está a gusto y quiera cambiársela, no quiere decir que psicológicamente esté mal. Puede ser una persona que psicológicamente esté sana, fuerte bien, pero que sabe que tiene un defecto que no le agrada y que sabe que puede mejorárselo. Sin que necesariamente esté buscando la perfección, por que la perfección no existe (Miguel Ángel).

Si una persona quiere cambiarse su cuerpo y someterse a una cirugía plástica, en la que se arriesga hasta su vida, ¿Cómo puede justificar esta decisión si no es a partir de una disfunción de tipo psicológica? ¿Cómo puede entonces contribuir al bienestar del paciente? ¿Es posible que siendo que no tenga un complejo de fealdad que le afecte psicológicamente, no esté buscando la perfección? Este señalamiento de buscar “la mejoría, pero no la perfección” fue la insistencia más común que encontré entre los cirujanos. Es decir, que a pesar de que la persona que llega al consultorio, busque “mejorar” no puede pretender mejorar a niveles demasiado pretenciosos. En principio, para mí fue difícil entender quienes de los que llegaban a su consultorio no estaban buscando la perfección. Para mí, todos los que vi estaban buscando la perfección, más aún, cuando veía llegar personas con apariencias totalmente normales y atractivas que resultaban consultando porque querían cambiar un detalle de su nariz o bien, una flacidez en el rostro que yo no lograba notar. Entonces ¿a qué se referían cuando decían que el paciente no debía de

buscar la perfección? Realmente el reconocimiento de que la perfección no existe, sería el comienzo de una etapa terapéutica de tipo psicológico. Si el paciente aceptara con seriedad y con todas las implicaciones que esto tiene, que la perfección no existe, comenzaría con un proceso de aceptación de su propia apariencia sin necesidad de la cirugía. Pero este convencimiento que el médico está empeñado en lograr con el paciente se queda a medio camino, porque la cirugía de cualquier manera se presenta como necesaria. De este modo, comprendí que esto hacía parte de una estrategia para asegurar la eficacia simbólica. Se trata de un reconocimiento explícito por parte del cirujano, o más bien, de la cirugía plástica, del margen de error en relación a los resultados, de la posibilidad de que el ideal de belleza de del paciente y/o del médico puede no coincidir con los resultados de la intervención. Bien sea por las condiciones físicas del paciente (tipo de piel, de cicatrización, grosor, forma), por la diferencia de criterios de belleza entre el médico y el paciente o bien por la falta de habilidad técnica del cirujano. Entonces esta advertencia de que “la perfección no existe” opera como una gabela para que el médico pueda equivocarse un poco en el resultado que él mismo esperaba o bien, el que el paciente esperaba. Esta imprecisión es un elemento que se suma al “relato de sentido” que el médico adecua “a partir de la ideología de la belleza” para brindarle al paciente una explicación tranquilizadora: lo que puede llegar a suceder con su rostro, no es necesariamente lo que esperaba, pero que aún así va a estar bien. Este ajuste es una forma de ejercer un autoritarismo por parte del cirujano en el aspecto físico del paciente, pero también es una manera de potenciar el poder curativo del cirujano.

El término “*mejoría*” resulta clave entonces para introducir este efecto. La ambigüedad que encarna este término ayuda a que el paciente entienda que “la perfección no existe” en la medida que se trata de un rótulo abstracto y difícil de asir. ¿Qué puede significar entonces *mejoría*? Y más aún ¿Qué significa *mejoría* para el médico? En términos prácticos esto significa que el paciente quede contento, no siendo relevante el resultado físico concreto, lo importante es que la eficacia simbólica haya surtido efecto. Como ya lo he señalado en otra parte, debe de haber una mínima correspondencia entre el “relato de sentido” o “ideología de la belleza” y el resultado que el paciente

evalúa en su rostro, pero lo que el médico considera como “mejoría” es algo tan abstracto que puede no estar claro para él y menos para el paciente, más aún se define en cada situación y depende de cada paciente. Solo cuando los resultados sean definitivos se podrá entender si se ha logrado la eficacia simbólica con el paciente y por tanto la *mejoría*. Y dependiendo cual sea el criterio de belleza y honestidad del médico este podrá aceptar o no que hubo *mejoría* suficiente o que no la hubo.

...sí, pero el problema no es tanto que me vaya a costar más trabajo, sino qué tanta *mejoría* vas a dar. Por ejemplo, la paciente que acaba de salir, no la voy a convertir en bonita, por más cosas que le haga, pero la *mejoría* va a ser lo suficiente como para que ella esté contenta. Por ejemplo acabo de operar una paciente que yo ya la había operado de senos, le hice la Lipoescultura, su nariz está respingadita, le quité los párpados, todo está muy bien, pero su cara se ve muy redonda y ella me dice no me gusta que se me ve gordita, más gordita de lo que se me veía, y yo le quite papada y es verdad así se ve ahorita, tenemos que esperar. El reto no es tanto que yo le tenga que hacer más, sino que la *mejoría* sea lo suficientemente buena para que ella esté contenta (Dr. Miguel Ángel).

Lo que se refiere a *mejoría*, por tanto, es una apreciación intersubjetiva entre el médico y el paciente. Si bien no se logra tan anhelada belleza, se puede llegar a acercarse al punto de que el paciente quede contento, teniendo en cuenta que lo que significa “acercamiento a la belleza” es algo que depende de un juicio subjetivo del médico y que es transmitido al paciente o bien el paciente lo comparte *per se*, el riesgo es que no lo comparta. Sin embargo, es importante recordar que la relación médico-paciente es una relación jerárquica, en la que el paciente llega con una angustia que sabe que el médico puede curar. Confía en el hecho de que la vaya a curar, supone que el médico tiene el mejor criterio de lo que es “*mejoría*” y de lo que es “belleza”, pues de no ser así no asistiría a este lugar. Por tanto la situación en la que se encuentra frecuentemente el paciente es de subordinación en relación con el médico. Puede ser que sea un paciente pasivo que acepte con obediencia lo que el médico le propone. Como el caso de Adelita:

N: ¿me dijiste que esto de la cirugía de la nariz era algo que no habían platicado mucho?

A: no, no. De hecho no se como es que me va a quitar alas de la nariz, porque no entendí, ni entiendo, no se. Quiero pensar que a lo mejor... ni idea tengo, entonces no se.

N: ¿pero estás confiada en que ese resultado te va a gustar?

A: quiero pensar que si, porque te digo, mi nariz, me gusta. Como te digo, él dice que va a quitar alas, pero no se cómo, ni por qué. Tal vez si me dice que me va a quitar alas y así me voy a ver mejor, pues que lo haga.

N: ¿tú crees que tu punto de vista está, como por decir, compaginado con el de él en ese sentido?

A: sí, por que él es el experto. Como experto que él es, yo quiero pensar, que lo que él te ofrece es lo que necesitas (Adelita, 35 años).

En este testimonio se nota claramente que la paciente confía en el criterio del médico por ser un experto, sin ni siquiera mediar un criterio propio de belleza, ya que como ella lo indicó, se siente bien con su nariz, le gusta. Sin embargo, considera que es apropiado cambiársela porque el médico lo ha dicho así. De igual modo, entró a consulta con una idea de lo que se iba a realizar y salió con otra totalmente diferente. Es decir, que en este caso ha operado con verticalidad la autoridad del médico y la paciente asume su rol de persona inconforme con su cuerpo que se deja orientar. Pero el paciente también puede ser más propositivo y tener una clara idea propia de belleza. Por tanto le va a solicitar al médico un determinado resultado, si este resultado no coincide con lo que el médico que le brinda (tanto en la consulta como después de la operación), pues este paciente se clasifica como un *paciente en búsqueda la perfección*, no la *mejoría* y por tanto no es apto. Si coincide es un paciente sensato a los ojos del cirujano. El juicio de si es *un paciente en búsqueda de la perfección* o no, como lo hemos dicho, se puede dar después de haberse realizado la cirugía. Y también en este caso, queda a discrecionalidad del cirujano aceptar qué tipo de *mejoría* promete, qué tipo de *mejoría* alcanza y qué tipo de *mejoría* cree que el paciente espera. Con el agravante de que *mejoría* es un termino abstracto sin claros referentes y que se define en cada consulta, de acuerdo al criterio de cada médico, cada paciente, cada situación. Esta flexibilidad del concepto da lugar para que el médico, aún pensando que ha fracasado en su trabajo con un paciente, decida negarlo y acusar al paciente de ser "*un paciente en búsqueda de la perfección*". En otras palabras, el médico es el que establece la medida y el rasero.

De la misma manera, me pregunté entonces, ¿Cómo sería cuando una persona busca la perfección de una manera evidente? ¿Cómo es que no logra ser botada del consultorio como paciente no apta para la cirugía? ¿Cuál es el arreglo al que llega el cirujano con esta persona? Como mencioné antes, muchas de las personas que entran a un consultorio de cirugía plástica son ya

atractivas, no tienen un aspecto que llame la atención por disonante o poco armónico. ¿Cómo es que el médico considera que no están buscando la perfección? ¿Pero más aún, cómo el paciente que va en una búsqueda evidente de la perfección sale con una idea de que ya no busca esto, sino que busca la *mejoría*? En este aspecto, resulta crucial el proceso de la consulta, mediante el cual el paciente logra ser “ilustrado” de que es lo que puede conseguir.

M: Tiene que haber un proceso de explicación suficiente y de aceptación de la persona, porque la persona con un problema menor en la nariz, como te mencionaba, puede decir: “no doctor, es que lo que me preocupa es la nariz”, pero... Si el problema no existiera, una nariz que no tenga mayor problema, entonces ahí ya entramos en un terreno de conflicto, donde tenemos que decidir si operarlo o no, o tratar de convencerlo un poco más. Generalmente la persona va a aceptar bien, de buena gana y de buen talante una explicación suficiente, dada con educación y con respeto. El paciente no va a tener ningún problema si uno le dice: “mira, tienes un problema en la nariz, vas a mejorar poco, pero si te atiendo el problema de tus párpados vas a mejorar mucho, yo te recomiendo hacerte esto.” Un gran porcentaje van a decir que sí....Pero digo, si caemos en un extremo que va a tener como un borde patológico de la personalidad, vemos unos seres preciosos que no tienen ningún problema, ¿qué les vamos a hacer? O a lo mejor vamos a mejorarlos, pero muy poquita mejoría. Entonces ahí lo que nos indica nuestro concepto de ética es que debemos armar baterías, más tiempo, más esfuerzo a convencerlo de que se opere del abdomen, porque sí tiene un verdadero problema.... (Dr. Miguel Ángel).

El concepto de mejoría aquí presenta otro matiz, no solo se trata de hacer sentir al paciente de que todo estará bien con su apariencia, sino que además, en ocasiones puede estar guiado por el criterio del médico acorde con su criterio de belleza, a tal punto que si no considera que deba de operarse de esto, se puede operar de lo otro. De todas formas es una persona que requiere mejorar su aspecto, siempre que se llega al consultorio de cirugía estética es porque habrá algo que mejorar, pero además los cirujanos bien conocen que sus pacientes van a aceptar de buena gana el concepto del médico que lo tomarán como real y mientras esa inseguridad que el paciente tiene sea confirmada, pero en otro lugar, el paciente aceptará con gusto realizarse el cambio.

Es importante tener en cuenta que si bien, a pesar de que el doctor es experto sobre técnicas de cirugía plástica, no es necesariamente un experto en los conceptos de belleza, ya que estas son cuestiones subjetivas y variables. El

doctor tiene una idea sobre lo que la mayoría considera bello, porque entiende qué es lo que la mayoría de las personas buscan, sin embargo, para los cirujanos parece que es difícil comprender que interactúa con un paciente que puede tener una perspectiva diferente sobre el mismo asunto o que el ideal de belleza de su paciente controvierde las ideas que él tenía sobre la belleza. Aún así, él considera que su experticia le permite autoridad para decir qué es lo que se debe de cambiar, qué no, en qué medida y de qué manera puede mejorar. Esto es mucho más fácil que entender cuál es la perspectiva del paciente. El cirujano también tiene la potestad para considerar qué es una mejoría, es decir, los contenidos del terreno subjetivo. El cirujano tiene el papel de orientador, pero también dentro de su orientación se encuentra su poder de definir cómo y donde se realizará una intervención quirúrgica en el cuerpo del paciente. El paciente llega con un problema, está buscando ayuda. Tiene un disgusto con su apariencia, pero el cirujano antes de entender porqué es ese disgusto, le impone un modelo de lo que necesita, la ideología de la belleza que el cirujano tiene se presenta una solución inequívoca para el paciente. Si el paciente no tiene “un verdadero problema del aspecto” en el lugar que lo está planteando, desde la perspectiva del cirujano, éste buscará otro lugar donde sí pueda hacer una cirugía. Entrar al quirófano de cirugía plástica implica ponerse en manos del doctor, no solo en relación a lo quirúrgico y técnico, sino también en relación a lo que él considera lo correcto, lo que considera incorrecto, lo que considera un beneficio y una mejoría. El médico va a “orientar” y el paciente “va a acceder.” Es decir, el médico tiene el poder, orienta y lo hace de acuerdo con sus criterios de belleza, suele aceptar interpelaciones cuando el criterio del paciente coincide con el que él tiene. De otro modo, puede ser considerado incorrecto, aunque si el paciente insiste demasiado se puede intentar el resultado que él quiere, pero eso siempre es más complicado que hacer lo que ya sabe hacer sobre los criterios que ya tiene de lo que está bien. En esta medida el cirujano ejerce una dictadura sobre el cuerpo del paciente a la que el paciente accede.

...Entonces no nada más existe el nivel de objetividad, sino que lo utilizo para orientarlo, para orientarlo a lo que yo se o yo considero que le va a dejar una mejoría más evidente. Sin embargo, lo primero es lo que el paciente quiere, siempre y cuando esté en lo correcto, pero mi obligación es orientarlo. Si yo veo, que soy un experto, que realmente tiene un problema en otro lado y lo logro

ilustrar y él entiende cual va a ser su beneficio, es muy factible que el cambie su decisión de lo que se quiere hacer. Entonces, en la gran mayoría de casos no va a ver un conflicto, lo voy a orientar y él va a acceder. Finalmente es alguien que está buscando la mejoría y está dispuesto a hacer un gasto para obtener una mejoría (Dr.Rafael).

El paciente entonces se presenta como una persona en búsqueda de ayuda, de orientación, de mejoría, y todos estos elementos pueden ser manejados por el cirujano desde la perspectiva que él considera la correcta, incluso, si esto no tiene una relación con la condición psicológica del paciente, esto es lo de menos. El paciente puede expresar lo que quiere siempre y cuando “esté en lo correcto” de otro modo será el criterio del cirujano el que se impondrá. Es él el que tiene la “obligación” de orientarlo y es ahí cuando entra en contradicción la teoría de la subjetividad de la belleza. El médico acepta claramente que existe un nivel de objetividad de sus juicios como cirujano que usa para orientar al paciente. Pero al preguntar si acaso los criterios subjetivos de los cirujanos sobre la belleza influyen en el resultado buscado entonces se erigen argumentos como estos:

...por supuesto que sí, pero una cosa es que influyan..... Y otra cosa es el médico que trata de influenciar a sus paciente, por ejemplo la televisión. Los programas de cirugía plástica, el programa que sacan del doctor Rey de ascendencia brasileña, yo he visto que cuando tienen paciente de aumento de senos, él, en lo que enseñan en la televisión, él siempre trata de influenciar a sus pacientes para que se pongan los tamaños más grandes que él quiere. Y él no respeta el tamaño que el paciente le está sugiriendo. Entonces ahí está tratando de imponer sus criterios. Aquí es muy importante entender que el cuerpo es del paciente, y él que se va a ver el cambio con ropa, sin ropa, desnudo, acompañado, solo, como sea, es el paciente. Entonces esto no debe de ser a gusto ni de la pareja, ni del marido, ni del papá, ni del cirujano, porque el paciente tiene en su mente un ideal, de cuales son los senos que para ella considera los más hermosos que pueda tener. Entonces la tarea del experto, del cirujano es entender cual es el ideal de esa persona, para que con su experiencia, tratar de darle un resultado, lo más cercano que pueda al ideal que tiene esa persona, en vez de tratar de imponerle un tamaño muy grande, por que está de moda, lo cual es incorrecto (Dr. Rafael).

Queda claro en este argumento la ambigüedad de los juicios de belleza sobre los cuales operan los cirujanos. Si argumentan que se debe de cambiar la apariencia de acuerdo con los requerimientos del paciente, en el sentido que la belleza es una cuestión subjetiva, entonces ¿De qué modo cabe la consideración del juicio “correcto” en estos mismos términos? De nuevo, en este testimonio se evidencia lo que venimos señalando hace un rato, los cirujanos pueden ver los errores en los demás cirujanos mientras no ven los

errores en los suyos propios, pero también encontramos contradicciones en las que por un lado consideran que ellos son los que tienen la razón sobre lo que se debe de cambiar, que su obligación es orientar al paciente, pero a su vez consideran que se deben de dejar orientar por el paciente. Lo más probable es que lo primero sea más frecuente, por el carácter jerárquico de la relación médico paciente que hemos señalado.

Otro tipo de estigmatización que pudimos observar dentro de las narrativas de los cirujanos se refieren al prestigio que tenga la persona que se vaya a operar, el hecho de ser una persona reconocida, popular, con poder, con personas poderosas a su lado, determina que a éste paciente hay que ponerle más atención y los resultados que se debe de procurar deben de ser impecables, en el sentido que equivocarse con un paciente de este estilo condena al cirujano a la mala fama, al ostracismo, mientras que equivocarse con una persona que no tiene ni fama, ni poder, ni dinero, pasa desapercibido.

7.5 El paciente ideal o la relación terapéutica de tipo jerárquico

Llegar al consultorio de cirugía plástica para hacerse una cirugía plástica es el primer momento donde se corre el riesgo de caer en una dictadura sobre el cuerpo donde el que tiene el poder es el médico y el paciente es el que debe de ceder. El paciente cede porque ha identificado un problema, una angustia, una inconformidad y no está en condiciones de sentir que su apariencia es digna de él. Esta interacción médico- paciente implica, de entrada, la existencia de una relación asimétrica donde el paciente le atribuye una potestad sobre la eficacia terapéutica. De este modo, tampoco es inusual que el cirujano plástico sea el que guíe la visión que el paciente tiene de belleza, al punto que al salir de su primera cita tenga una idea muy diferente sobre la inconformidad con su rostro en relación aquella con la que llegó. El cirujano plantea su relato de sentido, acorde con la ideología de la belleza, que es a partir de la cual el paciente encuentra su inconformidad, en otras palabras, el fundamento socio cultural de su angustia. El cirujano considera, cómo el paciente mismo, requiere acoplarse a la ideología de la belleza y le indica el camino a través de la cirugía

plástica estética, pero antes la convence sobre qué es lo que va a cambiar y la advierte sobre qué es lo que va a conseguir, pero a pesar de todo esto no se encuentra claro para el cirujano, ni para la paciente. Al final se genera la transformación, de acuerdo con lo que el cirujano considera correcto, es decir, la mejoría. De este modo, la ideología de la belleza o bien “el relato de sentido” del médico es la dominante en esta relación. Lo que se espera es la cura.

En este proceso el paciente ideal es aquel que considera que quiere mejorar, pero que esa mejoría es la que el cirujano establece. Es un paciente que no debe de querer arreglar otros problemas emocionales a partir de la transformación. No debe de pretender alejar la soledad. Tampoco debe de pretender atraer a alguien en específico. No debe de tener una idea fija de la belleza y tampoco de la que quiere lograr con la transformación en relación a esta. No debe de ser demasiado narcisista, es decir, no puede ser una persona que se mira constantemente en el espejo considerando qué rasgo está bien en su cara y cual no, solo lo suficiente para que sienta la necesidad y la ambición de mejorarse. Debe de estar de acuerdo con el cirujano que el cambio que le espera le va dar un lugar en la sociedad más prestigioso. Debe ser un paciente abierto, que sea capaz de dejarse guiar por el cirujano sobre qué cambio requiere su cuerpo y de qué manera.

N: ¿la gente que se siente satisfecha es la que tiene claro el resultado que va a obtener desde la consulta?

M: sí, sí por supuesto, pero también podemos decir que son gentes con expectativas realistas o que son personas que aunque quieren una mejoría, por que por eso están con el cirujano, también son personas que no se conflictúan, si el resultado no es lo mejor que pudiera existir, pues ellos están contentos (Dr. Miguel Ángel).

El paciente ideal es aquel al que el cirujano plástico le vaticina desde la consulta que le puede funcionar la eficacia simbólica. Un paciente “realista”, lo cual quiere decir que no tiene *ni expectativas sobredimensionadas, ni irreales*, que se ha convencido de que lo que necesita es una *mejoría*. Es un paciente que accede ante la orientación del médico. Y considera que el médico es el que tiene el mejor criterio. Es un paciente que accede al disciplinamiento del cuerpo que le sugiere el médico. Es un paciente que puede acceder a la intervención

simbólica para reestructurar su malestar desde los preceptos mismos que lo causan. Es un paciente obediente.

CAPÍTULO VIII CONCLUSIONES

Las hipótesis que se consideraron en el marco del proyecto de investigación han sido parcialmente comprobadas. La principal hipótesis planteaba que las percepciones y representaciones de belleza de los pacientes y cirujanos se encontrarían condicionadas por las representaciones hegemónicas sobre la raza y género, lo cual se ha demostrado en la argumentación. En relación a los rasgos raciales se pudo constatar la asociación no conciente por parte de los pacientes entre un modelo de belleza física asociada a rasgos caucásicos y a su vez, tal modelo de belleza posiciona los rasgos que se consideran mestizos como feos. En la cuestión del género se visualiza una masculinidad alternativa y minoritaria que accede a los procedimientos estéticos, y la mayoría de las mujeres que participa de un régimen de belleza que contribuye a su propia inferiorización.

En el caso de los pacientes se consideraba que éstos encontrarían limitadas sus relaciones sociales por la inminencia de este rasgo propio que se quiere modificar, lo cual resultó ser en algunos casos acertados, pero en otros no, como es el caso de los pacientes que aducen no tener una insatisfacción sobre su apariencia física a pesar de realizarse el procedimiento estético. Sin embargo, no es posible asegurar que la motivación del paciente se encuentra relacionada directamente con el deseo de borrar rasgos raciales, sino más bien lo que hemos entendido es que las motivaciones del paciente pueden tener distintas razones que se encuentran en el plano psicológico y de las cuales no tenemos herramientas para indagar de manera profunda, pero que de modo general se puede decir que se trata de una percepción de fealdad con su propio rostro. De todas formas este desajuste psicológico se expresa a través de la confrontación del propio rostro con ideales de belleza hegemónicos que se sustentan en criterios raciales y que es socialmente más aceptado dentro del mundo femenino. En este sentido también es importante señalar que otra de las conclusiones de este estudio, que no estuvo considerada en las hipótesis iniciales, es que si bien el ideal de belleza hegemónico opera como una guía sobre la cual la transformación estética tiene lugar, es la eficacia simbólica que

es ejercida a través de la autoridad del médico la que es definitiva en diversas situaciones para que el paciente logre una satisfacción con su resultado final.

Por su parte las hipótesis relacionadas con las representaciones de belleza de los cirujanos es que apelan tanto a criterios de belleza subjetivos, pero también criterios de belleza objetivos, dependiendo de la situación. Del mismo modo el posicionamiento teórico de cada cirujano varía. En consecuencia el enfoque. Los criterios de belleza los cirujanos consideran que son subjetivos, es decir, que varían de acuerdo a la persona que los valore, sin embargo hemos identificado que en ocasiones se sustentan en criterios que hemos llamado "objetivos" en el sentido que tienen una ponderación numérica de acuerdo con medidas antropométricas. Sin embargo, lo que hemos considerado es que más que criterios objetivos, son objetivados. Finalmente la noción de belleza del cirujano estético se basa en criterios tan populares como los del paciente, principalmente orientados desde los medios de comunicación. Los criterios del cirujano sobre el riesgo, la salud y la belleza se encuentran en concordancia con los intereses de la práctica médica.

8.1 La eficacia simbólica

La eficacia simbólica en la transformación estética la hemos entendido como acto que permite, cambiando la apariencia de la persona, cambiar una relación conflictiva de la persona con el mundo (Le Bretón, 2010). Lo cual quiere decir que la persona atribuye sus frustraciones a un rasgo de su rostro y considera que al cambiarlo dejará de sentirse indigna de la apariencia que tiene. Es decir, la transformación estética es, sobre todo, un acto de eficacia simbólica. Se trata de una suerte de ocultamiento del rostro, que permite rehacer las bases de la identidad del individuo para dejar aflorar aspectos de la personalidad reprimidos. Es un acto que se propicia de manera similar como sucede cuando un individuo usa una máscara, pero en este caso, la transformación estética a la que el individuo se somete se convierte en una máscara permanente que propicia el establecimiento de otra estructura de

personalidad, permitiendo la posibilidad de reconfigurarse como otro. Pero un *otro* que se considera más bello y mejor por sí mismo.

En el trabajo de campo nos percatamos de la dificultad de los individuos para enfrentar una entrevista sobre la transformación estética. El ocultamiento del rostro con el que se vino al mundo, resulta ser una intimidad en el sentido que revela la existencia de una antigua apariencia de la persona, de la que se deshizo permanentemente, pero que además tal apariencia estaba cargada de significados negativos. Esta apariencia anterior le causaba sufrimiento de modo que al reconocerlo implica revivir el rostro pasado, pero también la realidad de que el rostro actual es un artificio. Esto debe de ser una situación frustrante para el individuo que cae desacreditado en el momento de afrontar esta realidad. En el caso de los potenciales pacientes la inconformidad con la apariencia actual les causaba incomodidad o vergüenza, en algunas ocasiones superada probablemente por la noción de normalización dentro de su contexto social.

Por otro lado, confrontar el pasado tranquilamente también da cuenta de un sentido otorgado a esa transformación de modo positivo, coherente con una vida actual, que se entiende como más satisfactoria. Las ocasiones que intercambié con pacientes que tenían dicha actitud positiva y abierta frente al cambio se trata de las personas que habían cambiado considerablemente en su personalidad de manera que lo consideraban ellos mismas como positivo. Es decir, las personas en las que operó la eficacia simbólica. En el caso de estas dos personas en especial, se trata de una historia en la que su rasgo físico era un tormento y lograron identificar adecuadamente dicho rasgo con sus problemas de relacionarse con las personas.

Resulta complejo evaluar la eficacia simbólica en relación a sus resultados, en cuanto a la insatisfacción de la propia imagen del paciente y la repercusión de esto en la salud mental del mismo, en el sentido que este cometido excede el alcance de este trabajo, ubicándose en un plano más psicológico y por tanto esto no se realizó en este trabajo. De todas formas a este respecto encuentro que la intervención quirúrgica del rostro puede resultar, cuando menos,

riesgosa. Los verdaderos motivos por los cuales el paciente acude a la cirugía estética pueden estar relacionados con aspectos mucho más complejos que el simple hecho de “ambicionar una mejoría”. Sin embargo, el modelo explicativo de la cirugía estética, a partir del cual, se sustenta la identificación del problema y la cura resultan problemáticos en la medida que sacan de vista aspectos importantes de la historia y contexto vital de la persona y no llegan hasta las reales motivaciones del paciente, tomando entonces, el síntoma por signo y operando únicamente sobre la base de éste. El proceso de cura, entonces, se trata de darle la razón al paciente en relación a su complejo de fealdad y en este sentido se incentiva la imaginación del individuo a considerar que su propio valor como persona depende de la cercanía de su apariencia a estos prototipos hegemónicos de belleza. El paciente, por tanto, en vez de encontrar fortalecida su autoestima y valoración puede recibir el mensaje de que le falta mucho para estar más cercano a dicho ideal. También puede considerar haber solucionado su problema de la apariencia, sin embargo, los motivos que verdaderamente causaron esta insatisfacción con su apariencia pueden resultar intactos. También pueden solucionarse efectivamente los problemas, al identificarlos plenamente con el rasgo modificado. Sin embargo, este asunto sería menor sino se pusiera en juego bastante con ello. De acuerdo con Le Breton (2010) el modelo médico de la cirugía plástica estética...

“funciona la mayoría de las veces por la negación del inconsciente, opera por interpretación ingenua directamente sobre el cuerpo. Algo así como si un psiquiatra le aconsejara a su paciente paranoico que desconfíe aún más y se proteja con más eficacia de sus enemigos. Responder sin distancia a una demanda que subraya esencialmente un sufrimiento en relación con el mundo, donde el inconsciente se implica con fuerza, puede hacer correr al paciente un importante riesgo de desestructuración de la personalidad. Es un caso relativamente frecuente. Allí también tocar el rostro es afectar la existencia del actor, modificar su trazado, trastornar su tonalidad.” (213 pp.)

Esta torpeza de darle la razón al paciente sobre la inconformidad con su apariencia, ponen en riesgo al paciente de no solucionar adecuadamente su problema y trasladar su insatisfacción a otro lugar, propiciando el mantenimiento o desarrollo de trastornos sicosomáticos como el trastorno de la imagen corporal (insatisfacción moderada en relación con uno o más aspectos de la apariencia física) y el trastorno dismórfico corporal (Preocupación excesiva por algún defecto imaginado del aspecto físico o al presentar leves anomalías anatómicas) (Castrillon en: Moreno et al, 2007). En este sentido,

resulta coherente que *el paciente ideal*, de acuerdo con los médicos, sea aquél que busque *la mejoría* y no la perfección, en la medida que lo importante es que el paciente identifique el rasgo a modificar plenamente con sus insatisfacciones y por tanto a la hora de cambiar, no importa tanto cómo se haya cambiado, sino que ya se ha acabado con aquello que se ha identificado negativamente.

8.2 El riesgo es no entenderse

Dentro de los muchos riesgos que se corren en la transformación estética, en relación a la salud, también se encuentra un riesgo de quedar inconforme con el resultado. Esto se encuentra en plena relación con el buen entendimiento y buen relacionamiento entre médico-paciente. Señalo que es difícil el diálogo porque existen diversos factores que aparentemente no son fácilmente controlables y que mantienen presentes en dicha relación. En el proceso de relacionamiento con el médico se pueden presentar dos situaciones a partir de la insatisfacción del paciente. La primera es que el paciente se encuentre realmente obsesionado con el ideal de belleza hegemónico y tenga una idea muy fija de lo que quiere. Un caso extremo de este tipo de paciente sería aquel cuando las personas se aparecen a la consulta con una fotografía de un personaje famoso al que quieren parecerse. Si el médico encuentra que este ideal es bastante fijo y difícil de cambiar a partir de su discurso, lo catalogará como un *paciente en búsqueda de la perfección*, por tanto un mal paciente. Es posible que el médico decida no hacerle la operación, pero es posible que sí se la realice bajo un engaño sobre su resultado final o la advertencia de su diferencia con el modelo presentado. El segundo tipo de paciente es aquél quien se siente inconforme con su forma actual, pero le delega al médico el modo en que debe de mejorar su aspecto. Es decir, no importa tanto cual sea el resultado de la transformación, mientras ésta sea aceptable por el medio social que la rodea, lo importante entonces es agenciar el cambio, en la medida que se ha depositado una valoración negativa para la forma del rostro que quiere intervenir. Este paciente será catalogado por el cirujano como un paciente en búsqueda de *la mejoría* y es el paciente sobre el cual el médico

tiene mayor poder y control. Se encuentra también catalogado como un *paciente ideal* por parte del médico. Este último caso resulta ser el más positivo para el médico porque no es la aspiración del paciente lo importante, sino la inconformidad actual, siendo que el cirujano le puede brindar una variedad de formas al paciente con las que se puede llegar a sentir contento. Mientras que si un paciente con una idea muy fija sobre la belleza puede reducirse considerablemente esa variedad de formas que el cirujano puede obtener, ya sea por su habilidad técnica o por la idea que tiene de belleza el cirujano. Estos dos tipos de pacientes que hemos identificado como dos extremos, en el sentido en que pueden existir diversas variaciones, pueden o no ser identificados por el cirujano, pero lo que éste buscará es ejercer la autoridad sobre la apariencia del paciente con el riesgo de que el paciente sea no receptivo frente a dicho poder.

Un segundo riesgo en la cuestión del entendimiento entre el cirujano y el paciente se trata de la comunicación en relación al ideal de belleza que se tiene, cuando este resulta importante. Los códigos que se utilizan para entenderse en relación al ideal de belleza no son estandarizados y unívocos. Tal y como lo reconocen los cirujanos considero que el campo de la belleza corresponde a un terreno subjetivo, sin embargo, el ideal hegemónico de belleza es el ideal subjetivo de muchos, pero a su vez, en este campo de homogeneidad existen discretas variaciones. Normalmente los pacientes que optan por la transformación estética se encuentran orientados a partir de este ideal del que se apropian de maneras diversas. Esta forma de apropiación está relacionada con lo que se ha llamado cultura territorializada, aspectos que se ubican en la historia personal, familiar, cultural local. En algunas ocasiones las personas se apropian más de unos aspectos que otros, en relación al ideal de belleza hegemónico y desterritorializado. Como ejemplo puedo citar a una de las interlocutoras a la que le parecía importante tener una nariz recta, pero a su vez, no quería tener una proyección de la punta de la nariz, porque se le notaría demasiado la cirugía. Asimismo, está el gusto por el cabello bastante claro, presente en distintas partes de México. De igual modo, los cirujanos se apropian de un ideal de belleza inspirado en los medios de comunicación, las tipologías raciales y las proporciones divinas, todo esto es asumido desde ellos

de manera diversa, subjetiva, de modo que existe también una cierta diversidad de sus ideales de belleza. Como ejemplo de ello podemos citar a uno de los cirujanos entrevistados que declaraba que él notaba la diferencia de ideales de belleza entre los cirujanos, puesto que había unos que hacían una nariz muy puntiaguda, mientras otros hacían una proyección más discreta. De este modo, no existe una correspondencia directa entre rasgo y significado, es decir, no existe una relación significante-significado en la que un rasgo específico sea considerado unívocamente, por médico o paciente como bello. Siempre existen identificaciones diversas, tanto por parte del médico como del paciente. La comunicación se complica cuando médico y paciente, o alguno de los dos está pensando que su perspectiva es compartida por el otro *per se*, sin darse cuenta de que se trata de una proyección de su propia perspectiva, de este modo se hace difícil su comunicación asertiva en el sentido en que cada quien puede estar hablando de un tipo de belleza diferente, sin tener en cuenta la perspectiva y la representación del otro. Esto ocurre aún siendo que se estén comunicando sobre la base de un ideal muy homogéneo. Al mismo tiempo las imágenes sobre lo bello para el paciente pueden ser difusas sobre aspectos específicos. Esto último resulta ser una ventaja para el cirujano quien puede ejercer su poder y control sobre en estos espacios de indefinición o bien falta de claridad del paciente sobre su propio deseo para imponer un modelo y la definición del término *mejoría*. El cirujano usa de hecho esta inseguridad del paciente sobre lo que quiere para definirlo él, amparándose en su experticia y “claro concepto”. De todos modos, la del cirujano también es una apreciación subjetiva, fundada en la cultura mediática. Pero en ocasiones, lo definitivo es que el paciente se sienta seguro, cómodo y de acuerdo con el hecho que el cirujano es el que tiene la razón sobre lo que es bello y lo que no. La inseguridad del paciente sobre su aspecto físico se equilibra con una confianza que le ha dado al cirujano para que éste haga con su rostro lo propio; definir lo que se necesita para estar acorde con los modelos del deber ser y del deber parecer. La inseguridad propia, entonces, se compensa con la tiranía de otro sobre el propio rostro. Lo que le falta de seguridad al paciente le sobra al cirujano, por tanto en el proceso quirúrgico se compensa. Tanto el aspecto ritual del proceso quirúrgico, como la guía de un “experto” en belleza, con todas las implicaciones que ello tiene, hacen que el paciente considere que el modo

en que ha cambiado su rostro es el mejor modo. Como vimos en el capítulo anterior, el paciente ideal es aquel que se deja guiar, que se deja convencer y que enajena el destino de su apariencia al médico sin protestar, es un paciente que no tiene claro lo que desea obtener, solo un concepto amplio de mejoría donde pueden caber muchas cosas al criterio del médico, es un paciente que queda contento, un paciente que se puede identificar con el criterio del médico fácilmente. El paciente obediente va a estar seguro de que su resultado es el mejor, porque así lo dice el médico.

De todas formas se le exige al cirujano que cumpla con algunos requisitos en el resultado técnico que obtiene. Tiene que haber alguna mínima correspondencia sobre lo que el ideal de belleza hegemónico plantea y lo que es el resultado. Por otro lado, también es claro que cuando el paciente presenta una giba o bien su nariz es mucho más pronunciada que la media, resulta ser muy fácil la comunicación con el paciente, el paciente solo quiere reducir su estigma. En estas ocasiones el paciente solo quiere acercarse al ideal de belleza hegemónico de una manera no muy exacta. Quiere o reducir su tamaño o bien quitar su giba y con esto la eficacia se encuentra más garantizada, en el sentido que la comunicación con el paciente es mucho más fluida y son los deseos del paciente y no los ideales de belleza del médico los que resultan ser relevantes.

8.3 ¿Una nueva existencia?

De acuerdo con lo que acabo de exponer anteriormente el restablecimiento de la autoestima pareciera ser una total lotería, sin embargo, la eficacia simbólica puede tener un efecto tan funcional como otras terapias mientras no se sospeche del procedimiento o del cirujano. La buena comunicación resulta crucial para el éxito de la cirugía plástica, pero también lo es la habilidad técnica del cirujano, el uso de los materiales adecuados, el equipo médico calificado, la disciplinada atención de éstos durante el proceso quirúrgico ante todos los signos físicos que puedan indicar un problema en la salud del paciente y por supuesto también hay riesgos que están latentes a nivel de los efectos físicos, como el tipo de cicatrización que se pueda tener, la posibilidad

de infección, edemas pulmonares, daño de nervios de la cara, parálisis, ceguera y la muerte. Pero estos riesgos, normalmente, no los conocen los pacientes y de acuerdo con la versión de los médicos los procedimientos quirúrgicos hoy son más seguros en la medida que la ciencia de la anestesia ha avanzado mucho. Sin embargo, es difícil encontrar datos estadísticos sobre estos problemas y los cirujanos prefieren no hablar de ello demasiado, lo único que recuerdo que un médico me dijo abiertamente sobre ello era que no se podía equivocar con alguien que tiene poder o reconocimiento, de lo contrario no era tan importante. Este comentario hace referencia a un relevamiento de la importancia del paciente planteando una jerarquía en relación al poder y reconocimiento de este, considerando que se pueda a llegar a afectar la carrera del cirujano a partir de los errores que cometa con una persona conocida mientras que con una desconocida o sin poder no. Obviamente, la consecuencia de esto resulta escandalosa no solo porque se espera que el cirujano no quiera equivocarse en ningún caso, sino porque si alguno de estos problemas se presenta puede ser que el paciente no recupere su percepción de belleza y de este modo revierta negativamente en su proyección ante la sociedad, pero también puede llegar a perder la vida.

Estamos de acuerdo con Le Bretón (2010) cuando plantea que también es posible que se desestabilicen las bases de la identidad al modificar el rostro, ya que el problema se encuentra en las estructuras del inconsciente y éstas no son tan fáciles de modificar a partir de la cirugía plástica, en la medida que no llegan a la profundidad del problema y se quedan en un plano superficial del mismo. De todas maneras, considero que sí es posible proyectarse de una manera diferente y reestablecer la existencia para algunas personas a través de la cirugía estética, como fue el caso de aquellos que dijeron haber cambiado completamente. Sin embargo, opino como Le Bretón, que este resulta ser el camino más corto y que posiblemente sea el menos riguroso y disciplinado, que puede no resolver los problemas del individuo y que puede causar otros problemas. Lo que considero importante evaluar es si vale la pena el riesgo que se corre para el tipo de cambio que se quiere lograr y por otro lado también cuestiono que sea este tratamiento de la cirugía estética con frecuencia el principal que se considera en relación a los problemas de autoestima-

apariencia y no se suelen considerar con la misma importancia otras soluciones de tipo psicológico que podrían resultar más benéficas a largo plazo. En los casos que analizamos en el capítulo VI nos percatamos de que los pacientes que mejores resultados obtuvieron llevaron una terapia psicológica durante no mucho tiempo, pero que de algún modo se articuló con la cirugía estética. No estoy queriendo decir con esto que el tratamiento psicológico deba de realizarse como momento previo para la cirugía, sino más bien que este recurso es el primero que se debería de agotar para tratar de encontrar el contexto vital que posibilita tal inconformidad en el paciente. En estos casos específicos que menciono no abordé sobre el contenido de estos tratamientos, sin embargo la conclusión de los pacientes es que estos tratamientos no funcionaron y en este sentido motivaron aún más a realizar la cirugía. También señalé que los pacientes que tuvieron buenos resultados en cuanto a su autoestima lograron comunicarse adecuadamente con los cirujanos y fueron ellos los que establecieron las pautas del cambio y no los cirujanos. Es decir, que el cirujano fue receptivo al ideal de belleza del paciente y no impuso su criterio unilateralmente.

Los pacientes que no reportaron ningún efecto positivo en su autoestima fueron aquellos quienes no consideraron tener alguna percepción de fealdad sobre el rasgo físico que modificaron, aún así su afirmación resulta ambigua en el sentido que también afirman que se sienten más bonitas luego de la operación. El contexto para que la percepción de la belleza propia se debilitara y tuviera lugar la transformación estética aparece relacionado con la sugerencia del cirujano, familiares y/o amigos. La satisfacción por su parte, parece relacionada con el hecho de que hayan recibido una aprobación de parte de los cercanos, amigos y familiares, siendo esta otra variable que opera en la eficacia simbólica. De todas maneras es importante señalar que para el caso de Margarita e particular este hecho de sentirse más bonita, no vale la pena como para realizarse una cirugía estética. Esto indica que si tienes una percepción de belleza sobre su propio rostro, la aprobación de los demás y la transformación cuentan para tener una percepción de la propia apariencia mejor, pero no implican cambios en diversos ámbitos de la vida y tampoco justifican la cirugía plástica estética. Es decir, una percepción satisfactoria con la apariencia propia

blinda a la persona de considerar la posibilidad de una cirugía como un hecho justificable.

Uno de los pacientes analizados en el capítulo VI plantea que quería mejorar “pero quedó peor” a pesar de que el paciente advierte que no tiene ningún problema de autoestima, tomo con reserva esta afirmación en el sentido que al mismo tiempo en su historia clínica confiesa que “es infeliz con su actitud.” De lo otro lado, están las pacientes que tuvieron presumiblemente mala comunicación con los cirujanos en el sentido que quedaron con la idea que podrían haber quedado mejor. De estas pacientes presumimos quedaron defraudados con el procedimiento su percepción de belleza de sí mismas se perjudicó, impulsándolas a realizarse una nueva cirugía. En los dos casos de las pacientes que se realizaron la cirugía plástica en primera instancia y quedaron insatisfechas consideramos que esto se puede haber debido a que tenían una idea muy fija sobre su posible cambio, en la medida que se encontraban bastante interesadas por alcanzar un ideal de belleza hegemónico. Esto de acuerdo con la información que ellas mismas brindaron al respecto, ya que reportaron que dedicaban bastante tiempo al deporte o mucho esfuerzo a la dieta, por ser estrictas con estos ideales de belleza. De esta manera, encuentro posible que estas pacientes sean mucho más exigentes para el cirujano que un paciente no tan preocupado por la belleza. En este sentido también se presentan como unas pacientes “no aptas” de acuerdo con los criterios de los cirujanos, en el sentido en que la valoración sobre la “mejoría” no es tan fácilmente manejable con estos pacientes como con otros para el beneficio del cirujano.

8.4 Motivaciones de los pacientes

En relación a las motivaciones iniciales que los pacientes aducen para realizarse cirugías plásticas encontramos, lo que podríamos llamar en términos de Goffman (2006a), un grupo de cínicos y otro de sinceros, es decir, un grupo de pacientes que aparentemente acepta sin tapujos sus motivaciones y otro que las esconde, con el fin de controlar la información que tienda o no a

desacreditarlos. Sin embargo, hemos querido agruparlos en cuatro rubros para dar mayor idea sobre el contexto de los distintos pacientes.

El primer rubro, se trata sobre una motivación para realizarse la transformación estética fundamentada en un golpe que produce una deformidad, como ya se dijo en el capítulo IV, las ambigüedades e incoherencias presentes en la narrativa de los pacientes dejan sombra de dudas sobre su veracidad. De ello consideramos que es posible que la vinculación por parte de los pacientes del “golpe” con la fealdad percibida corresponda con una manera de evitar vincular su insatisfacción con su historia genética particular, poniendo la falta de dignidad que percibían de este rasgo físico en un accidente del destino impreso en el rostro. Esta operación de sacar de la explicación la fealdad percibida aspectos genéticos plantea un intento de reivindicarse en su autoestima sin involucrar sentimientos en relación a su propio valor como miembro de una familia, una estirpe, una comunidad, un territorio, un destino común. Este recurso implica tomar como accidente la historia y por tanto tratar de enmendar ese accidente para reorganizar todo de nuevo, recuperar algo perdido. La posibilidad de que el golpe haya causado un traumatismo significativo no se descarta, sin embargo, los aspectos estéticos sobre los cuales querían modificar su apariencia la mayoría de estos pacientes se realizaron o proyectaron más allá del las presuntas consecuencias del golpe. De cualquier modo, el golpe actuó como una excusa que justificaría todo lo demás sin tener que dar demasiadas explicaciones. Este aspecto también nos obliga a pensar en la dificultad de la indagación que está presente cuando se trata de asuntos relativos a la cirugía estética, ya que de por medio se encuentra el orgullo de la persona y su posible vinculación con una percepción de fealdad en su rostro. Esta observación nos lleva a analizar el segundo grupo de pacientes que tienen en común no haber tenido una insatisfacción antes de realizarse la cirugía, sino que llegaron a esta por alguna sugerencia de un tercero, en estos casos, madre o cirujano. También tomamos con reserva estas afirmaciones en el sentido de que acabamos de plantear, sobre la timidez de los pacientes, en aceptar sus insatisfacciones. Sin embargo, se hace interesante observar cómo es de fundamental el papel del cirujano y de otras personas cercanas para motivar una intervención quirúrgica. En el caso de una de las pacientes

estuvimos atentas en todo el proceso del *pase* y nos percatamos cómo el papel del médico resultó fundamental para que la paciente considerara más intervenciones de las que había pensado. El papel de la madre y/o padre, a pesar de que se presentó en cuatro situaciones, no se analizó desde un rubro específico, ya que tres ocasiones se solaparon con la explicación “del golpe”. Es importante notar que los amigos, la madre y/o el padre han tenido un papel fundamental dentro de la motivación, sobre todo, en cuanto a las pacientes más jóvenes entre 17 y 22 años. En el caso de uno de los chicos comenzó a pensar en realizarse la cirugía estética a los 19 años, pero solo hasta los 30 años pudo tener el dinero para realizársela, toda la vida su madre le había realizado la sugerencia de la cirugía. Otro grupo que identificamos fue aquel de los pacientes fueron sinceros al aceptar un complejo con algún aspecto de su nariz que se inició bien en la niñez por el señalamiento y la burla de compañeros del colegio o por la propia identificación de un rasgo que atormentaba.

El último rubro a analizar se trata de una persona que encuentra como inconveniente su aspecto físico para expresar su identidad de género, ya que siendo biológicamente hombre, quisiera verse socialmente como mujer. La nariz resulta un rasgo fundamental para que esta mujer transexual se sienta más femenina. La emulación de lo que considera aspectos fundamentales del género femenino, se asocia con este ideal de belleza hegemónico que hemos venido señalando y desde el cual esta potencial paciente encuentra las motivaciones para considerar una cirugía estética como una salida. De ello es de destacar que estas imágenes asociadas a la feminidad son analizadas desde el feminismo justo como la expresión de un dominio patriarcal, donde el cuerpo femenino se convierte en un espacio de poder, disciplina y control, y a partir del cual se diseña otra manera de sometimiento femenino (Bordo, 1993, Wolf, 2002). En este sentido, el hecho de identificar lo sensual y lo atractivo con las imágenes estereotipadas que hemos venido señalando y a partir de proyectar y alcanzar la similitud con dichas imágenes como la base del sustento de la identidad de género, señala cierta manera de aproximarse al género desde una perspectiva patriarcal. Ya que, como hemos señalado anteriormente, este ideal de belleza, lejos de ser saludable, revierte en la

consideración del cuerpo femenino como un objeto de manera legitimada y reproducida por poderes asociados al consumo. La idea que parece estar detrás de esta transformación del cuerpo de hombre al cuerpo de mujer se encuentra vinculada a una visión machista del cuerpo femenino.

En relación a los hombres que entrevistamos podemos plantear que la ideología de transformación estética que soporta su práctica los ubica dentro de una masculinidad alternativa desde la cual asumen un papel simbólicamente atribuido a las mujeres (Davis, 2007). Esto no significa que controviertan el papel que se ha asignado a las mujeres, sino más bien el que se ha asignado a los hombres y por tanto esto revierte en una concepción de relaciones de género diferente, ubicándose en un plano de mayor igualdad. De todas formas, esta concepción de igualdad implica una sumisión de la apariencia física masculina y femenina ante el poder médico, siendo el femenino aún más susceptible de ser intervenido que el del hombre. A su vez este dominio de la medicina sobre las apariencias físicas de los hombres y más aún de las mujeres se encuentra sustentado en intereses capitalísticos que controlan las subjetividades. De todas maneras, es de destacar que la participación de los hombres en la transformación estética sigue siendo la minoría.

8.5 Racismo intersticial

Como lo hemos planteado en el capítulo III, los ideales hegemónicos de belleza encarnan un prejuicio racista, que se ha podido notar a partir del uso de tipologías raciales con valoraciones positivas para lo que se entiende como caucásico y negativas para lo que es diferente a ello. En este sentido me interesa resaltar el asunto de la fealdad, de acuerdo con LeBretón (2010):

“El otro es siempre indiscutiblemente feo. A falta del apoyo de una teoría más erudita, el prejuicio fisiognomista funciona y describe a los hombres de otros espacios con los rasgos más grotescos, como si la naturaleza se hubiera encargado en desacreditar su obra más allá de las fronteras. Los retratos de viajeros abundan en retratos poco halagüeños... su pluma trata a los hombres de sociedades alejadas con el prejuicio fisonómico que aún ahora es el hilo conductor de las percepciones racistas para describir al Otro a través de atributos físicos que también son juicios de valor”(78pp.)

Esta línea de argumentación que plantea una continuidad entre las impresiones y descripciones con atribuciones negativas, subrayando la fealdad sobre el Otro y los estereotipos raciales, resulta acorde con lo que hemos señalado en este estudio. Pero también resulta acorde con lo que se ha planteado en otros estudios en la misma zona. De acuerdo con Cruz (2006) la afirmación, según la cual, las características que definen los juicios de sobre el cuerpo y el rostro bello son designadas por la cultura dominante, resultando los otros como indeseables, feos, y ello corresponde a la población indígena. “Las jóvenes son las más morenas, las menos delgadas, las menos arregladas, las menos bonitas, frente a la sociedad mestiza” (139 pp.) Esta misma autora señala que estas representaciones de lo feo y lo indígena también se encuentran asociadas a las desigualdades sociales sustentadas en la etnicidad, es decir, con la pobreza y la marginación de la población indígena del estado de Chiapas, pero también con sus costumbres, actitudes y creencias que se entienden como premodernas, incivilizadas y bárbaras, reacias a la modernidad.

Según plantea Menéndez (2001) en la actualidad existe una manera de racismo que pasa desapercibido al que llama *racismo intersticial*. Lo entiende como un racismo que ha sido propiciado a partir de las ciencias biológicas de una manera sutil: “La interpretación etiológica de la conducta humana como conducta animal, y en especial sobre su naturaleza agresiva y competitiva; las indagaciones bioquímicas y genéticas sobre el comportamiento, el uso de las tecnologías biológicas no solo para la prevención y curación de enfermedades, sino también para el control de comportamientos “desviados”; causas biológicas son usadas para explicar la persistencia de la pobreza, el fracaso educativo y los comportamientos violentos; las tecnologías biomédicas pueden “modificar el cuerpo con la intención de demorar la vejez y prolongar la juventud, de recuperar la apariencia sujeto-objeto sexual” (3 pp.). En este sentido, la transformación estética puede ser analizada en relación a las construcciones ideológicas-culturales que legitiman la supremacía de una apariencia física sobre otra propiciando que una persona deposite su sufrimiento en su aspecto físico. Menéndez también destaca que en países

como México los medios de comunicación masiva, especialmente la televisión, proponen un ideal de la figura humana a sujetos singularizados por su blancura. Sin embargo, más allá de las explicaciones biológicas lo que se legitiman, son una parte de las concepciones y acciones racistas. Estos procesos expresan valores colectivos y se manifiestan por variedad de comportamientos históricamente detectados pero escasamente analizados en su significación racista en términos de hegemonía-subalternidad.

Desde esta perspectiva considero importante el aporte de Menéndez (2001) según el cual, si bien a nivel reflexivo, el racismo puede aparecer cuestionado y considerado como una ideología negativa, sin embargo, las representaciones y prácticas biologicistas pueden formar parte de un sistema cultural y hegemónico, legitimando y de esta manera se normalizan determinadas actividades racistas en forma no conciente. Es así que tanto las teorías, concepciones científicas sobre las razas, como ideologías o saberes sobre las razas, sobre las etnicidades y en general sobre las diferencias, deben ser observadas en las prácticas sociales a través de las cuales se realizan, inmersas en relaciones de hegemonía subalternidad dominantes en cada contexto. De esta manera, consideramos que los ideales de belleza hegemónicos sobre los cuales basan sus criterios los cirujanos estéticos y sus pacientes, lo que a su vez guían sus prácticas de transformación, pueden considerarse como una expresión de *racismo intersticial*.

Pero también encuentro importante señalar cómo este racismo intersticial fundamenta el deseo de las personas de cambiar, el deseo de sentirse más atractivas y el deseo en relación al poder de atracción que se genera sobre el ideal de belleza hegemónica y estereotipada, resulta ser dirigido a partir de una ideología.



(Silvia Navarro, Actriz Mexicana)

Imagen tomada de: <http://www.clarinveracruzano.com/balean-a-chofer-de-silvia-navarro>

8.6 El deseo enjaulado

En el caso de la transformación estética se supone que los cirujanos trabajan sobre cuerpos sanos entonces ¿Qué reparan? ¿Por qué hay que repararlos? ¿Qué hay de malo en ellos? Esto es lo que resulta de mayor interés en la cirugía plástica estética y la medicina estética. La medicina avala una intervención sobre un sujeto sano, porque su presentación ante la sociedad no es deseable tal y como está y no lo es en relación a sus aspectos físicos, en el caso del rostro, a sus rasgos. ¿Qué denotan esos rasgos? Como lo consideramos en el capítulo IV, se trata de aspectos principalmente relacionados con representaciones asociadas el género y la raza. Con lo cual pretendemos señalar en éste análisis que las representaciones y percepciones en las cuales se fundamentan los cambios estéticos tienen consecuencias políticas de importancia que me propongo señalar.

Es principalmente a partir de los medios de comunicación que se transmiten los ideales de belleza que serán derroteros para la apreciación de la belleza, tanto para los cirujanos y como pacientes. Sin embargo, esto también mantiene una correspondencia con las relaciones sociales conflictivas interétnicas, que caracterizan al otro indígena como feo, asociado a una serie de estereotipos racistas. Las imágenes de las modelos de ropa, perfumes, cremas, en centros comerciales, vallas publicitarias, avisos, tienden a reproducir imágenes de hombres, niños y mujeres, pero especialmente estas últimas, donde se lucen cabellos y rasgos “güeros”. Esta observación la realicé muy recién llegando a México D.F., pero se mantuvo igual en Tuxtla Gutiérrez. Era fácil de notar, sobre todo, porque el color del cabello era tan rubio y el color de la piel tan blanco de los y las modelos, que resultaba contrastante con la diversidad de tonos de piel de la gente que caminaba por las calles o montaba en transporte público, caminaba por los centros comerciales, las plazoletas, las aceras, en fin, en los lugares públicos y privados. En Tuxtla Gutiérrez era realmente difícil ver un hombre o una mujer totalmente “güeros” tal y como se representan en las imágenes. Pero esta representación en imágenes se traslapa muy bien con los criterios de belleza de los pacientes que relacionamos en el capítulo IV. Dulce María Sauri (en: Belausteguigoitia, 2009) coincide en señalar la aversión frente a lo “prieto” que le inculcaron en su crianza: “adquirí conciencia del color de mi piel por las prohibiciones y por la naranja agria” (82 pp.). Ella comenta que de niña no la dejaban tomar el sol en la playa, si no era el de las 6 de la mañana, o no podía jugar béisbol sino después de las 6 de la tarde. Cuando llegaba de vacaciones en la playa la embadurnaban de naranja agria para que su piel se tornara más clara de nuevo, luego de haber recibido sol. Su abuela le decía que no iba a conseguir novio “debido a su color subido”. De esta afirmación se puede derivar una segunda reflexión que tiene que ver con lo planteado anteriormente. Las representaciones en relación a la atracción de una pareja se encuentran asociados a los ideales de belleza hegemónicos. Esta afirmación se encuentra en plena concordancia con lo que plantearon algunos de los pacientes sobre la atracción física, pero también está relacionado con la autopercepción de los pacientes sobre los aspectos físicos indeseables y por los cuales decidieron acudir a la cirugía plástica. Varios de los pacientes dijeron haber cambiado su forma de relacionarse, llamar más la

atención del sexo opuesto y hasta haber tenido nuevas relaciones amorosas a partir de ello. Es decir, no solo estos ideales que resultan ser producidos y reproducidos industrialmente y de manera desterritorializada, influyen en los deseos, las percepciones y las acciones de las personas sobre su apariencia física, también posibilitan afectos y nuevas relaciones sociales y sexuales. En este sentido podríamos decir que si orientamos nuestros criterios para escoger pareja sobre la base de un ideal de belleza hegemónico que implica el racismo, también escogemos pareja de acuerdo con criterios que nos recuerdan la eugenesia. Es difícil determinar si se trata del efecto de la apariencia física que causa en los demás una mayor atracción en las personas y que revierte en mayor posibilidad de relacionarse amistosamente y amorosamente, o bien, se trata del cambio de actitud que han tenido los pacientes luego que ha mejorado la autoestima a consecuencia de la transformación estética, sin embargo, lo que queremos señalar es que un cambio en la persona agenciado a partir de la cirugía plástica ha traído nuevas consecuencias en la manera de relacionarse socialmente de los pacientes.

Normalmente aquellas imágenes hegemónicas de belleza son percibidas de manera también mayoritaria asociadas a una cierta sensualidad, poder, prestigio, salud, éxito, felicidad. Además esto tiene influencias directas en las relaciones sociales, en el sentido que si estas imágenes se asocian con ciertos valores sociales que son apreciados de manera positiva el modelo se presenta también como un modo de deber ser social. Se introduce la idea de que a través de la apariencia personal se pueden proyectar estos contenidos con los que se está asociado y en este sentido resulta lógico manipular la apariencia a partir de la transformación estética. Sin embargo, al mismo tiempo lleva a beneficiar intereses económicos y políticos como los de la moda, los cosméticos, la cirugía estética, todo ello desde una visión sexista que revierte principalmente en la dominación masculina sobre la apariencia de las mujeres. La atracción física resulta entonces condicionada por estos factores de modo que más que una expresión que aparentemente resulta independiente, libre, autónoma se torna en un modo más de sometimiento.

Bibliografía

- ACKERMAN, Sara
2010 "Plastic Paradise: Transforming Bodies and Selves in Costa Rica's Cosmetic Surgery Tourism Industry", en *Medical Anthropology*, Vol 29 Núm 4, Taylor & Francis Group. 403–423 pp.
- ANDERSON, Perry
1981 *Las antonimias de Antonio Gramsci*, Editorial Fontamara, Barcelona.
- BATALLA, Bonfil.
1991 *México Profundo*, Editorial Alianza, México
- BAUMAN, Zygmunt
2007 *Vida en consumo*, Fondo de la Cultura Económica, México.
- BLUM, Virginia
2005. *Flesh Wounds. The culture of cosmetic surgery*. University California Press. United States
- BOLIVAR, Ingrid
2001 "Estetizar la política: lo nacional de la belleza y la geografía del turismo, 1947-1970", En: Cuadernos de Nación. Belleza, fútbol y religiosidad popular, Bogotá, Ministerio de Cultura.
- BORDO, Susan
1993 *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body*, University of California Press, USA.
1999 *The male body: a new look at men in public and in private*, Farrar Straus and Giroux, New York.
- BOURDIEU, Pierre
1998 *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*, Ed Taurus, España.
- BUTLER, Judith
2001 *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*, Paídos: Universidad Nacional Autónoma de México, Programa universitario de estudios de género, México.
- CASTRILLON, Diego, LUNA, Iris, AVENDANO, Gerardo
2007 "Validation of the body shape questionnaire for colombian population" En: Act. Colombia Psicología, Vol 10, Núm 1, 15- 23 pp. Enero- Junio
- CRUZ SALAZAR, Tania
2006 *Las pieles que vestimos. Corporeidad y prácticas de belleza en San Cristóbal de las Casas. Un estudio con jóvenes indígenas y mestizas*, Tesis de doctorado. CIESAS. D. F. México.

CANTO VIDAL, Bernaldo; CANTO VIGIL, Tania
2010 "Rinoplastia en la nariz mestiza y negroide" en *MediSur*, Vol. 8, Núm. 1, febrero, Universidad de Cienfuegos Carlos Rafael Rodríguez, Cuba, 26-31 pp.

CONNELL, R, W; MESSERSCHMIDT, James.
2005 "Hegemonic Masculinity", en: *Gender & Society*, Vol 19, N 6.

DAVIS, Kathy
2007 *El cuerpo a la carta*, La cifra. México. D.F.

DOUGLAS, Mary
1996 *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*, Paídos, Barcelona.

EDMONDS, Alexander
2007 "Triumphant Miscegenation': Reflections on Beauty and Race in Brazil",
En: *Journal of Intercultural Studies* Vol. 28, No. 1, February 83-97 pp.

GALEANO, Eils Natalia
2007 *La belleza como fetiche*, Tesis de licenciatura, Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia.

GILMAN, Sander
2001 *Making the body beautiful: A cultural history of aesthetic surgery*,
Princeton University Press, US.

GOOD, Bryron
2003 *Medicina, Racionalidad y Experiencia*, Ediciones Bellaterra, Barcelona-España.

GOFFMAN, Erving
2006a *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Amorrortu, Buenos Aires.
2006b *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires.

GUERRERO ZAVALA, María Fernanda
2009 *Experiencia plástica estética: Género y poder: Tinturas que colorean los cuerpos modificados quirúrgicamente de seis mujeres mexicanas*, Tesis de Maestría, Colegio de México, D.F. México.

GUATTARI, Felix; ROLNIK, Suely
2006 *Micropolítica. Cartografías del deseo*, Traficantes de sueños, Madrid.

HAIKEN, Elizabeth
1997 *Venus Envy: a history of cosmetic surgery*. The Jhon Hopkins University Press, Baltimore, London.

HIGUERA, Stephen; HATEF, Daniel; STAL, Samuel
2009 "Rhinoplasty in the Hispanic Patient" en *Seminars in plastic surgery*, Vol 23 Núm 3, USA. 207-214 pp.

JODELET, Denise.

1986 "La representación social: fenómenos, concepto y teoría" En: Moscovici, Serge (comp.), *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, Paidós, Barcelona.

KAW, Eugenia.

1993. "Medicalization of Racial Features: Asian American Women and Cosmetic Surgery" en: *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 7, Núm. 1, Mar, 74-89 pp.

LACLAU, Ernesto y CHANTAL Mouffe

2004. *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*. Fondo de Cultura Económica, Argentina.

LE BRETON, David

2007 *Adiós al cuerpo*, Cifra, México

2010 *Rostros*. Letra Viva, Instituto de la máscara, Argentina.

LEVI-STRAUSS, Claude

1995. "Eficacia simbólica" en Levi- Strauss, Claude, *Antropología Estructural*, Paídos, España. 211-228 pp.

MENDOZA, Zuanilda

1993 *De lo biomédico a lo popular*. Tesis de maestría. ENAH. D.F. México

MENENDEZ, Eduardo

2001 "Biologización y racismo en la vida cotidiana" en: *Alteridades* Vol. 11 Núm. 21 México

2009 *De sujetos saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Lugar, Argentina.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel

1992 "Eficacia simbólica, eficacia biológica: Hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico en la asistencia sanitaria", en *Revista Rol de Enfermería*, Núm. 172. España.

PEDRAZA, Zandra.

1999 *En cuerpo y alma. Visiones del progreso y de la felicidad*. Universidad de los Andes. Bogotá

RANGEL AGUDELO, Rubén; RODRIGUEZ PERALES, Marcos

1999. "Manejo de la nariz mestiza mediante injertos en la punta nasal. Presentación de 45 casos" en: *Rev Sanit Milit Mex*. Vol. 53 Núm. 3. México. 188-197 pp.

QUIJANO, Aníbal

2003. *Colonialidad del Poder, eurocentrismo y América Latina*. En: Edgardo Lander Compilador. *La colonialidad del Saber. Eurocentrismo y Ciencias Sociales. Perspectivas Latino Americanas*. CLASCO UNESCO. Buenos Aires.

ROSEBERRY, William

2002 "Hegemonía y lenguaje contencioso" En: Joseph, Gilbert y Daniel Nugent (Comp.), *Aspectos cotidianos de la formación del Estado*, Era, México. pp. 213-238.

ROSEMARY, Ricciardelli; KIMBERLEY, Clow

2009 "Men, Appearance, and Cosmetic Surgery: The role of Self- Esteem and Comfort with the body", en *Canadian journal of sociology/cahiers canadiens de sociologie*, Vol. 34, Núm.1 105-134 pp.

RODRÍGUEZ, M; RODRÍGUEZ, E; BARBERÍA, E; DURAN, J; MUÑOZ, M; VERA, V.

2000, "Evolución histórica de los conceptos de belleza facial" en *Ortodoncia Clínica* Vol. 3 Núm.3 156-163 pp.

SAURI, Dulce María

2009 "Güeras y prietas", En: Belausteguigoitia, Marisa *Güeras y prietas: género y raza en la Construcción de mundos nuevos*. PUEG. UNAM. México

SONG, Julie

2003 "Saving Face: Asian American Women and the Politics of Cosmetic surgery", *Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, Atlanta Hilton Hotel, Atlanta, GA, Aug 16, 2003*. Disponible en internet En: http://www.allacademic.com/meta/p107479_index.html revisado 2009-05-26

WOLF, Naomi

2002 *The Beauty Myth*, Harper Perennial, New York.

En internet

<http://www.revistacirujanosplasticos.com/menu/estadisticas.asp> Revisado mayo

2010 <http://www.cronica.com.mx/nota.php?idc=220975> revisado 8 de Junio 2010

<http://www.clarinveracruzano.com/balean-a-chofer-de-silvia-navarro> Revisado 12 Julio 2010

INEGI

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/MexicoCifras.aspx?e=7&m=0&sec=M> Revisado 19 abril 2011

CONAPO

http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=126&Itemid=194 Revisado 20 abril 2011

<http://www.jornada.unam.mx/2011/05/06/index.php?section=sociedad&article=042n2soc> Revisado mayo 2011

http://www.sipaz.org/data/chis_es_02.htm revisado en Junio 2011

<http://www.facebook.com> Revisado entre diciembre 2010 y abril 2011