

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
MÁSTER UNIVERSITÁRIO EN ANTROPOLOGÍA DE IBEROAMÉRICA



CUERPOS MODIFICADOS:
UN ESTUDIO ANTROPOLÓGICO DE LAS CIRUGÍAS PLÁSTICAS Y DE SUS
TRATAMIENTOS POSTOPERATORIOS EN PORTO ALEGRE (Brasil)

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Luciana Maria Masiero

Director(es):

Dr. D. Ángel B. Espina Barrio

Dr. D. Mário Hélio Gomes de Lima

Salamanca

2014

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
MÁSTER UNIVERSITÁRIO EN ANTROPOLOGÍA DE IBEROAMÉRICA



CUERPOS MODIFICADOS:

**UN ESTUDIO ANTROPOLÓGICO DE LAS CIRUGÍAS PLÁSTICAS Y DE SUS
TRATAMIENTOS POSTOPERATORIOS EN PORTO ALEGRE (Brasil)**

Dr. D. Ángel B. Espina
Barrio (Director)

Dr. D. Mário Hélio Gomes
de Lima (Director)

Luciana Maria
Masiero (Alumna)

Salamanca

2014

LUCIANA MARIA MASIERO

CUERPOS MODIFICADOS:

**UN ESTUDIO ANTROPOLÓGICO DE LAS CIRUGÍAS PLÁSTICAS Y DE SUS
TRATAMIENTOS POSTOPERATORIOS EN PORTO ALEGRE (Brasil)**

Trabajo Fin de Máster Universitario en Antropología de Iberoamérica presentado a la Universidad de Salamanca para cumplimiento parcial de los requisitos para el título de maestra en Antropología de Iberoamérica.

Director(es):

Dr. D. Ángel B. Espina Barrio

Dr. D. Mário Hélio Gomes de Lima

Salamanca

2014

A mi familia, con amor, admiración y gratitud por de lejos, apoyar e incentivar mi éxito. También a mi abuelo que, mismo no estando más presente, me regalaba con libros me enseñando la dirección y el camino a seguir.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos al Banco Santander por financiar mis estudios y la Universidad de Salamanca por proporcionar que estas becas sean posibles.

Mi sincero agradecimiento a los profesores doctores Mario Hélio Gomes de Lima y Ángel Espina Barrio que aceptaron ser mi directores cuando todavía este TFM no pasaba de una idea, siempre demostrando sensibilidad e incentivo. Sus apoyos, fueron cruciales en los momentos de dudas comunes para una joven investigadora. Gracias por la paciencia, confianza, enseñanzas y, principalmente, amistad que llevaré por toda mi vida.

Agradezco también a Elizabeth Manjarrés, profesora y compañera de trabajos académicos que se transformó en gran amiga. Agradezco, sobre todo, por su estímulo y amistad dándome confianza para seguir adelante en los momentos de dudas.

Mi agradecimiento también a Sergio López, profesor de español e inglés, que corrigió mis errores a lo largo de esta investigación. Su trabajo fue fundamental para mi conocimiento en la lengua española.

Gracias a mis padres, Emir y Anna Clarís, por el apoyo familiar en mis proyectos académicos. A mis hermanos, Eduardo y Leticia, y a mi abuela que me inspira con bondad y generosidad constantes.

También agradezco a Antônio Augusto Bonatto Barcellos, por presentarme este máster y por compartir todos mis momentos como si fuesen suyos. Persona fundamental, presente desde mi niñez que solamente en este máster, veo a tornarse mi novio. Su cariño, consejos y amor fueron esenciales en el desarrollar de este TFM.

No puedo dejar de agradecer a mis amigas “latinas” Alejandra, Cynthia, Paula y Liz que corrigieron algunos de mis trabajos. Gracias también a Gabriela Poltronieri Lenzi por su amistad, incentivo y compañerismo en todo máster. A todos los brasileños que conocí aquí y los que están lejos, pero siempre presentes. La lista es muy larga, entonces, se sientan todos abrazados.

A los profesores del máster, los de mi formación en Brasil, en especial a Luciana Paiva y al Alberto Reppold que siempre me incentivan y ayudan. También a los pacientes, médicos y fisioterapeutas que colaboraron con esta investigación. Sus informaciones fueron fundamentales para este estudio.

Luciana Maria Masiero

“Nunca el cuerpo es una página en blanco, una inocencia, está necesariamente marcado por un recorrido personal a través de una trama social y cultural, recorrido sobre el cual el actor no ha cesado de ejercer su flexibilidad.”

David Le Breton

RESUMEN

Las cirugías plásticas crecen cada vez más en el mundo. Por otro lado, los tratamientos postoperatorios aún necesitan de popularización y reconocimiento. Por ser un tema actual que puede contribuir con estrategias de salud, esta investigación objetiva entender por qué los pacientes realizan cirugías plásticas y tratamientos postoperatorios en Porto Alegre. Además, busca conocer los pacientes, los principales procedimientos, conceptos de belleza, salud, etnocirugías y los cambios generados por las cirugías. Este estudio es de carácter cualitativo, dividido en a) Revisión bibliográfica; b) Trabajo de campo con observación participante y entrevistas dirigidas indirectas; y c) Análisis y discusión de los datos del diario de campo, de las categorías de análisis y del cuestionario taxonómico. Se concluye que las personas buscan modificar sus cuerpos por motivaciones internas y externas para alcanzar éxito personal, profesional o alguna modificación en su vida. La mayoría de los participantes considera muy importante la apariencia del cuerpo en sociedad, principalmente en Brasil, y los tratamientos postoperatorios son vistos como un cuidado en salud, pero los cuidados para obtener la belleza se sobreponen a los de la salud.

Palabras-clave: antropología de la salud; cirugías plásticas; tratamientos postoperatorios; belleza; salud.

ABSTRACT

Plastic surgeries are growing in the world. On the other hand, the post-operative treatments still require recognition and popularity. Being a current topic that can contribute to health strategies, this study aims to understand why patients perform plastic surgery and postoperative treatments in Porto Alegre. Moreover, it seeks to know the patients, the main procedure concepts of beauty, health, ethnic plastic surgery and changes generated by plastic surgeries. This study is qualitative in nature, divided into a) Literature review; b) Ethnographic fieldwork with participant observation and indirect structured interviews; c) classification and discussion of information obtained: field diary, categories of analysis and taxonomic survey. It is concluded that people seek to modify their bodies by internal and external motivations, seeking success in their personal and professional lives or for any momentary changes. Most consider body appearance in society as very important, especially in Brazil and postoperative treatments are seen as a health care, but the care that is aimed at beauty overlaps with the one in health.

Keywords: health anthropology; plastic surgery; postoperative treatments; beauty; health.

RESUMO

As cirurgias plásticas estão crescendo no mundo. Entretanto, os tratamentos pós-operatórios ainda necessitam de popularização e reconhecimento. Sendo um tema atual que pode contribuir com estratégias de saúde, este estudo objetiva entender por que os pacientes realizam cirurgias plásticas e tratamentos pós-operatórios em Porto Alegre. Ademais, busca conhecer os pacientes, os principais procedimentos, conceitos de beleza, saúde, etnocirurgias e as modificações geradas pelas cirurgias. Este estudo é de caráter qualitativo, dividido em a) Revisão bibliográfica; b) Trabalho de campo com observação participante e entrevistas dirigidas indiretas; c) Classificação e discussão dos resultados em: diário de campo, categorias de análise e questionário taxonômico. Conclui-se que as pessoas buscam modificar seus corpos por motivações internas e externas visando êxito pessoal, profissional ou alguma modificação na vida. A maioria dos participantes considera muito importante a aparência do corpo para sociedade, principalmente no Brasil, e os tratamentos pós-operatórios são vistos como um cuidado com a saúde, porém os cuidados para alcançar a beleza se sobrepõem aos de saúde.

Palavras-chave: antropologia da saúde; cirurgias plásticas; tratamentos pós-operatórios; beleza; saúde.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Carta de consentimiento.....	175
ANEXO B: Cuestionario taxonómico.....	176
ANEXO C: Entrevistas dirigidas indirectas	177

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1: Cirugías más frecuentes en Brasil (ISAPS, 2011).

Figura 2: Cirugías más frecuentes en el mundo (ISAPS, 2011).

Figura 3: Servicios de Salud en Porto Alegre (IBGE, 2009).

Figura 4: Imagen de *Michelangelo Merisi da Caravaggio*, en la *Galleria Nazionale d'Arte Antica* en Roma.

Figura 5: El Hombre vitruviano. De Leonardo da Vinci, en La *Gallería dell'Accademia*, Italia.

Figura 6: Mary Wollstonecraft Shelley's *Frankenstein*.

Figura 7: Antigua cirugía. En: revistadehistoria.com.br

Figura 8: Etnocirugía. Foto de Tumblr: [kpsurgery](https://www.tumblr.com/kpsurgery).

Figura 9: Drenaje linfático. En: clinicabalearesperu.com

Figura 10: Jornal enseñando una propaganda de cirugías plásticas.

Tabla 1: Resumen metodológico.

Tabla 2: Participantes de la investigación.

Tabla 3: Categorías de análisis con los objetivos de la investigación.

Tabla 4: Resumen de los resultados de las categorías de análisis.

Tabla 5: Resumen del cuestionario taxonómico.

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

APTA: *American Physical Therapy Association.*

ASAPS: Asociación Internacional de Cirugía Estética.

ASPRS: Sociedad Americana de Cirugía Plástica.

ASPR: Asociación Internacional de Cirugía Reconstructiva.

COFFITO: Consejo Federal de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

CREFITO: Consejo Regional de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

DATAFOLHA: Instituto de pesquisa DataFolha.

DLM: Drenaje Linfático Manual.

FEG: Fibro Edema Gelóide.

IBGE: *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.*

IPRAS: Sociedad Internacional de Cirugía Plástica.

ISAPS: *International Society of Aesthetic Plastic Surgery.*

LTF®: *Liberção Tecidual Funcional.*

MHz: Megahertz.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

OPAS: Organización Panamericana de Salud.

PUCRS: Pontificia Universidad Católica de Rio Grande del Sur.

SBCP: Sociedad Brasileña de Cirugía Plástica.

SUS: Sistema Único de Salud.

TDC: Trastorno Dismórfico Corporal.

UFRGS: Universidad Federal de Rio Grande del Sur.

UNICAMP: Universidad Estadual de Campinas.

US: Ultra-son.

WCPT: *World Confederation for Physical Therapy*

ÍNDICE GENERAL

PARTE I

1. INTRODUCCIÓN	17
1.1 Estructura de la investigación	20
1.2 Definición del problema	21
1.3 Justificación	22
1.4 Objetivos	25
1.4.1 Objetivos generales	25
1.4.2 Objetivos específicos	25
1.5 Hipótesis	25

PARTE II

2. METODOLOGÍA	28
2.1 Clasificación de la investigación	28
2.2 Revisión bibliográfica y muestra	28
2.3 Trabajo de campo	30
2.3.1 Observación participante	30
2.3.2 Entrevistas dirigidas indirectas	31
2.4 Análisis y discusión de los datos	32
2.5 Limitaciones de la investigación	32
2.6 Marco teórico de la metodología	33
2.7 Líneas utilizadas en la interpretación antropológica	40
2.7.1 Antropología aplicada y de la salud	40
2.7.2 Antropología del cuerpo	44
2.7.3 Antropología posmoderna	47

PARTE III

3. CULTURA DEL CUERPO Y TRATAMIENTOS ESTÉTICOS DE SALUD	50
3.1 Cuerpo cultural: la construcción de una identidad para “vestirse” del cuerpo	51
3.2 Socializando el cuerpo	54
3.3 Cuerpo emocional: el cuerpo de “dentro” transformando el cuerpo de “fuera”	57
3.4 Cuerpo modificado: ¿Natural, máquina o Frankenstein?	61
3.5 ¿Qué es la belleza?	65
3.6 ¿Qué es la salud?	69
3.7 Cuerpo en la sociedad de Consumo	72
3.8 La influencia de los medios masivos de comunicación	75
3.9 La historia de la medicina hacia las cirugías plásticas	78
3.10 "Etnocirugía": ¿Vanidad, racismo o subordinación?	85
3.11 La historia de la fisioterapia dermatofuncional en los tratamientos Postoperatorios	88

PARTE IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN: el antropólogo en acción	96
4.1 EL DIÁRIO DE CAMPO	96
4.1.1 Clínicas de cirugía plástica	96
4.1.2 Hospital	101
4.1.3 Clínicas de fisioterapia, universidades e instituciones de enseñanza	104
4.1.4 Tratamiento postoperatorio	106
4.2 ENTREVISTAS DIRIGIDAS INDIRECTAS	107
4.2.1 Las motivaciones “internas” y “externas de los pacientes: modificando el cuerpo, modificando la vida	108
4.2.2 Con el bisturí: cirugía plástica reparadora, estética y etnocirugía	120
4.2.3 Con las curitas: los tratamientos postoperatorios	127
4.2.4 ¿Belleza o salud? Cada generación escribe sus libros	136
4.3 CUESTIONÁRIO TAXONÓMICO: ¿QUIÉN SON LOS PACIENTES?	146
5. CONCLUSIONES	152
REFERENCIAS	160
ANEXOS	174
Anexo A: Carta de consentimiento	175
Anexo B: Cuestionario taxonómico	176
Anexo C: Entrevistas dirigidas indirectas	177
GLOSARIO	178
FIGURAS Y CUADROS	181
FOTOGRAFIAS	187

PARTE I

A mis obligaciones

Cumpliendo con mi oficio piedra con piedra,
pluma a pluma, pasa el invierno y deja sitios abandonados,
habitaciones muertas: yo trabajo y trabajo,
debo substituir tantos olvidos, llenar de pan las tinieblas,
fundar otra vez la esperanza.
No es para mí sino el polvo, la lluvia cruel de la estación,
no me reservo nada sino todo el espacio
y allí trabajar, trabajar, manifestar la primavera.
A todos tengo que dar algo cada semana y cada día,
un regalo de color azul, un pétalo frío del bosque,
y ya de mañana estoy vivo mientras los otros se sumergen
en la pereza, en el amor, yo estoy limpiando mi campana,
mi corazón, mis herramientas.
Tengo rocío para todos.

Pablo Neruda

1. INTRODUCCIÓN

La cirugía plástica es una especialidad quirúrgica que se encarga de la reconstrucción funcional y estética de los tejidos, teniendo, en consecuencia, una repercusión social importante (Rodríguez & González, 2007). Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término salud como el equilibrio entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo, y considerando que la apariencia interfiere en las relaciones humanas, se supone que las cirugías plásticas tienen un papel significativo en cuestiones de salud en las sociedades modernas.

La fisioterapia dermatofuncional¹ actúa en los tratamientos pre y postoperatorios de cirugías plásticas (Borges, 2010). Durante el pre-operatorio, se prepara el tejido para la cirugía y en el postoperatorio se rehabilita, mejorando la función alterada por el trauma quirúrgico. Sin embargo, pocos estudiosos han investigado los motivos que llevan a las personas a realizar cirugías plásticas y tratamientos postoperatorios a través de una visión antropológica. Asimismo, como la humanidad hace tiempo ha buscado encontrar la “belleza” y la “vida eterna”, esto afán se sobrepone, muchas veces, a los cuidados importantes de salud. Brasil es el segundo país que más realiza cirugías plásticas (*International Society of Aesthetic Plastic Surgery* [ISAPS], 2011), pero los cuidados en salud a través de sus tratamientos postoperatorios no tienen la misma popularidad.

Me acordé de una entrevista que leí cuando tenía 16 años y buscaba hacerme una cirugía plástica, sin embargo, la frase me marcó tanto que desistí de realizarla en aquel momento. Era de Ivo Pitanguy, el cirujano plástico más reconocido del mundo, a la Revista

¹ Especialidad de la fisioterapia cuyo objetivo es promover la recuperación físico-funcional de los disturbios endocrinos/metabólicos, dermatológicos y muslo-esqueléticos, con el carácter asistencial más amplio que el solamente estético, especialmente no tocante a la salud de la mujer (Borges, 2010).

Veja² que decía: “Pessoas que se sentem bem consigo mesmas não devem fazer plástica nenhuma”³. Hoy en día, teniendo en mente el creciente aumento de las cirugías plásticas en todo mundo, principalmente en Brasil, me veo la siguiente cuestión: ¿Será realmente que las personas que se someten a cirugías plásticas no se sienten bien consigo mismas o son presionadas por modelos sociales de belleza? Partiendo del presupuesto de que existe un valor social en las cirugías plásticas, asociado, también, a carencia de estudios sobre sus tratamientos postoperatorios a través de una visión de la cultura de los cuerpos modificados, surgió la principal intención para empezar esta investigación.

De ese modo, las definiciones de cuerpo, cultura e identidad deben estar bien claras. Con relación al cuerpo y las influencias sociales y culturales, Freud (1915/1996) fue uno de los pioneros a buscar explicaciones de la represión corporal, específicamente, la de los impulsos sexuales por causas no biológicas. También en ese sentido, Marcel Mauss asociaba el cuerpo a una dimensión social (Mauss, 1934/1979). Otros estudios también trataban de lo corporal, como el de Mary Douglas (1988), que tenía como objetivo desvelar las simbologías que envuelven el cuerpo humano, y el de Ellias (1969/1993), que interpretaba el cuerpo con una visión más de civilidad y sociabilización.

En resumen, el cuerpo antes visto como la conexión materia-espíritu, se convirtió en un agente fundamental en los contextos sociales, y también, en objeto de investigación de diversos estudios sobre las culturas. Hoy en día, el cuerpo es fácilmente modificable, no solo a través de las cirugías plásticas, sino también con extensiones de cabello, cambios de sus colores, uñas pintadas y ropas que suelen reflejar una identidad personal. Además, estas modificaciones pueden estar más allá de los cuerpos, es decir, pueden existir en un deseo implícito de modificar algo en la vida. Así, ya lo decía Le Breton (2011) que “cambiando su

2 Disponible en: <http://veja.abril.com.br/020501/entrevista.html>

3 “Personas que se sienten bien consigo mismas, no deberían hacer cirugía plástica”.

cuerpo el individuo desea cambiar su existencia, es decir retocar/remodelar un sentimiento de identidad que se ha convertido en obsolescente” (p.186).

También es importante destacar el concepto de cultura que según Harris (2006), es el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar (p.19). Además, la identidad es vista como un conjunto de características individuales que enseñan los gustos personales y, generalmente, asocian a la persona a un país, lengua, cultura, grupo social, familia y/o profesión, siendo una forma de dar sentido a sus vidas (Castells, 2003).

A pesar de la globalización proporcionar una mezcla de diferentes culturas, los modelos de belleza siguen proyectando mensajes de cuerpos delgados, jóvenes y bellos llevando a millones de personas a someterse a cirugías plásticas. Autores como Gilman (1999); Edmonds (2007); Goldenberg (2007); Davis (2002) y Haiken (1997) buscaron interpretar no solamente la cultura del cuerpo, sino también la cultura de las cirugías plásticas y su evolución a lo largo de la historia.

Asimismo, existe una presión social que responsabiliza al individuo para cuidar de su cuerpo, siendo la “buena forma” comparada al éxito personal, profesional y de salud individual (Goldenberg, 2007). Entretanto, el inmediatez de las sociedades modernas hace que el deseo de modificar los cuerpos y sus identidades también sea veloz. De esta manera, los ejercicios físicos y los cambios alimentares con resultados a largo plazo ya no son suficientes y, así, las cirugías plásticas se transformaron en la mejor opción de modificación instantánea. Por otro lado, queda una duda, al final, ¿Cuerpo bonito es sinónimo de cuerpo sano? Estas cuestiones también serán discutidas en este estudio.

Por lo tanto, esta investigación al interpretar las motivaciones que llevan a las personas a modificar sus cuerpos a través de cirugías plásticas y sus tratamientos postoperatorios, desvelando, así, comportamientos culturales, puede ayudar a la elaboración de estrategias educacionales de salud que eviten excesos de procedimientos y la falta de cuidados posteriores que son, muchas veces, perjudiciales a la salud. Además, puede aclarar no solo las estadísticas ya vistas en otros trabajos, sino también puede auxiliar en la comprensión de la cultura del cuerpo y de la influencia de los aspectos psicológicos en las modificaciones corporales. Este estudio también ofrece una reflexión acerca de la necesidad de “vestirse” del cuerpo para sentirse más aceptado en la sociedad disminuyendo, así, distinciones sociales que subrayaba Bourdieu (2007), en cuanto que, muchas veces, no es el cuerpo que necesita modificarse sino la estructura emocional del individuo.

1.1 ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación fue dividida en cuatro partes. La primera presenta la introducción, la definición del problema, la justificación, el objetivo general, los objetivos específicos y las hipótesis del estudio.

A continuación, en la parte II, se describen los aspectos metodológicos empleados en la investigación, a saber: clasificación del estudio; revisión bibliográfica y muestra; trabajo de campo (observación participante y entrevistas dirigidas indirectas); y, análisis y discusión de los datos. Además, se expone las limitaciones, el marco teórico de la metodología y de las líneas antropológicas más utilizadas, que son: antropología aplicada, de la salud y del cuerpo. También en esta parte, se define la línea de interpretación antropológica posmoderna. Es importante resaltar que también se han utilizado referencias a fuentes antiguas y clásicas con fines comparativos.

Ya la parte III, se destina al marco teórico de la investigación. Se contextualizan términos y expresiones importantes para que haya claridad de la temática investigada y facilite la interpretación de las conclusiones finales. Se titula “Cultura del cuerpo y tratamientos estéticos de salud”, describiendo aspectos del cuerpo cultural, social, emocional y modificado. También trata de conceptos de belleza, salud, aspectos de la sociedad de consumo y la influencia de los medios masivos de comunicación.

En seguida, aún en esta parte, se refieren los tratamientos estéticos de salud abordados en este estudio. Para esto, fue realizado un breve resumen de la historia de la medicina enfocándonos en las cirugías plásticas, de las etnocirugías y de la fisioterapia dermatofuncional en los tratamientos postoperatorios de cirugías plásticas.

Por último en la parte IV, son expuestos los resultados y las discusiones de la investigación a partir de una perspectiva antropológica. Sumado a ello, son presentadas las conclusiones finales; para su elaboración, se retoman los puntos centrales del estudio resaltando las principales consideraciones arrojadas por los hechos abordados.

1.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La definición del problema es uno de los puntos clave de cualquier investigación. Malinowski, uno de los precursores de la metodología antropológica, decía que después de una preparación teórica, de los problemas planteados, relacionando la teoría con los hechos, el investigador estará mejor equipado para su trabajo (Malinowski, 1976, p. 8). Por lo tanto, partiendo de este presupuesto, después de una amplia lectura, se tiene como problema central de esta investigación:

¿Por qué los pacientes realizan cirugías plásticas y tratamientos postoperatorios en Porto Alegre (Brasil)?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Analizando las cirugías plásticas y partiendo del principio de Bourdieu (2007), que practicas de consumo generan distinción social, esta investigación se justifica pues puede contribuir en la formulación de políticas y programas públicos que busquen la mejoría de las asimetrías sociales en el acceso a la salud en Porto Alegre.

La elección de Brasil como lugar para la aplicación de este estudio, se justifica en el hecho de que ocupa la primera posición del ranking mundial de cirugías plásticas 12.9% de los procedimientos realizados en 2013 (ISAPS, 2013). Además, los datos que tratan de las cirugías plásticas más frecuentes en este país coinciden con las incidencias de otros países, mostrando que existe un consenso común en las modificaciones corporales, a pesar de la enorme heterogeneidad global, pudiendo a través de esta investigación traer datos útiles para otros países. Estas informaciones pueden ser comparadas en las figuras 1 y 2.

Brazil	
Surgical Procedures	
Lipoplasty	211,108
Breast augmentation	148,962
Abdominoplasty	95,004
Blepharoplasty	90,281
Breast reduction (women)	66,417
Nonsurgical Procedures	
Botulinum Toxin Type A (Botox Dysport)	179,859
Hyaluronic Acid	79,028
Laser hair removal	70,487
Autologous fat injections [■]	62,549
IPL Laser Treatment	39,690

Figura 1: Procedimientos más frecuentes en Brasil (ISAPS, 2011).

Countries Performing Most Popular Surgical Procedures				
Rank	Country	Number of Procedures	Percentage of Total	Rank in 2010*
Lipoplasty				
1	U.S.	223,066	17.6%	2
2	Brazil	211,108	16.6%	1
3	China	83,240	6.6%	4
4	Japan	72,892	5.7%	5
5	Mexico	62,010	4.9%	*
* Did not place in Top 5 for 2010. India fell from Top 5 in 2011 due to new estimated plastic surgeon counts.				
Breast augmentation				
1	U.S.	284,351	23.6%	1
2	Brazil	148,962	12.4%	2
3	Mexico	72,712	6.0%	3
4	Italy	62,055	5.1%	4
5	China	56,840	4.7%	5
Blepharoplasty				
1	U.S.	110,016	15.6%	1
2	Brazil	90,281	12.8%	2
3	China	45,820	6.5%	3
4	Italy	41,790	5.9%	*
5	Japan	40,996	5.8%	4
* Did not place in Top 5 for 2010. India fell from Top 5 in 2011 due to new estimated plastic surgeon counts.				
Abdominoplasty				
1	U.S.	114,062	20.6%	1
2	Brazil	95,004	17.2%	2
3	China	31,780	5.7%	4
4	Mexico	30,208	5.5%	5
5	Japan	28,142	5.1%	*
* Did not place in Top 5 for 2010. India fell from Top 5 in 2011 due to new estimated plastic surgeon counts.				
Rhinoplasty				
1	China	51,680	10.8%	2
2	Japan	46,599	9.7%	4
3	Brazil	43,809	9.2%	1
4	U.S.	40,103	8.4%	5
5	South Korea	31,863	6.7%	*
* Did not place in Top 5 for 2010. India fell from Top 5 in 2011 due to new estimated plastic surgeon counts.				
*National Societies of the following countries materially restated their country's estimated number of plastic surgeons in 2010 compared to the figure used in 2009: Brazil; China; Colombia; France; Italy; and United Kingdom. This may affect ranking comparisons, since 2009 rankings were not recomputed.				

Figura 2: Cirugías plásticas más frecuentes por país (ISAPS, 2011).

También surgió el interés de investigar las cirugías plásticas en Brasil, pues como posee una gran población, proyecciones de 201.962.110 para 2014, e inúmeros cirujanos plásticos, 5.024 registrados en la Sociedad Brasileña de Cirugía Plástica (SBCP), es considerado un país con un vasto campo de estudio para esta temática. (SBCP, 2014; ISAPS, 2011; Instituto Brasileño de Geografía y Estadística [IBGE], 2010⁴).

Con relación a la elección de Porto Alegre, la misma se justifica por ser una gran ciudad de Brasil, con cerca de 1,4 millones de habitantes (IBGE, 2010), capital de Rio Grande

4 IBGE. Acesado en 06/01/14. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/home/>

del Sur que ganó 12 títulos en el certamen de belleza de Miss Brasil de las 58 ediciones⁵. Asimismo, también obtuvo dos títulos en el Miss Universo, el cual es el concurso de belleza más famoso del mundo, las ganadoras fueron Yolanda Pereira en 1930 y Ieda Maria Vargas en 1963. Es decir, es un estado reconocido por la belleza de sus mujeres; este hecho influencia a las personas a imitar modelos de belleza, realizando numerosas cirugías plásticas. Además, es una ciudad destacada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) por su calidad de vida, teniendo uno de los mejores modelos de gestión pública democrática en Brasil (Revista Exame, 2014⁶; Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2014⁷).

En resumen, es importante destacar que es un tema actual y relevante socialmente con pocas referencias en la literatura. Además, se pretenden averiguar las características culturales que influyen en los comportamientos de quienes realizan cirugías plásticas y sus postoperatorios, pudiendo encontrar manifestaciones de problemas en la salud actualmente. De este modo, se supone que pueda contribuir a la promoción de estrategias de salud no solo en Porto Alegre, sino que también otras ciudades puedan utilizar este estudio como ejemplo. Colaborando así con la planificación de acciones administrativas en materia educativa para concientizar a la población acerca de la importancia de los cuidados postoperatorios que implica una cirugía plástica para el bienestar y una mejora rápida del paciente.

5 Disponible en: <http://novohamburgo.org/site/noticias/cultura/entretenimento-cultura/2012/10/04/gauchas-lideram-o-concurso-miss-brasil/>

6 Revista Exame. Acceso: 28/5/14. Disponible en: <http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/as-50-melhores-cidades-do-brasil-para-se-viver-segundo-onu?p=24#34>

7 Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Acceso en: 28/5/14. Disponible en: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/portal_pmpa_cidade/default.php?p_secao=3

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Entender por qué los pacientes realizan cirugías plásticas y tratamientos postoperatorios en Porto Alegre.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las principales cirugías plásticas y tratamientos postoperatorios realizados en Porto Alegre.
- Conocer el público que hace cirugías plásticas, es decir, los pacientes.
- Analizar cómo los cambios generados por las cirugías pueden modificar la vida personal y profesional de los pacientes.
- Describir los conceptos de belleza y cuidados de salud de los participantes.
- Verificar si el término etnocirugía es utilizado por los cirujanos plásticos en Porto Alegre.

1.5 HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta el alto índice de cirugías plásticas actualmente, nuestras hipótesis son:

- Las razones que llevan a las personas a realizar tales procedimientos tienen una relación con la búsqueda por la belleza y perfección.
- Al modificar sus cuerpos, los pacientes buscan modificar algún aspecto en su vida para una mayor integración en sociedad.

- Las ideas de belleza y perfección son relacionadas al poder, éxito personal, profesional y autoestima, pues la persona con mejor autoestima se siente más capaz de enfrentar los desafíos.
- Los pacientes que realizan tratamientos postoperatorios se preocupan no solo del resultado final de la cirugía, sino también con su salud.
- El cuerpo es inconscientemente concebido como un producto de consumo antes de la realización de las cirugías plásticas.
- El público que más realiza cirugía plástica son las mujeres blancas, con edades comprendidas entre 20 y 50 años y que poseen titulaciones universitarias, ya que son los datos más vistos en la literatura.
- Las cirugías plásticas más frecuentes en Porto Alegre son la mamoplastia de aumento y la liposucción, así como a nivel mundial.

PARTE II

Dejadlo tranquilo por un momento

Dejadlo tranquilo por un momento

Y entonces lo veréis con su cabeza

Inclinada, cavilando y cavilando,

Con los ojos fijos en alguna brizna de hierba,

En alguna piedra, en alguna planta,

En la cosa más común del mundo,

Como si allí estuviera la clave.

Y luego se alzan los alterados ojos,

Furtivos, frustrados, insatisfechos

De la meditación sobre lo verdadero

Y lo significativo.

Robert Lowell

2. METODOLOGÍA

2.1 CLASIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación es de carácter exploratorio cualitativo cuya metodología es dividida en tres etapas, expuestas de manera esquemática en la tabla 1.

Fase 1	Revisión bibliográfica y muestra.
Fase 2	Trabajo de campo con observación participante y entrevistas dirigidas indirectas.
Fase 3	Análisis y discusión de los datos.

Tabla 1: Resumen metodológico.

2.2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y MUESTRA

Esta etapa consistió en una revisión bibliográfica en busca de datos de antiguas y actuales investigaciones en libros, artículos, revistas, entrevistas y relatos sobre el tema de cirugías plásticas, tratamientos postoperatorios, cultura del cuerpo, belleza, metodología y líneas antropológicas. Para esto, se utilizaron los materiales existentes en las Universidades de Salamanca y de la Universidad Federal del Rio Grande del Sur (UFRGS). Esta revisión, facilitó la elección del método y aportó información para la elaboración del marco teórico, del análisis y discusión de esta investigación.

A continuación, se ha elegido la muestra de los participantes de este estudio, los mismos fueron seleccionados de acuerdo con sus conocimientos individuales y con su aceptación para participar como voluntarios de la investigación. Después, conforme la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, que aborda investigaciones con seres humanos en Brasil, los participantes firmaron una Carta de Consentimiento, en anexo A, que

explica los objetivos, métodos, riesgos, beneficios y comprueba el sigilo y la validez del estudio. Así, la muestra de este estudio fue dividida en dos grupos:

GRUPO DIRECTO: 6 pacientes, personas que realizaron más de una cirugía plástica, y también algún tratamiento postoperatorio en Porto Alegre. La elección de estos no fue aleatoria. Se elige, a quienes realizan más de una cirugía y tratamientos postoperatorios, pues tienen un cierto cuidado con su cuerpo pudiendo traer informaciones importantes para la investigación. Para complementar este grupo, se incluyeron 3 cirujanos plásticos con más de veinte años de experiencia en cirugías plásticas y una cirujana plástica que tiene menos de 5 años de experiencia, esto con la intención de observar las diferencias de percepción entre ellos. Además, se incluyeron 5 fisioterapeutas profesoras de universidades de Brasil como UFRGS, PUCRS⁸ y UNICAMP⁹ y que son especialistas en fisioterapia dermatofuncional, estética o de la salud de la mujer.

GRUPO INDIRECTO: 9 participantes con alguna relación con la temática de la investigación. Fueron 2 secretarias, 1 anestesiólogo, 2 técnicas de enfermería, 1 fisioterapeuta y 3 pacientes.

GRUPOS	PARTICIPANTES	GÉNERO
GRUPO DIRECTO (entrevistas dirigidas indirectas grabadas y con termo de consentimiento)	6 pacientes 4 cirujanos plásticos 5 fisioterapeutas	6 mujeres 1 mujer 3 hombres 5 mujeres
GRUPO INDIRECTO (conversas informales descritas en el diario de campo)	2 secretarias 1 anestesiólogo 2 técnicas de enfermería 1 fisioterapeuta 3 pacientes	2 mujeres 1 hombre 2 mujeres 1 mujer 1 hombre 2 mujeres
TOTAL	24 participantes	19 mujeres 5 hombres

Tabla 2: Participantes de la investigación

⁸ Pontificia Universidad Católica de Rio Grande del Sur.

⁹ Universidad Estadual de Campinas.

2.3 TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo fue realizado en la ciudad de Porto Alegre durante el mes de abril de 2014¹⁰. Fue dividido en observación participante y entrevistas dirigidas indirectas.

2.3.1 OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Como se planeo entrar en el ambiente de las cirugías plásticas y de los tratamientos postoperatorios, la investigación fue desarrollada en tres clínicas de cirugías plásticas particulares, una clínica de fisioterapia, un hospital público, la Universidad Federal del Rio Grande del Sur (UFRGS), la Pontificia Universidad Católica del Rio Grande del Sur (PUCRS), un curso de postgrado en fisioterapia dermatofuncional y en las casas de los pacientes. De esta manera, fue posible observar el público que frecuenta las clínicas de cirugías plásticas y de fisioterapia, así como también los profesionales del área, a saber: los cirujanos plásticos, los fisioterapeutas, las enfermeras, secretarias y los anestesiólogos. Los aspectos observados en los pacientes fueron dados por los parámetros previamente elaborados en el cuestionario taxonómico, Anexo B, como por ejemplo, rasgos físicos, ropas, accesorios, edad, género y lenguaje. También se elaboró un diario de campo con las anotaciones y descripciones pertinentes.

Otra parte de la observación participante, consistió en asistir a dos consultas de pacientes a cirujanos plásticos, a una cirugía de liposucción con colocación de prótesis de silicona, a una sesión de tratamiento postoperatorio y ambientes de formación de

¹⁰ No fue posible realizar el trabajo de campo por más tiempo dado que el máster en Antropología de Iberoamérica es de un año con clases presenciales siendo perjudicial para el desarrollo del conocimiento generado en las asignaturas ausentarse de España por un período mayor que lo realizado.

fisioterapeutas especializados en fisioterapia dermatofuncional, como por ejemplo en las universidades y en un curso de postgrado.

2.3.2 ENTREVISTAS DIRIGIDAS INDIRECTAS

Para complementar la observación participante se hicieron algunas entrevistas dirigidas indirectas a los grupos de interés. Estas, abordaron cuestiones de la cultura del cuerpo, belleza, cirugías plásticas, experiencias, percepciones, motivaciones, identidad y tratamientos postoperatorios, en el anexo C. Las preguntas se elaboraron con especial cautela para que no hubiese demasiadas discrepancias entre los relatos obtenidos.

Para la recogida de datos, se usaron herramientas de audio (grabadores) y fotográficas (cuando fue posible) para registro de las informaciones. Todos los entrevistados firmaron la carta de consentimiento, ya citada anteriormente.

2.4 ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

Por su parte, en la tercera etapa de la investigación, se dividieron las informaciones obtenidas en el trabajo de campo en categorías de análisis; sintetizando las ideas principales y, posteriormente, contrastándolas con los estudios y teorías existentes. Se interpretaron las

informaciones de forma “*emic*”¹¹ comparando las informaciones oriundas de los pacientes, médicos, fisioterapeutas y participantes envueltos en las cirugías plásticas.

Esta investigación abordó aspectos que pueden ser estudiados en los campos de la antropología aplicada, de la antropología de la salud y de la antropología del cuerpo. Con todo, se optó por interpretar los datos a través de la visión posmoderna de Geertz. Es importante resaltar que al igual que en la interpretación posmoderna, también se han utilizado referencias a fuentes antiguas y clásicas con fines comparativos.

2.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las limitaciones de esta investigación es el hecho de que el trabajo de campo se hizo en apenas un mes, concretamente en abril de 2014. Esto se debe a que la investigadora tenía clases durante todo el máster, no siendo posible ausentarse más que este período. Con todo, fue considerada la metodología más viable para esta investigación. Así, surge un interés de profundizar esta investigación en un futuro con un doctorado que permita abordar un trabajo de campo más amplio.

Otra limitación es que la investigación fue hecha en clínicas y hospitales privados, debido a que la mayor parte de los servicios de salud de Porto Alegre son privados, figura 3. (IBGE, 2009¹²). Como sugerencia, para una nueva investigación, sería interesante conocer la realidad de las cirugías plásticas gratuitas y la aplicabilidad de las políticas públicas.

11 Los antropólogos tratan de adquirir un conocimiento de categorías y reglas necesarias para pensar y actuar como un nativo (Harris, 2006, p.28).

12 IBGE. Assistência Médica Sanitária 2009. Acceso: 29/5/14. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rs&tema=servicossaude2009>

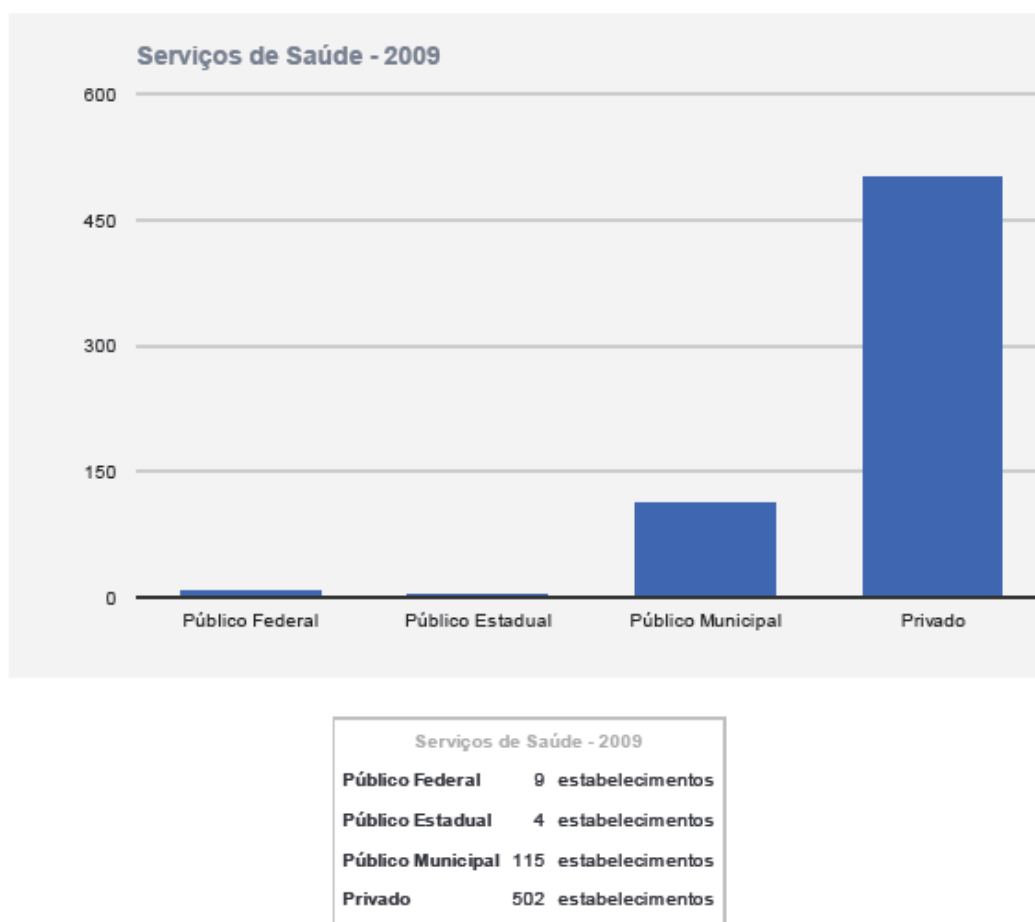


Figura 3: Servicios de Salud en Porto Alegre (IBGE, 2009).

2.6 MARCO TEÓRICO DE LA METODOLOGÍA

En este apartado se desarrolló la definición de etnografía, trabajo de campo e interpretación antropológica. Semánticamente, la palabra etnografía proviene del vocablo *graphos*, que significa escritura y *ethnos* que hace referencia a la cultura; Por lo tanto, etnografía viene a significar estudio descriptivo de la cultura. Sin embargo, sería muy simplista tratarla solamente con este contexto, ya que su utilización es extremadamente amplia. Para Baztán el concepto de etnografía puede ser entendido como:

“(…) el estudio descriptivo de la cultura de una comunidad, o de alguno de sus aspectos fundamentales, bajo la perspectiva de comprensión global de la misma” (Baztán, 1995, p. 3).

Es importante destacar que una de las características de la etnografía es la escritura. En esta línea de pensamiento, Clifford Geertz (1989/1997), en “El antropólogo como autor”, subraya que la escritura debe ser una traducción formal de la experiencia vivida. Con todo, Geertz también resalta la dificultad de describir, pues existen diversos aspectos subjetivos que están por encima del control del investigador. Para él, las descripciones deben tener un carácter concreto para que se pueda hacer un análisis del discurso del autor y verificar la veracidad de las informaciones.

Este compromiso con la verdad es para que no ocurran controversias como ha pasado con Oscar Lewis sobre los Tepoztlán, Margaret Mead sobre los samoanos o a Leach sobre Birmania (Canclini, 1991). Para resolver esto, la descripción densa aparece como una respuesta para dar un carácter de verdad al texto. Unas de las primeras experiencias de descripción densa fueron elaboradas por Clifford Geertz, una de las características fundamentales de este tipo de escritura es el uso de la primera persona para describir el trabajo de campo.

Otro autor que aborda el tema de las maneras de escribir es Foucault (1979), en “¿Qué es un autor?”. Él aborda con cierta indiferencia quién está escribiendo y cree que la neutralidad es uno de los principios éticos fundamentales de la escritura contemporánea. Esto se comprueba en su frase “¿Qué importa quién habla?” (p.3). O sea, considera que el autor es indiferente, diferente de Geertz, que cree que la identidad del autor suele estar subentendida. Pero, por otro lado, los dos autores concuerdan que la antropología, por poseer este carácter más subjetivo, está mucho más del lado de los discursos literarios que de los científicos. Mi

visión es que aunque se intente ser lo más neutro posible, todo trabajo acaba teniendo una visión propia del autor, tal y como Geertz piensa.

Para un trabajo etnográfico, es importante conocer los enfoques *emic* y *etic* que están sobrentendidos en las visiones de los autores. En el enfoque *emic* los antropólogos tratan de adquirir un conocimiento de categorías y reglas necesarias para pensar y actuar como un nativo, y en la perspectiva *etic* las categorías y reglas son derivadas del lenguaje de la ciencia y, por lo tanto, a menudo le resultarán poco familiares al nativo (Harris, 2006, p.28). En esta investigación, la perspectiva que intento utilizar es “emic”, pues creo que esa perspectiva será adecuada para interpretar las intenciones enmascaradas en los discursos de los participantes.

En resumen, la etnografía se basa en la descripción del trabajo de campo. Uno de los primeros antropólogos a realizar una expedición junto a los esquimales fue Franz Boas en 1883. A pesar de que esta experiencia no fue encarada como una inmersión antropológica completa, considerada más como una observación que una investigación participativa, es uno de los primeros momentos del trabajo de campo en la antropología. Además, él criticaba el método comparativo de los evolucionistas y el difusionista porque consideraba que más importante que hacer paralelismos entre los individuos era entender los procesos de los acontecimientos, como funcionaba la mente humana y el ambiente a través de una investigación histórica para, así, comprender como se desarrollaban las culturas y sus aspectos sociales (Boas, 2004).

Boas, entendía que existía una estrecha relación entre la reacción mental y la constitución física, siendo fundamental comprender la historia para llegar a la esencia de la cultura. Es interesante observar como Boas ya en aquella época, creía que la psicología individual ayuda a entender las expresiones de los cuerpos, siendo esta idea importante para

esta investigación sobre cirugías plásticas y las intenciones individuales para las modificaciones corporales.

Otro importante antropólogo que contribuyó a la comprensión del trabajo de campo fue Malinowski. Una de las principales formas de trabajo de campo que la antropología utiliza es la observación participante, descrita innovadoramente por este autor en su trabajo de campo realizado en Nueva Guinea. Entretanto, para que la observación participante sea productiva es necesario que el investigador se sienta aceptado y que el otro se disponga a hablar de su vida para la obtención de los datos necesarios. Se trata de lo que Malinowski (1976) llamaba una necesidad de entrar en la vida del otro.

Este fue uno de los primeros desafíos que tuve como investigadora, el contacto directo con el participante. Esta experiencia no solo obliga a una integración con los informantes, sino también pone a prueba sus habilidades de acción de campo. Personalmente, considero que la expresión “otro” utilizada por Malinowski para clasificar el objeto de estudio, no está bien empleada, pues, en mi percepción, al llamar “otro”, al mismo tiempo que se intenta hacer una inmersión en el día a día de los informantes, el investigador acaba por diferenciarse y distanciarse de aquel que llama “otro”. Sin embargo, entiendo que se trata de una forma didáctica de caracterizar a quien se investiga.

Entonces, como el trabajo de campo es necesario en la etnografía y ha formado parte de mi investigación, considero importante definir el concepto de trabajo de campo. De acuerdo con la definición de DaMatta, el trabajo de campo es “um modo de buscar novos dados (...) contato direto do estudioso com o seu objeto de trabalho (...)” (DaMatta, 1981, p. 146). Según este autor, la antropología busca renovar sistemáticamente su carga de experiencias sin tener que limitar ciertos problemas o teorías ya establecidas. Esto es así porque el investigador busca enseñar una nueva perspectiva o un problema de la sociedad a

través de una dialéctica de la experiencia con las teorías aprendidas. Esto prueba no solo los conceptos teóricos anteriormente utilizados, como el punto de vista de determinado grupo o sociedad, provocando nuevas ideas teóricas y cambiando los esquemas interpretativos usados hasta entonces.

En otra línea, Hammersley y Atkinson definen el trabajo de campo como una forma del etnógrafo de participar abiertamente, en la vida diaria de las personas durante un periodo de tiempo, observando qué sucede, escuchando qué se dice, haciendo preguntas. O sea, buscando cualquier dato disponible que sirva para atribuir datos sobre el tema en que se centra la investigación (Hammersley y Atkinson, 1994, p.3). En este libro, los autores resumen, de forma clara, las diferencias de los métodos cuantitativos y cualitativos relacionando sus principales tendencias como el positivismo, naturalismo, realismo y reflexividad. Además, definen detalladamente el diseño de la investigación tan importante para cualquier planteamiento de estudio.

El planteamiento del trabajo de campo no era tan claro antiguamente. Esto se comprueba en la famosa frase que escuchó Nader, uno de los antropólogos más tradicionales de Norteamérica, dicha por Kluckhohn “Vete y hazlo así”¹³, cuando buscó información sobre el trabajo de campo. Esta frase demuestra que faltaban consejos en la conducción de una investigación etnográfica y también que se basaba en una idea simplista de que no era necesario un planteamiento. Diferente de lo que se ha visto hoy, y como ya hablaba Malinowski que consideraba muy importante un planteamiento de la investigación. Con todo, aunque la etnografía sea una de las metodologías sociales que no puede estar totalmente predeterminada, hay una necesidad de reflexión acerca de las etapas del estudio para que este no sea desordenado, incluso en las etapas del trabajo de campo.

13 Nader, 1986, p.98 citado por Hammersley y Atkinson, 1994, p.15.

Además del planteamiento, el investigador necesita abstraerse de todo prejuicio e intentar estar con su mente abierta para lo extraño. Este extrañamiento es la situación de estar en una cultura distinta de la propia. De acuerdo con Gomes de Lima (2013, p.36), este extrañamiento es para un etnógrafo un concepto de relación que es esperado y que podría evitarse, pero cuestiona si se desearía esto. Otra cosa que debe dejarse de lado para que se pueda interpretar de forma más verdadera, es el etnocentrismo, una forma de mirar y juzgar a través de la perspectiva de la propia cultura las otras culturas. Por esto, se suele utilizar la relativización de la interpretación, evitando juicios y prejuicios para obtener una interpretación más verdadera.

Sin embargo, la experiencia de lo extraño, dicha anteriormente, no queda restringida a solo aquellos que se trasladan a vivir en otra sociedad. O sea, la investigación dentro de la propia sociedad puede producir efectos, aunque, generalmente, de forma más suave. Así como sucede en esta investigación, que trata de la ciudad de Porto Alegre, donde he realizado la investigación, y que, a pesar de no ser tan ajena, pues es la ciudad en que vivió la investigadora, tiene aspectos capaces de producir el extrañamiento. Esto se explica porque en una misma sociedad existen diferentes estratos o círculos de conocimiento cultural, múltiples estilos de vida, diversidad étnica, subculturas que generan una distinta percepción del antropólogo.

Resumiendo en una frase, la etnografía también puede entenderse, como dijo el antropólogo, Carlos Montes¹⁴, como “una recogida de datos”. Para esta recogida de datos, los antropólogos hacen actos comunes, como mirar y oír pero desde una perspectiva peculiar que le permita recolectar información para interpretarla posteriormente.

14 Dr. Carlos Montes es profesor de la Universidad de Salamanca y encargado de impartir la asignatura de Sociedad y Movimientos Sociales en el “Máster de Antropología de Iberoamérica” de la universidad.

En la interpretación antropológica, el investigador busca interpretar o comprender la sociedad y la cultura del otro, en su verdadera visión, escuchándolo y también observando sus actos y así, comprobando si sus palabras coinciden con sus acciones (De Oliveira, 1993, p.43). Esta sensibilidad del antropólogo es fundamental para describir las intenciones de lo que ocurre. Además de los sentidos, el antropólogo también puede utilizar fotografías y videos como material iconográfico. De acuerdo con Burke (2004, p.44), la iconografía subraya el contenido intelectual de la imagen, su filosofía o teología implícita, pues imágenes pueden ser leídas y no solamente observadas. O sea, las fotografías poseen contenidos epistemológicos, simbólicos y estéticos, que llevan a entender los significados de una época o de un grupo social. De acuerdo con Brisset (1999, p.75), es indudable que la mera presencia de la cámara suele provocar cambios en el comportamiento de los sujetos que se intentan fotografiar. Pero aún así, es una forma de conservación y demostración de una cultura.

En mi visión personal, la etnografía es como una obra de arte pero, al contrario que en una pintura, el etnógrafo hace un texto. Es decir, al intentar pasar sus experiencias de campo describiéndolas con sus características personales, las impresiones, sentimientos y emociones que ha pasado, él debe ser capaz de transmitir las para quien está leyendo la sensación de estar allá, con el objetivo de que el lector sienta que vive la misma experiencia. De este modo, escribir requiere más que una simple técnica y el etnógrafo precisa saber transmitir esos sentimientos en el papel, como un verdadero artista hace al pintar una obra. También puede compararse con la experiencia de leer un libro y después ver la película del mismo. O sea, cuando se conoce la vivencia de un etnógrafo a través de sus textos puede ser más interesante que ir al mismo sitio y comprobar la lectura como, muchas veces, es más interesante leer un libro que ver la película del mismo, que generalmente parecen más simple de lo que nuestra imaginación proporcionaba con su lectura. Pero estos textos, además de una buena

descripción, deben contener un carácter interpretativo, pues si fuera solo escribir lo que se ve, no serían antropólogos, sino cronistas, como dice la antropóloga Manjarrés¹⁵. Es decir, el antropólogo, además de describir y analizar, debe saber escribir de forma interpretativa siguiendo una línea de pensamiento que tenga principios en la ciencia.

2.7 LÍNEAS UTILIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN

Ya que el tema de las cirugías plásticas es actual y debido a la necesidad de interpretar símbolos y nuevas concepciones de la cultura del cuerpo en su contexto histórico-sociológico, se ha hecho uso en esta investigación de las líneas teóricas de la antropología aplicada y de la salud. Estas utilizan conceptos teóricos, conocimientos y metodologías de investigación que buscan la mejora de problemas sociales, económicos y de salud contemporáneos. Asimismo, se buscó entender la cultura del cuerpo modificado por cirugías plásticas y las reflexiones acerca de las transformaciones por ellas generadas. Esta investigación también se basa en la antropología posmoderna. Estas líneas estarán mejor conceptualizadas en los tópicos siguientes al asociarlas con mi temática y al justificar su utilización en esta investigación.

2.7.1 ANTROPOLOGÍA APLICADA Y DE LA SALUD

Las investigaciones sobre salud suelen traer conocimientos que pueden ser aplicados para un provecho colectivo, como por ejemplo, la contención de un virus por vacunas o

¹⁵ La doctoranda Elizabeth Manjarrés Ramos es profesora de la Universidad de Salamanca y encargada de impartir la asignatura de Seminario Abierto sobre Investigación en Antropología en el “Máster de Antropología de Iberoamérica” de la universidad.

mejoras de cuidados higiénicos. Según Harris (2006), la Antropología aplicada se desarrolló en la Segunda Guerra Mundial, en la que diversos antropólogos culturales dedicaron sus investigaciones para encontrar aplicaciones prácticas para los problemas sociales. Se entiende, entonces, que la antropología aplicada es una forma de buscar, a través de conocimientos antropológicos, la posible solución práctica de problemas sociales inmediatos, que otros profesionales no son capaces de solventar (Guerrero, 1997). Además, estas investigaciones generalmente poseen patrocinios de organizaciones, públicas y privadas, que están interesadas en conseguir objetivos prácticos.

Con todo, hay diversas definiciones para la antropología aplicada. Voy a exponer algunas como la de Mair (2007), que la conceptualiza como la aplicación de principios establecidos experimentalmente, para la producción de resultados específicos. Otra descripción es la de Foster (1974), que propone que es cuando los antropólogos utilizan conceptos teóricos, conocimientos y metodologías de investigación que buscan la mejora de problemas sociales y económicos contemporáneos. Guerrero (1997), también al escribir sobre antropología aplicada, acrecienta términos como los procesos de cambio social y cultural, en especial a las mejoras planificadas, inclusive en el área de la salud. Resumiendo, entonces, la antropología aplicada es una forma de intentar aplicar, a través de las informaciones obtenidas experimentalmente, soluciones de forma práctica, con o sin patrocinio, de una forma más holística mirando aspectos generales de la sociedad.

Por otro lado, también es importante diferenciar la antropología teórica de la aplicada. De una forma simplificada, la antropología teórica busca explicar las teorías culturales de las sociedades por medio de formulación de hipótesis, principios y leyes científicas. Ya la antropología aplicada relaciona la aplicación de resultados de investigaciones sociales y, consecuentemente, pone la teoría a servicio de finalidades

prácticas para mejorar las condiciones de las vidas humanas (Girona Roca, 2001). Por lo tanto, la principal distinción entre la antropología teórica y la aplicada es que en la antropología aplicada los antropólogos tienen como objetivo lograr cambios en el comportamiento humano a través de la implementación de acciones prácticas, mientras que la antropología teórica objetiva las interpretaciones de los problemas sociales, económicos y tecnológicos contemporáneos a través de teorías sociales y culturales.

En este sentido, Foster (1997) relaciona estrechamente la antropología teórica y la aplicada, demostrando que las dos están muy ligadas. Para él, la antropología aplicada es como una señal de la juventud de la antropología, pues el joven antropólogo de base universitaria, cuyo interés primario es la investigación teórica, puede también dedicarse a la investigación orientada hacia la acción (Foster, 1997, p. 98). Para mí, además de los nuevos antropólogos, los antiguos también pueden actuar como antropólogos aplicados.

De esta manera, los antropólogos pueden incorporar diferentes papeles dentro de la antropología. Es decir, los antropólogos aplicados pueden ser planificadores, consejeros, consultores, administradores, intérpretes y hasta consumidores (cuando los propios antropólogos toman los datos obtenidos de otras investigaciones antropológicas para sus trabajos). Estas diferentes funciones se realizan de acuerdo al interés tanto del patrocinador (organismos públicos o privados), si hay, como del antropólogo. Por otro lado, es interesante resaltar que, hoy en día, la antropología aplicada no es un área específica de los antropólogos culturales, ya que los antropólogos físicos, arqueólogos y lingüísticos también tienen sus aplicaciones (Harris, 2006).

Sin embargo, es importante saber que no siempre el producto de la investigación se utilizará en un programa de acción. Cuando son patrocinados, estos productos, muchas veces, se rechazan debido a que las interpretaciones de los antropólogos aplicados no poseen ningún

interés objetivo de los patrocinadores. Pero, cuando sus investigaciones son implementadas, los antropólogos practican la llamada “antropología de acción” (Harris, 2006, p.487). Los antropólogos deben cuidar, también, si existen patrocinios, que estos no les manipulen para que hagan investigaciones centradas en sus voluntades, sin interés del antropólogo y principalmente sin provecho para la sociedad.

De esta manera, la antropología aplicada en esta investigación se manifestará dentro de la antropología de la salud. Según Oliveira (2002), la antropología de la salud ha buscado esclarecer, con su perspectiva más global, los conceptos de salud y enfermedad que, muchas veces, se reducen apenas a cuestiones biológicas. Sin embargo, las contribuciones de los antropólogos de la salud no se limitan a conceptos de salud sino que también avanzan en el sentido de explicar que existe una gran relación entre todas las actividades asociadas a salud, y que cada sociedad, generalmente, se ordena de manera diferente para enfrentar la enfermedad.

O sea, la antropología de la salud busca entender cómo la cultura de cada sociedad influye en su manera de tratar la salud y las enfermedades. Por lo tanto, la antropología aplicada a la salud intenta crear una propuesta de servicios de salud que cualifiquen profesionales e instituciones de forma que satisfagan las necesidades propias de los pacientes de acuerdo con su diversidad cultural. Es decir, busca preparar los tratamientos de salud considerando las demandas específicas de cada sociedad y no mirando únicamente para la enfermedad.

Los pacientes que hacen cirugías plásticas tienen en su cuerpo alguna cosa que no les está agradando, entonces, buscan una modificación realizando cirugía. Este es un público específico en sus cuidados con la salud, pues, además de una información acerca de la existencia de estos procedimientos, tienen dinero suficiente como para pagarlo, ya que,

generalmente, no es un tratamiento público. Y también necesitan de un tiempo de reposo sin trabajar para la recuperación, reduciendo el público para quien posee una equilibrada situación financiera. O sea, al aplicar la antropología en este caso, se debe estar atento a los factores sociales y simbólicos que estos procedimientos representan. Según Geertz (1992), tanto las creencias como los comportamientos individuales tienen una representación simbólica que pasa, la representación por un mecanismo de control que empieza con el presupuesto de que el pensamiento humano es social y público. Por lo tanto, para interpretar estas representaciones a través de la antropología aplicada a la salud es fundamental entender el pensamiento social que influyen en la cultura del cuerpo de nuestro objeto de estudio.

Finalmente, después de teorizar la antropología aplicada y de la salud, su uso en esta investigación se justifica, pues, con la temática de la cultura del cuerpo de pacientes que realizan cirugías plásticas, se buscó encontrar datos relevantes que se puedan aplicar en un futuro en formación de estrategias de educación y salud, útiles para la resolución de los problemas prácticos en la vida de las personas. Al entender la cultura del cuerpo y su implicación social, entonces, puede esclarecer algunas causas de algunos trastornos o enfermedades ligadas al cuerpo como el trastorno dismórfico corporal (TDC), la bulimia, la anorexia, el trastorno por atracón, la vigorexia ¹⁶, entre otros. Además de estos trastornos, cuando hay exageración por cirugías plásticas, en la búsqueda por la belleza y la perfección, también puede provocar diversos daños a salud. Con las interpretaciones de esta investigación, se podrá incentivar reflexiones de estrategias de gobierno con temas como la promoción de salud y campañas informativas de cuidados con el cuerpo enseñando que la belleza no es sinónimo de salud.

¹⁶ Los términos están explicados en el glosario, en anexo, al final del trabajo.

2.7.2 ANTROPOLOGÍA DEL CUERPO

El cuerpo siempre fue propicio a un estudio antropológico, pues sin él, el hombre no existiría. Así, esta asociación del cuerpo con la existencia y su posterior visión fragmentada del hombre, provoca curiosidad tanto para la filosofía, sociología, psicología, medicina como para la antropología. Pero, la diferencia de la antropología con respecto a las demás disciplinas está en su intento de interpretar los símbolos culturales que las sociedades manifiestan en sus cuerpos al paso del tiempo.

Las primeras teorías del cuerpo fueron teorías sociales que criticaban la racionalidad capitalista y el concepto cristiano de control moral que generaban represiones sexuales, es decir, corporales. Foucault (1987/1999) y Elias (1969/1993) escribieron sobre los controles corporales que la modernidad ha producido con fines de control social. Foucault se preocupaba por los cuerpos, las poblaciones y las organizaciones del poder que le llevaron a estudiar los cambios médicos y disciplinarios del siglo XIX. Ya Elias abordaba las contradicciones que la civilización ha generado y resaltaba el cuerpo como objeto de estudio de las ciencias sociales. Estos estudios han provocado, desde entonces, una serie de investigaciones que se vienen modificando hasta nuestros días, con un creciente aumento de estudios sobre la antropología del cuerpo. Un ejemplo de esto está en el trabajo de Bryan S. Turner en su artículo “Avances recientes en la Teoría del cuerpo” (1994), que resalta la importancia que ha tenido el tema del cuerpo en la antropología, la sociología y la filosofía y cómo el cuerpo aparece en el centro del análisis de los procesos sociales y culturales.

Con todo, en la trayectoria de la antropología, uno de los precursores en los estudios del cuerpo en los años 30 fue Marcel Mauss, que destacaba las “técnicas corporales”¹⁷ de cada

17 Atos tradicionais e eficazes que combinam elementos biológicos, psicológicos e socioculturais, sem que os próprios agentes e objetos tenham sempre consciência disto.

cultura como objeto de estudio antropológico, asociando el cuerpo a una dimensión social (Mauss, 1979). Fue uno de los pioneros en focalizar el cuerpo como un agente social, y afirma que el cuerpo es la imagen de la sociedad y, Por lo tanto, no hay un modo de abordarlo sin una dimensión social. Pero, fue en la década de 1970 cuando la antropología del cuerpo se desarrolló como un campo de estudio específico a partir de trabajos importantes como de Mary Douglas (1988). Douglas, al estudiar los trabajos de Mauss, se inspiró para escribir sobre los dos cuerpos. Para ella el cuerpo tenía una gran asociación con la sociedad y sus simbologías y esto reflataba en la cultura de los cuerpos y en la sociedad.

Con la modernidad en las sociedades más individuales y racionalistas, la antropología del cuerpo ha buscado entender la construcción de la identidad y la concepción cultural del cuerpo. El cuerpo pasa a ser un objeto fragmentado del verdadero “ser”, antes razón y el alma, indisoluble. Para Le Breton (2011), hay diferencias entre los conceptos de cuerpo entre las sociedades occidentales y las tradicionales. Para él con la modernidad, las sociedades occidentales se tornan individualistas y tratan el cuerpo como una frontera entre los individuos en sí mismo, en cuanto a las tradicionales el cuerpo es una conexión comunitaria inseparable del hombre. O sea, para los occidentales existe un dualismo generado por la segmentación del hombre y de su cuerpo, pero los tradicionales no los separan y consideran el cuerpo como parte de la existencia, del alma, del cosmos. (Le Breton, 2011).

La creciente importancia de la antropología del cuerpo ha sido bastante visible en la actualidad, no solo por haber subrayado lo corporal en las sociedades modernas, sino también por haber traído algunos problemas sociales relacionados al cuerpo. Es decir, las enfermedades generadas por la desigualdad social donde la hambruna o las infecciones por falta de higiene interfieren en la salud. También existen los diversos problemas con enfermedades ocasionadas por disturbios psicológicos como la bulimia, la anorexia, el TDC,

entre otros. Estas enfermedades son, muchas veces, resultado de una desigualdad social o a la búsqueda excesiva de un cuerpo “perfecto” que interfiere en el cuerpo.

Por lo tanto, para entender las relaciones de la Antropología del cuerpo con las cirugías plásticas es necesaria una percepción más holística. Las cuestiones sociológicas deben incorporarse a la antropológica para que se puedan visualizar de una manera integral los fenómenos y los cambios de comportamientos con el paso del tiempo. Los tratamientos estéticos, incluso las cirugías plásticas, son cuestiones de reflexión que difícilmente se agotarán.

2.7.3 ANTROPOLOGÍA POSMODERNA

La antropología posmoderna surgió entre las décadas de 1960 y 1970 en los Estados Unidos como un proceso de transformación de las líneas interpretativas antropológicas y también se denominaba interpretativa o hermenéutica (Geertz, 1991). Desde su concepción hasta hoy, ha sufrido muchas críticas, pues posee un carácter intimista, pues el antropólogo escribe en primera persona, colocando su responsabilidad y su perspectiva en los textos que antes eran escritos a través de la tercera persona “nosotros” o de forma neutra siendo, algunas veces, comparada con la ficción literaria. Los trabajos pioneros que abordaron esta temática fueron los de Clifford Geertz y Stephen Tyler, el primero en utilizar el término posmoderno en título de un artículo en 1984 (Geertz, 1991). Pero, fue Clifford Geertz, en “La interpretación de las culturas” en 1973, que ha sido el principal representante. Para él, el trabajo del antropólogo es escribir y las interpretaciones antropológicas son ficciones o representaciones simbólicas. Esto causó un impacto entre los estudiosos que empezaron a reflexionar y, algunos criticar, el tema.

Geertz, a pesar de sus críticas, principalmente de los antropólogos Paul Rabinow y Marvin Harris, crea una nueva visión de *Emic* a partir de las culturas y su universo simbólico. Y, por lo tanto, camina entre las líneas de la antropología posmoderna y la hermenéutica. Esto se ve en la cita de Geertz (1986), en el capítulo “La descripción Densa: hacia una interpretación de la cultura”:

“(…) la finalidad de la antropología consiste en ampliar el universo del discurso humano (...) se trata de una meta a la que se ajusta peculiarmente bien el concepto semiótico de la cultura. Entendida como sistemas en interacción de signos interpretables (...) la cultura no es una entidad, algo a lo que puedan atribuirse de manera causal acontecimientos sociales, modos de conducta, instituciones o procesos sociales; la cultura es un contexto dentro del cual pueden describirse todos esos fenómenos de una manera inteligible, es decir densa (...)”
(p.6).

Analizando esta afirmación, se entiende que la descripción densa es comprender la cultura a través de comportamientos sociales buscando describirlos de manera interpretativa. Pero, Geertz deja claro que por más simplista que parezca ser, es una interpretación antropológica, pues a través de observaciones es hecha una interpretación con bases científicas. Para él, ser ficción no es ser falsa, sino que intentar demostrar la significación desde el punto de vista del nativo, siendo muchas veces más informativas.

Ya en esta misma línea del simbólico, en la antropología hermenéutica, los significados culturales requieren para su comprensión e interpretación más que una lógica científica, sino una lógica interpretativa cultural de la intención. Es decir, el investigador busca interpretar la intencionalidad del otro haciéndolo comprensible (Tolosana, 1983, p.

127). Para el autor, entonces, es necesario reconstruir intenciones a través del proceso de enculturación del contenido de su objeto de estudio y transformarse en plurales. Conuerdo que para interpretar es necesario que el antropólogo pueda hacer una inmersión cultural, para captar los significados de las palabras, de las experiencias y de las reales intenciones.

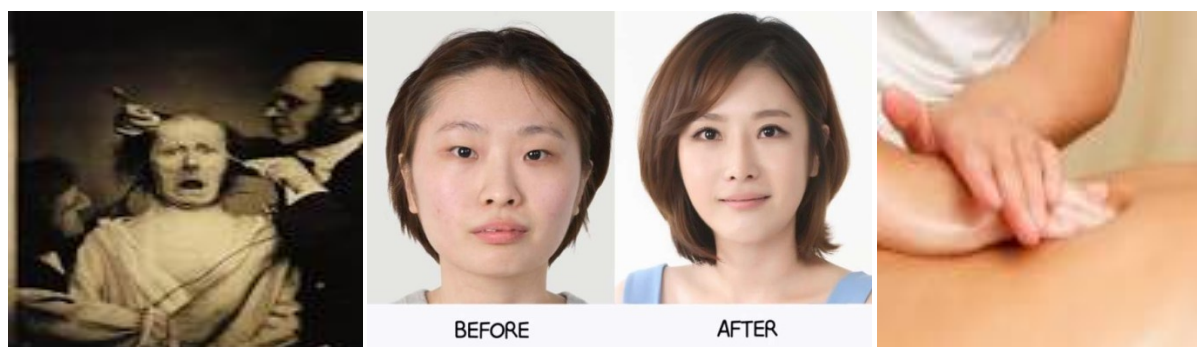
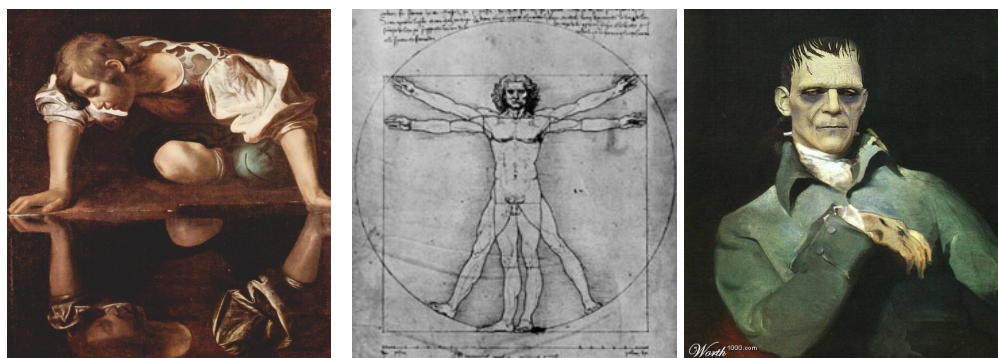
De esa manera, se entiende que para un antropólogo no existe un manual, su práctica dependerá de su capacidad de inmersión, de captar la intención de forma que sea inteligible por los lectores. Además, es preciso cuidar estas intenciones, pues, muchas veces, son ocultadas por miedo al rechazo de lo que se va a escribir. Creo que la antropología posmoderna no es tan distinta de la hermenéutica, sino que es un puente que profundiza la percepción del antropólogo de una perspectiva más artística, ya que tiene una parte de la sensibilidad envuelta.

En esta investigación se ha hecho uso de la antropología posmoderna de Geertz (1991). La cultura del cuerpo, vista como una conducta social de enorme complejidad, tiene sus propios símbolos, su propia conducta que busco interpretar con una perspectiva del otro y de sus intenciones, la semiótica de la palabra, la semántica de la frase y la reflexión sobre la lógica de los símbolos. Es decir, se buscó expresar las voces a través de una perspectiva *emic*, o sea, buscando el significado para los grupos estudiados. El principal problema en esta línea de interpretación sería una tendencia a un relativismo, ya que la visión del participante será el centro de investigación para conocer sus visiones sobre los conceptos cirugías plásticas, postoperatorio, belleza y salud. Sin embargo, las teorías antropológicas existentes y trabajos científicos se utilizaron como fuente de comparación. También se intentaron encontrar, durante la interpretación antropológica, posibles acciones sociales de la salud que pueden utilizarse en campañas para una mejora colectiva.

PARTE III

MARCO TEÓRICO

3. CULTURA DEL CUERPO Y TRATAMIENTOS ESTÉTICOS DE SALUD¹⁸



¹⁸ Figura 4: Imagen de Michelangelo Merisi da Caravaggio, en la Galleria Nazionale d'Arte Antica en Roma.

Figura 5: El Hombre vitruviano, Dibujo de 1492. Leonardo da Vinci. En Galleria dell'Accademia, Italia.

Figura 6: Mary Wollstonecraft Shelley's Frankenstein. Disponible en: <http://www.thesharkguys.com/celebrities/people-who-look-like-the-frankenstein-monster/>

Figura 7: Antiguas cirugías. En: revistadehistoria.com.br

Figura 8: Etnocirugía. Foto de Tumblr: kpsurgery. En: <http://vidayestilo.terra.com.co/mujer/belleza/las-mujeres-orientales-gastan-millones-en-cirugiasplasticas,73b208249852410VgnVCM20000099cceb0aRCRD.html>

Figura 9: drenaje linfático. En: clinicabalearesperu.com

3.1 CUERPO CULTURAL – La construcción de una identidad para “vestirse” del cuerpo

Desde el siglo XIX el cuerpo toma un espacio importante en las reflexiones acerca de sus significados. Entretanto, antes las represiones sociales, las religiones y la propia inhibición personal eran factores que hacían que el cuerpo se viera como un objeto prohibido. Hoy en día, a pesar del avance de la “libertad corporal”, donde el cuerpo es un sujeto o agente, aún existen presiones sociales, no como antes, pero con modelos de belleza y perfección que son tan o más represores que antiguamente. Por lo tanto, cabe preguntar: ¿Realmente existe “libertad” corporal en la modernidad? Para mí, no queda duda de que no.

En las sociedades modernas, principalmente en Brasil, el cuerpo está cada vez más visible y es constantemente contemplado sea en los medios de comunicación, sea en las playas, sea a nuestro alrededor. El cuerpo visible culturalmente no es solo el cuerpo desnudo, sino que es la interpretación que las personas crean en sus tamaños, volúmenes y, sobre todo, formas y colores (Maíllo, 2007, p. 183). Es decir, la cultura está llena de símbolos sociales y morales que cada uno interpreta en sus cuerpos, modificándolos para construir o transformar su identidad. La identidad es, de acuerdo con el sociólogo español Castells (2003), una forma de dar sentido a sus vidas que puede ser identificándose con su país, su cultura, su lengua, su familia o con grupos de la misma edad. Así, el cuerpo es una construcción cultural con importancia tanto simbólica como "identitaria" que genera dudas sobre su naturalidad. O sea, hoy pasa ser la propia identidad y una manera de “vestirse”, como una materia modificada ajustando su imagen a los moldes sociales.

Según Reyes (2001), el florecimiento de los medios de comunicación e intercambio de conocimientos ha convertido al mundo en una “aldea global”, haciendo que las culturas

coexistan, convivan y generen una crisis de identidad cultural. La crisis corporal se caracteriza por la concepción estética y de la imagen del cuerpo que cada persona o pueblo tiene de sí mismo, creando una crisis también de identidad. Con todo, las personas que hacen cirugías plásticas para curar sus crisis acaban reflejando modificaciones en su vida y en su identidad, cambiando, de esta manera, su forma de relacionarse en sociedad. Esta nueva identidad no apaga la antigua, pero, mejora su manejo con el mundo, generando una sensación de cuidado del cuerpo, como si fuera un premio por su dedicación.

Sin embargo, es posible observar que el cuerpo cultural cambia de acuerdo con su época. Por lo tanto, es interesante conocer cómo han evolucionado las concepciones de cuerpo desde la Edad Media hasta nuestros días. En la Edad Media, se observó una mayor libertad del cuerpo, tanto en términos de las manifestaciones de las funciones corporales (esputo, flatulencias) como en las imágenes del cuerpo visto como la circulación de la vida (Rodríguez, 1999). No había una separación entre el cuerpo y el alma, tampoco entre el cuerpo individual y el cuerpo social. Como Bakhtin subraya, el cuerpo individual estuvo ausente en la cultura medieval, el individuo era el cuerpo social, cósmico y universal (Bakhtin, 1996).

Ya en la época moderna, el cuerpo se convierte en un cuerpo individualizado con fronteras entre él y la sociedad. Ahora ya no refleja el cosmos y el universo, pero sí representa el individuo. Sin embargo, en las sociedades modernas notamos que los cuidados del cuerpo no los ejercemos por simple cuidado de nosotros mismos, sino para sentirnos parte de la sociedad. Además, el control corporal es evidente, tanto en las pulsaciones sexuales como en relación a los esfínteres y la vergüenza.

Otra cosa que debe tenerse en cuenta al estudiar la cultura del cuerpo, son las influencias de los cambios sociales sobre el cuerpo, como el crecimiento de la cultura del

consumo en el periodo de postguerra, el avance del postmodernismo en las artes, los movimientos feministas y los cambios demográficos. En este sentido, Le Breton (2010), en “Antropología del Cuerpo en el mundo contemporáneo”, defiende que “cambiando su cuerpo el individuo desea cambiar su existencia”. Es decir, al modificar su cuerpo, el individuo siente que su cuerpo lo pertenece y así, puede modificar un sentimiento de identidad de acuerdo con el contexto histórico del momento. O sea, para él el cuerpo es como un borrador modificable, donde es posible transformarse continuamente de acuerdo con los cambios sociales. Pasando a ser, de esta manera, un ambiente propicio para la realización de cirugías plásticas.

Otras concepciones de cuerpo cultural apuntan que nuestros cuerpos son una metáfora cultural para controlar lo que está fuera de nuestro alcance pues, aparentemente, el cuerpo nos pertenece y podemos repararlo, mantenerlo, mejorarlo y moldearlo materialmente a nuestro gusto (Guirao e Infantes, 2010, p.13). O entonces que el cuerpo es una construcción cultural (Le Breton, 2011), o que la cultura del cuerpo también puede llamarse cultura del narcisismo, por su fijación por la perfección que hace del cuerpo un producto casi artificial (Goldenberg, 2007). Con todo, todas las concepciones del cuerpo, lo consideran como un importante tema de discusiones culturales.

Concuerdo con lo que dice Urresti (1999), que defiende que el cuerpo y el nombre de un individuo son como un texto cultural cargado de símbolos. Para él, los cuerpos hablan y son hablados a través de la proyección de expresiones individuales. Es decir, el cuerpo funciona como un lenguaje que se comunica, existiendo un valor simbólico que difiere sus expresiones. Estas manifestaciones corporales, suelen enseñar la historia de los orígenes de los sujetos, el mestizaje o el resultado de un proceso de incorporación de la convivencia en la sociedad.

Para Berger (2006), en las sociedades contemporáneas en particular en Brasil, el culto al cuerpo trabaja para que se ajuste a patrones preestablecidos y también como visiones de grupos y estilos específicos de vida que los individuos tratan de cumplir para obtener reconocimiento social. Por otro lado, Reisfeld (2004) considera que las sociedades modernas fallan en la construcción de un diseño social de las identidades colectivas que haga sentir a todos los sujetos incluidos. Así, las cirugías plásticas parecen ser una alternativa utilizada para la integración en sociedad.

En resumen, el cuerpo cultural puede ser un instrumento individual de comunicación, que expresa una identidad no precisamente por medio del habla. Es a través del cuerpo que se muestran gustos, preferencias, rebeldías, historia, época y grupo social, y hay que cuidar, pues si es muy auténtico puede sufrir una presión social o el rechazo. No obstante, ser auténtico o “libre” con el cuerpo cultural no es siempre posible, pues es común el miedo al rechazo o a la exclusión. Además, la fuerza de los medios de comunicación es evidente en la sociedad cotidiana. Los modelos de belleza hacen con que las personas asuman una identidad que mezcla valores y estereotipos que, muchas veces, enmascaran su verdadera identidad. Por fin, las cirugías plásticas deben ser hechas con la función de mantener una “felicidad” personal y no social, o sea, deben ser realizadas para que las personas puedan “vestirse” del cuerpo para sí.

3.2 SOCIALIZANDO EL CUERPO

Al pensar en cuerpo y sus concepciones culturales, es imprescindible conocer sus contextos sociales. El cuerpo social expresa manifestaciones reivindicativas, represivas, culturales o políticas. El cuerpo clasifica, enseña, describe y expresa las voluntades

individuales, generalmente, condicionadas por las sociedades. En el sentido de las clasificaciones, Bourdieu (2007) apunta que el cuerpo es una forma particular de experimentar la posición en el espacio social. O sea, el cuerpo debe sus diferencias a las condiciones sociales, donde los sujetos están desigualmente equiparados para adecuarse a la representación que la sociedad impone a través de una distribución desigual de riquezas, que llevan las personas a consideraren un cuerpo ideal y un real.

Otro importante autor que pensó en la dimensión social del cuerpo fue Bryan S. Turner (1994, p. 17) que destacaba en la teoría del cuerpo los cambios sociales criticando la influencia de elementos como el capitalismo, los movimientos feministas y las autoridades médicas en las manifestaciones corporales. Para Turner, el capitalismo incentiva el movimiento económico siendo el consumo de los cuerpos punto importante de reflexión. Este elemento puede ser vislumbrado, hoy, a partir del aumento creciente de las cirugías plásticas en el mundo.

También en el sentido de las clasificaciones sociales del cuerpo, existen las diferencias de géneros que son fuentes de reflexiones y discusiones acerca del cuerpo social. De ese modo, las liberaciones sexuales expresan también la voluntad de tener el género que mejor se encaje, sea femenino o masculino, resultando en la búsqueda de cirugías para los cambios de sexos. Estas están cada vez más procuradas y cargan consigo no solo cuestiones estéticas, sino también psicológicas de aceptación de su cuerpo, de su género y de su identidad (Butler, 2010). Con estas cirugías surge otro tema importante en la sociedad, que es el derecho de cambiar, literalmente, la identidad. Es decir, el registro de los cambios de nombres es reivindicado para una inclusión completa en sociedad, ejerciendo el derecho de la ciudadanía independientemente del género.

Por otro lado, en un sentido más simbólico del cuerpo social, Mary Douglas (1988) habla de la dualidad de dos cuerpos, el yo-sociedad. Según ella, el cuerpo físico tiene sus significados de acuerdo con la relación del individuo con la sociedad y esta relación puede estar tan cerca que casi llega a fundirse. O sea, para Douglas, esta relación del cuerpo social es lo que permite deducir ciertos significados. Entonces, la manera de percibirnos, controlarnos y modificarnos el cuerpo social es condicionada por las presiones sociales y sus significados, incluso en la búsqueda por cirugías plásticas. Este ideal corporal, más que una forma de vestirse, es una manera de expresarse como un individuo integrado en la sociedad.

Aún en la perspectiva social del cuerpo, Mauss (1979) ya decía que todas las prácticas corporales se aprenden y que no hay técnicas naturales, ni siquiera la alimentación y las sexuales. Según su opinión, la estructura social imprime su sello sobre los individuos por medio de la educación de las necesidades y actividades corporales. O sea, cada técnica o conducta corporal se aprende y transmite por tradición, y están asociadas no sólo al funcionamiento de los músculos y nervios, también a un determinado contexto sociológico y cultural. Por lo tanto, los individuos aprenderán a usar sus cuerpos de acuerdo con aquello que les será útil para desenvolverse en sociedad.

Esto sucede, pues cada sociedad posee sus propias costumbres. Galarza (2004) afirma que el cuerpo no es apenas un mero espejo de la sociedad o de la cultura en la que viven los sujetos analizados, ni un mero texto que se pueda interpretar. Para ella es, sobre todo, un agente. Afirma que el cuerpo es como un proceso vital individual, pero que nos remite siempre a un colectivo, que se manifiesta dentro de estructuras sociales, entendidas como prácticas corporales. Por lo tanto, el cuerpo tiene una pluralidad de significados envueltos, siendo que cada práctica corporal suele tener un contexto sociocultural, como por ejemplo, los

rituales o ritos relacionados con asuntos estéticos, marcas tribales, signos de estatus social, ritos de paso, entre otros.

En esta línea Torres (2007) muestra que los cuerpos se construyen socialmente y se transforman en cuerpos útiles para la perpetuación del orden social. O, como también señala Foucault (1999), el cuerpo es un objeto de poder producido para controlarse en sociedad. Bordo (2001, p.54) al hablar de los cuerpos femeninos, también apunta las relaciones de poder de Foucault y resalta que las prácticas normativas de nuestra cultura entrenan al cuerpo femenino para las exigencias de la sociedad de docilidad y obediencia que se experimentan en términos de poder y control. Ya Nievas (1999) piensa que los cuerpos “normales” son los que se ajustan a las normas que rigen las conductas sociales. Por lo tanto, para incorporar a las “normas” los cuerpos se modifican a través de cirugías plásticas para que adquieran una mejor apariencia y, así, un mayor poder social.

En las sociedades modernas, liberales y democráticas partimos del principio de la igualdad. Todos somos iguales, o sea, incluso la posibilidad de modificar los cuerpos con cirugías plásticas. Entonces, cada cual es libre y le corresponde elegir qué quiere ser y qué quiere hacer con su vida y con su cuerpo. Así, los individuos como propietarios del cuerpo, buscan una nueva “identidad” añadiendo accesorios como la colocación de prótesis de silicona, por ejemplo. En este sentido, Maíllo (2007) define el cuerpo como sujeto mediante su condición de propietario y su imagen no solo se sepulta por la acumulación de posesiones sino que se encumbra y engrandece con ellas o se extiende a través de ellas formando parte del mismo cuerpo.

Para finalizar, el cuerpo social tiene itinerarios que deben abarcar un tiempo suficiente para que pueda observarse la diversidad de vivencias y contextos, así como evidenciar los cambios (Galarza, 2004, p. 54). Pero, para poder hacerlo, necesita que los

demás le reconozcan ese poder a través de la interacción con los otros. Con todo, las sociedades no siempre fueron tolerantes con las diferencias corporales, esto se vio en las sociedades espartanas, donde el cuerpo debía ser fuerte y grande para convertirse en un gran guerrero respetado. Y el hecho de no conseguirlo supondría una forma de rechazo que venía desde la niñez por parte de la escuela de guerreros y de la sociedad.

3.3 CUERPO EMOCIONAL – El cuerpo de “dentro” transformando el cuerpo de “fuera”

La resistencia a las emociones es algo presente en las sociedades modernas. Freud (1915/1996) escribió teorías sobre los controles de pulsiones corporales del hombre civilizado. Espina Barrio (1997) aborda con claridad las visiones de Freud y Lévi-Strauss acerca de los posibles controles de los impulsos en la sociedad que, dependiendo del impulso, tiene influencia cultural en sus manifestaciones y puede transformarse en neurosis cuando se rechaza o en cultura cuando se acepta.

Didier Anzieu (2010), un psicoanalista francés, hace una interesante relación del cuerpo con el aparato psíquico y esclarece algunas enfermedades psíquicas que tienen relación con el cuerpo. Para él, la piel es la envoltura del cuerpo así como la consciencia es la envoltura del aparato psíquico. Por lo tanto, las envolturas deben estar sanas para que no se manifieste una cultura del cuerpo enferma. Considera también, el “yo-piel” como una estructura intermedia del aparato psíquico cronológicamente entre la madre y el bebé. O sea, toma en cuenta un principio de diferenciación interna y un principio de contingencia de los instintos e impulsos que ya había descubierto Freud anteriormente.

Este autor compara la piel como una membrana que separa el interior del exterior y hace una metáfora de que, generalmente, todo tiene una película. Es decir, las células, las

mucosas, los órganos, hasta los sueños son como una piel psíquica. De esa manera, Jiménez (2010) también ha hecho un estudio que trata de la piel como membrana. Investigó personas que marcaban su piel voluntariamente con cicatrices variantes en las significaciones. En este estudio, se concluyó que existe una dificultad de los jóvenes para verbalizar sus estados internos, y que ciertamente tienen alguna relación con las marcas en la envoltura externa de la piel.

Cuando relacionamos nuestras experiencias de contactos, sean físicos o emocionales, hicimos un resumen de la historia de nuestro cuerpo. Los orígenes de patologías como masoquismo, autismo, esquizofrenia, fobias y trastornos respiratorios pueden estar relacionados con las primeras experiencias de contacto con el mundo externo, principalmente, con la madre. El toque, la palabra, los olores se manifiestan en la formación de una identidad corporal y pueden expresarse por la voz, por los perfumes o a través de los tatuajes.

Anzieu también considera que la visión, la palabra oral, e incluso escrita, tienen poder de piel, pues hacen sentir a través de un equivalente simbólico de tacto (Anzieu, 2010, p. 250). O sea, nos tocan internamente, nos emocionan, como si sintiésemos un tacto emocional. Así, el cuerpo emocional es como un histórico de nuestra vida psíquica que refleja un espejo en el cuerpo externo. Este histórico psíquico empieza antes de la concepción, dentro del vientre de la madre y continúa hasta la muerte.

Sin embargo, las cirugías plásticas son, muchas veces, formas de arreglar no solo la imperfección corporal que desagrada, sino también estas marcas emocionales que tanto causan sufrimiento. Los niños, cuando observan que poseen un compañero que tiene alguna característica física fuera del contexto visual (como orejas, nariz, gordura, altura, dientes, etc.), atacan con palabras que pueden causar heridas psíquicas. Estas heridas, si no se tratan a tiempo, causan disminución de autoestima y falta de voluntad de participar de una vida social.

En estos casos, las cirugías plásticas son algunas de las soluciones rápidas que contribuyen a un arreglo no solo físico, sino también del cuerpo emocional. Estas modificaciones, generalmente simples, promueven una sensación de confort y de transformación de una nueva identidad.

Por lo tanto, el cuerpo emocional retrata no solo las características externas, sino también las experiencias vividas psíquicamente a través del cuerpo. Estas suelen aparecer de varias maneras, como tatuajes, masoquismo, auto flagelo, ejercicios exagerados, descuido del cuerpo, disturbios alimentarios, respiratorios y de imagen corporal, exceso de cirugías plásticas, entre otros.

Además, para Anzieu (2010, p. 33) “el cuerpo es la dimensión vital de la realidad humana, como dato global pre sexual e irreducible, como aquello en lo que las funciones psíquicas encuentran su soporte”. O sea, la imagen del cuerpo tiene una importante connotación emocional influenciada por los contextos sociales. Este dualismo cartesiano de mente-cuerpo que provoca o que se llama de “Embodiment” o incorporación social.

Este concepto es importante en el estudio del cuerpo y tiene una noción que quiere superar la idea de que el social se inscribe sobre el cuerpo para mostrar que es un proceso material de interacción o incorporación social. Esto integra la tensión entre el cuerpo individual, social y político. Es decir, la perspectiva de la cognición encarnada “embodiment”, planteada por Csordas (1990) ve la mente como un sistema biológico enraizado en la experiencia corporal e intercalada, con la acción y la interacción social. En el español no existe un consenso sobre la traducción de *embodiment*, pero algunos autores están utilizando el término *encarnación*, otros han preferido el término de *corporización*, evitando los contenidos religiosos del término anterior; o también están los que utilizan el término en inglés (Galarza, 2004).

Con todo, el concepto de *embodiment* considera el cuerpo como un agente y un lugar de intersección del individuo, psicológico y social. Es decir, existe una relación entre el cuerpo y el exterior, donde nuestras acciones en el mundo social no son totalmente conscientes, pero tienen sistemas complejos internos y se acoplan en las relaciones sociales, muchas veces, inconscientemente (Alvarez-Larrauri y Macellari, 2009). O sea, todo *embodiment* o incorporación social implica un *embodiment* corporal, con el constante dualismo cartesiano de mente-cuerpo. Por otro lado, algunos autores citan que la dimensión interactiva del cuerpo como agente se amplifica cuando se entiende como un agente social encarnado (Lyon y Barbalet, 1994). Esto rompe con los principales dualismos del pensamiento occidental de mente-cuerpo y lo pone en discusión (Galarza, 2004).

El cuerpo emocional tiene una estrecha relación con la cultura del cuerpo y con la cuestión del narcisismo por su gran fijación con el mercado de la belleza y la obsesión por la perfección. Pero, además de los rótulos, es interesante conocer los orígenes del mito griego de Narciso y el trastorno psiquiátrico que lleva su nombre, así como su relación con el cuerpo emocional y las cirugías plásticas. El mito de Narciso posee distintas interpretaciones, pero lo principal es saber que era un hombre griego famoso por su belleza y orgullo que al encontrarse con su imagen reflejada en el agua se enamora, como no puede parar de mirarse, se acuesta hasta morir. Para Freud, narcisismo es un complemento lujurioso del egoísmo inherente a la pulsión de auto conservación, de la que justificadamente se atribuye una dosis a todo ser vivo y no una perversión como pensaba Nacke, el primero médico que ha descrito narcisismo (Freud, 2010, p.14).

Por fin, hoy en día, los medios masivos de comunicación son una fuente inagotable de mensajes que idealizan la perfección y la belleza para enviar una comunicación emocional a los consumidores. En este sentido, Vázquez (2005), apunta que la imagen que se refleja en el

espejo y las que se proyectan publicitariamente no son reales, pero conectan el subconsciente y nutren un mundo imaginario de placer y goce ilimitados. Es decir, los medios masivos de comunicación convierten nuestro entorno en una sociedad de individuos narcisistas dormidos en la contemplación de sí mismos admirados por su belleza (Vázquez, 2005, p.177).

3.4 CUERPO MODIFICADO – ¿Natural, máquina o Frankenstein?

“Frankenstein es una criatura grotesca montado a partir de cuerpos humanos, inventada por un científico loco. El Monstruo fue abandonado por su creador, horrorizado antes de que los resultados fuesen obtenidos, y no era un idiota y torpe monstruo que sólo emitía algunos sonidos, pero tenía el dominio de la lengua, sentimientos humanos, y fue el rechazo de Frankenstein y de la sociedad que lo deja hostil y vengativo” (Shelley, 1918/1999, p.5).¹⁹

¿Quién nunca ha oído hablar de Frankenstein? Esta descripción, de la famosa novela de Mary Shelley, en 1818, tiene como personaje principal el ficticio monstruo creado por un científico loco. Hace casi doscientos años y ya existía en aquella época, la idea de un cuerpo modificado, y se representaba con partes de cuerpos muertos. Con todo, el impacto que esta novela ha causado en las sociedades, hasta hoy, trae reflexiones sobre temas importantes como trasplantes de órganos, sea de humanos, sea de animales. Por lo tanto, el uso de prótesis

¹⁹ Traducción libre del original: “Frankenstein is an assembled grotesque creature from human bodies, invented by a crazy scientist. The monster that it assembles is left by its creator, horrified before the obtained results, and it is not an idiot and clumsy monster that only emits some sounds, but has the gift of the language, it has human feelings, and it is the rejection of Frankenstein and the society the one that returns it hostile and vindictive.” (Shelley, 1999, p.5)

para sustituir partes amputadas de cuerpos, así como la idea de usar prótesis de silicona en las cirugías plásticas, son puntos fundamentales en la comprensión de los cuerpos modificados.

Estas cuestiones nos hacen reflexionar ¿hasta qué punto estamos modificando nuestros cuerpos y aproximándonos a las máquinas? La respuesta es difícil, pues estamos tratando de una mezcla de productos artificiales con un cuerpo natural, pero considerar que las personas se transforman en máquinas me parece un poco dudoso. Hoy en día, las concepciones de *cyborgs* definidas por Donna Haraway (1991), en “Manifiesto cyborg”, se utilizan para estudiar la dicotomía hombre-máquina y la lucha de géneros. Para ella, los *cyborgs* son organismos cibernéticos, un híbrido de máquina y organismo, una criatura de realidad social y también de ficción (Haraway, Kunzru, & Tadeu, 2009, p. 37). La realidad social que Haraway subraya son nuestras construcciones políticas capaces de cambiar el mundo. Para ella, solamente la encarnación sexual, la regeneración y una esperanza de un mundo monstruoso, sin géneros, superarán las diferencias a través de la fabricación de cuerpos neutros, sin femenino y masculino.

Las teorías cyborguianas tratan de confundir la ontología de los seres humanos, pues pone en duda lo que es natural o artificial. Según estudios de Gray, Mentor y Figueroa-Sarriera (1995), las tecnologías cyborguianas pueden ser restauradoras (restauran funciones y sustituyen órganos o miembros perdidos), normalizadoras (retornan alguna anormalidad), reconfiguradoras (crean criaturas post-humanas que son parecidas a los seres humanos, robots), o las mejoradoras (mejoran algo que no agrada). Pero, al pensar en estas clasificaciones, podemos ver que las cirugías plásticas están dentro de, al menos, dos de estas categorías, por no pensar en todas las categorías. Por lo tanto, ¿Al modificar nuestros cuerpos estamos volviéndonos cyborgs o monstruos?

Para entender esta cuestión es necesaria una teorización de la cultura del cuerpo. La concepción cultural del cuerpo humano como “tecno-cuerpo” apunta directamente a la disolución del dualismo organismo-máquina, natural-artificial, y presenta el desafío de aceptar que el cuerpo está cada vez más cerca de una entidad híbrida (Haraway, Kunzru, & Tadeu, 2009). Es decir, se observa que en las cirugías plásticas se introducen materiales artificiales, como las prótesis de silicona, metacrilato, ácido hialurónico, o la propia grasa corporal, en el cuerpo para sustituir o mejorar partes orgánicas como modificadores de formas y volúmenes, o refinamientos de figura e imagen. Pero, es interesante pensar si estas modificaciones aproximan más al ser humanos a los cyborgs o a monstruos arreglados.

Ya en lo sentido de la fealdad de los monstruos, Umberto Eco (2007) habla de los monstruos y de la curiosidad que sus apariencias traían para el hombre medieval. Eco también apunta que los monstruos, personas “desproporcionadas”, a pesar de ser feos, eran considerados bellos por los cristianos, pues también eran criaturas de Dios. Por lo tanto, es posible entender que cyborgs o “monstruos arreglados” son personas modificadas para ocultar una “fealdad” amoldándose a modelos de belleza para que no sean considerados fuera de la “normalidad”. Pero, esta normalidad que es discutible en la cultura del cuerpo, pues no sabemos ciertamente lo que es verdaderamente normal.

Por otro lado, destacando las construcciones corporales, Maíllo (2010) apunta los procesos de modificación del cuerpo en una perspectiva antropológica, tratando la cultura del cuerpo a través de procesos de construcción y deconstrucción. Para él, la construcción del cuerpo es, en realidad, una reconstrucción que fundamentalmente elabora el cuerpo en planos que se desplazan entre lo externo y lo interno. La idea de “labrar” el cuerpo es modificar la piel y el aspecto exterior. Y la deconstrucción son los modos y formas de separación de las partes en particular por procedimientos quirúrgicos. Estos dos procesos muestran el dual del

cuerpo como un objeto que puede ser fragmentado sujeto a apropiaciones y manipulaciones y como sujeto que trata del individuo identificado con él mismo, o sea, como agente. Es decir, esta perspectiva de experimentaciones sobre el cuerpo puede ser entendida también como la cultura del cuerpo.

Con todo, los procedimientos médicos, trasplantes, correcciones ortopédicas o cirugías plásticas, no parece que puedan transformar personas en máquinas y tampoco máquinas en personas. Conuerdo con Gois (1998), que discute si máquinas pueden transformarse en personas y apunta que las emociones son los desafíos tecnológicos más estudiados actualmente. Por otro lado, hay estudios como el de George Rey (1980) que afirma que solo los estadios físicos de la mente pueden definir estadios emocionales y, por lo tanto, el computacionalismo puede suplirlos con el tiempo. Pero, esta visión funcionalista de las emociones, actualmente sigue siendo muy discutida, hasta por aspectos de ética en investigaciones, que es el bloqueo para la aparición de estas máquinas pensantes.

Para finalizar, ya que las máquinas también pueden emocionarse, no creo que ellas hagan los mismos procesos cognitivos internos del hombre y generen la imprevisibilidad humana personal de cada uno sino que apenas tendrán emociones iguales. Por otro lado, supongo que metafóricamente las personas suelen equipararse a máquinas de pensar, de trabajar, de amar. Sin embargo, al apropiarse de un cuerpo modificado por cirugías plásticas y cambiar de identidad, no imagino que las personas sean capaces de cambiar de personalidad y que dejen de tener sentimientos, sueños y emociones para transformarse en máquinas o cyborgs, solo quizá, en “monstruos” emocionales con sentimientos horripilantes.

3.5 ¿QUÉ ES LA BELLEZA?

“Sócrates: Recientemente, alguien me llevó a una situación apurada en una conversación, al censurar yo unas cosas por feas y alabar otras por bellas, haciéndome esta pregunta de un modo insolente: ¿De dónde sabes tú, Sócrates, qué cosas son bellas y qué otras son feas?” (Sobre la dificultad de definir lo feo y lo bello, Platón siglos V-IV a.C., *Hípias Mayor*, 286-289, citado por Eco, 2007, p. 33).

La palabra belleza parece muy simple por su constante utilización en la sociedad. Todavía, desde hace tiempo se ha utilizado en cuestiones filosóficas muy reflexivas, principalmente en los discursos de Sócrates y Platón²⁰. Por englobar tanto características filosóficas como sociales, psicológicas y antropológicas, hasta hoy, hay una dificultad en describirlas de manera precisa. En la mayoría de sus definiciones la belleza se ve de una forma filosófica. Por lo tanto, este apartado tratará la belleza haciendo un breve recorrido histórico desde la antigüedad hasta el día de hoy.

Al hablar de belleza, no pudimos dejar de citar el mundo griego, que tuvo gran influencia en los modelos de belleza y perfección en la antigüedad con cuestiones filosóficas y artísticas. Fue considerada la civilización de lo bello, pues su cultura y su arte configuraban el llamado ideal clásico de belleza. Las Estatuas de mármol idealizaban la perfección, como por ejemplo, las famosas estatuas de Afrodita y Apolo. La palabra *Kalokagathía*, esto es, bello y bueno, eran su ideal de la perfección (Eco, 2010, p. 39). Asimismo, para ser perfecto para los griegos era necesario más que ser apenas bello, también era necesario asociar la

20 Discípulo de Sócrates, P. D. A. Esbozo histórico de la filosofía. Disponible en: <http://www.icergua.org/latam/pdf/09-primersemestre/09-02-2-ff1/doc4.pdf>.

bondad del alma con lo bello. Es decir, el hombre era idealizado como el centro del universo con desarrollo físico y espiritual en armonía (Dávila, 2005).

Desde entonces, la mayor atención del siglo V a.C. se prestó al cuidado del cuerpo. Los modelos de belleza griegos no toleraban ni la grasa, ni los senos voluminosos. Así como en Roma, también hombres y mujeres utilizaban cosméticos, se maquillaban, peinaban y depilaban, para sentirse más bellos. Sin embargo, hubo un incendio en la Biblioteca Mayor de Alejandría en el que se quemaron las principales ideas de belleza de los griegos. Según algunos historiadores, más de cuarenta mil rollos de la biblioteca se perdieron para siempre en el incendio causado por la táctica militar cesariana (Elía, 2013).

Por otro lado, los filósofos Aristóteles y Platón fueron los que más reflexionaron acerca del tema. Para Platón, la belleza estaba en la materia, pero que esta debía entenderse como idea y no como imitación de la forma sensible de los objetos de la naturaleza (Werle, 2011). Platón (2001), en “La República”, consideraba que lo feo era la falta de armonía y lo contrario de la bondad del espíritu. Ya Aristóteles confirmaba, en “La Poética”, un principio que sería universalmente aceptado a lo largo de los siglos, que se puede imitar bellamente las cosas feas²¹.

En la antigüedad las relaciones entre virtud, conocimiento, bien, mal, verdad y belleza eran ampliamente conocidas. Para Sócrates y Platón, la ignorancia era el motivo para que el hombre no fuese virtuoso, o sea, el malo era el ignorante. Por lo tanto, la virtud era un aprendizaje que permitía distinguir lo que es bello, bueno o artístico. Además, Platón entendía que la belleza era manifestación del bien, esto es, el punto más alto del ser. El bien correspondía a lo que representa el Sol para los elementos del mundo sensible y elabora una trilogía indisoluble: justicia, bien y belleza (Zanette, 2007; Abbagano, 1996). Así, la

21 Gusso, J. A.. (2010). de Platão, S. “A serviço do Deus”: o julgamento de Sócrates de Atenas (399. Universidade Tuiuti do Paraná Disponible en:http://www.utp.br/historia/Tcc/Revista4_historia/PDFS/Jessica.pdf

educación conducía a actuar bien y a sentir placer ante los objetos realmente bellos (Vega, 2002, p.64).

Otra civilización fundamental en el entendimiento de la belleza fueron los egipcios, que a través de la arquitectura descubrieron las proporciones divinas buscando medidas exactas para dividir la tierra (Dávila, 2005). En el siglo IV a.C., Policleto hizo una estatua llamada Canon, en la que se percibían todas las reglas para una proporción ideal (Eco, 2010). Estas medidas inspiraron a Marco Vitruvio Polión que escribió libros sobre arquitectura greco-romana y decía que la simetría consiste en el acuerdo de medidas de los elementos de la obra con el conjunto, los cánones (Rodríguez, 1997). Pero, Vitruvio fue famoso por establecer una afinidad entre el hombre y las figuras geométricas, al descubrir que el hombre de pie con los brazos extendidos puede inscribirse en un cuadrado y si separa las piernas, puede inscribirse dentro de un círculo, que tiene como el centro el ombligo (Dávila, 2005, p. 120).

No obstante, la belleza en la Edad Media fue un poco olvidada en consecuencia de guerras y epidemias. Pero, a partir del Renacimiento fue donde las concepciones de belleza ganaron más fuerza. Los grandes pensadores y las sensibilidades de los artistas por la cultura en general provocan nuevas propuestas de moda y belleza. Leonardo da Vinci, mayor exponente del Renacimiento italiano, inspirado en los estudios hechos por Vitruvio, dibujó “El hombre vitruviano”, que se convirtió en el símbolo del pensamiento renacentista, pues el hombre estaba como medida de todas las cosas, la belleza ajustada a cánones, equilibrio y proporción. Además, Leonardo hizo otros grabados analizando también sus proporciones del cuerpo y de la cara, partiendo de las proporciones divinas.

Con todo, en el siglo XVIII, período de grandes transformaciones, las concepciones de la belleza ganaron nuevas interpretaciones. Fue un periodo de la razón, de la naturaleza, de la sensibilidad, oscuridad, placer, gustos, de la filosofía y del intelecto (Franzini, 2000). Las

ideas de belleza, antes vistas de una manera más filosófica, ahora cambiaron por el nacimiento de la estética. El término “estética” comienza a ser utilizado por primera vez por Alexander Baumgarten en 1750, quien tomó la palabra griega *aisthesis*, que significa “sentido” y definió la belleza como la percepción de la sabiduría que se adquiriera a través de los sentidos, y consecuentemente, la estética como la ciencia del conocimiento sensitivo. Pero, Baumgarten la consideró una forma confusa e inferior del pensamiento, y es Kant quien reclamó el estatus de estética como ética, lógica o razón (Baumgarten, 1999).

Otra forma de entender lo bello es haciendo una dialéctica con lo feo, así como preguntaron a Sócrates visto en el inicio de este tópico. ¿Qué hace una persona o cosa bella y otra fea? Eco (2007), cuenta de forma interesante cómo a lo largo de los siglos los filósofos y artistas buscaron la definición de lo bello a través de ideas estéticas, pero olvidaron la definición de lo feo. Lo feo, generalmente, se define como una antítesis de lo bello, por lo tanto, se relaciona con la historia de la belleza tanto a proporciones y armonías como a criterios políticos y sociales.

Según García (2010), el siglo XIX estuvo marcado por el ideal de feminidad y belleza que eran el centro de las motivaciones. Ya en el siglo XX, los años 60 estuvieron marcados por la revolución feminista que trajo debates acerca del cuerpo femenino. Era un periodo dominado por la mujer objeto, concursos de belleza, cosméticos y la belleza ideal. Hubo la famosa quema de sostén en el Cementerio de Arlington al final de los años 60 que marcó la revolución feminista (Butler, 1999; Bordo, 1997).

En las sociedades modernas, la inquietud por la belleza de los cuerpos trata más que el físico, también la propia existencia ya que tiene la posibilidad de construirse a la medida de sus deseos. O sea, objetivan cuerpos perfectos, bellos y saludables resultando fundamentales en la existencia del sujeto. Todos estos períodos, explicitados anteriormente, fueron de

grandes acontecimientos que marcaron los sucesivos cambios estéticos y la concepción de cuerpo. Sus formas de tratamiento también han cambiado y las cirugías plásticas llegaron a ser cada vez más comunes. La aplicación de conceptos de proporcionalidad en las operaciones quirúrgicas tienen el propósito de conseguir una armonía estética, pues ponen en relación la medicina y el arte (Dávila, 2005).

Para finalizar, así como los conceptos de cultura y civilización han evolucionado con los siglos, los de belleza lo han hecho de igual forma. Por lo tanto, no hay una verdad absoluta, tampoco hay una belleza definitiva para todos. Entonces, para cada época y pueblo este concepto ha significado cosas muy diferentes. Además, los ideales de belleza también tienen un carácter clasista, pues vanean de acuerdo con la posición social que hará posible un desarrollo cultural o incapacitará el acceso, como Bourdieu (2007) ya decía. Además, cada cultura tiene ciertos patrones estéticos que los defiende y los transmite tanto por los medios masivos de comunicación como por las generaciones. Por fin, considero que cada persona debe saber que tiene su belleza, y saber apreciar las diferencias y otras formas de bello, es como estar libre de juicios sociales.

3.6 ¿QUÉ ES LA SALUD?

La primera definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS)²² hizo acerca de la salud la conceptuaba como la ausencia de enfermedad o invalidez. Sin embargo, este juicio sonaba demasiado simplista, tiendo progresado con aspectos más globales a lo largo del tiempo. En 1964 su definición pasó a ser “la situación del perfecto bienestar físico, mental y social”. Con todo, esta contextualización sufrió diversas críticas, pues algunos autores

²² Disponible en: <http://www.who.int/about/es/>

consideran que el concepto de la “perfección” de estos estados un tanto utópico y difícil de mensurar. Por ejemplo, Segre & Ferraz (1997), piensan que para considerar el estado de perfección sería necesario legitimarlo a través de un significado semántico dentro de los valores y creencias individuales. En este sentido, las cirugías plásticas cumplen un papel fundamental en las sociedades modernas, pues su intervención en la apariencia del cuerpo “físico” puede auxiliar en una sensación de bienestar psicológico y, consecuentemente, repercute en las relaciones sociales.

La principal contribución de las cirugías plásticas se refiere a la salud mental. Los aspectos psicológicos envueltos en la aceptación de un cuerpo o en la búsqueda por modificarlo, suelen tener un carácter emocional. Diversos trastornos psicológicos son originados por distorsiones de la imagen corporal, como el TDC, la anorexia y la bulimia ya citados en esta investigación. Ellos están repletos de significados sociales que transfieren para el cuerpo marcas de una inestabilidad emocional. La mente cumple un papel fundamental en las implicaciones sociales, pues la relación con el otro depende de una comunicación que una debilidad emocional suele perjudicar.

De ese sentido, los cirujanos plásticos trabajan no solo con los resultados corporales quirúrgicos, sino también con la psicología envuelta delante de un defecto físico, una malformación congénita, adquirida, o simplemente una desproporción generada por el envejecimiento. Estos aspectos reflejan en los conceptos de salud, pues van contra la perfección objetivada por la OMS, es decir, la insatisfacción corporal puede ser una señal de que la salud no está completa. Además, esta insatisfacción genera una sensación de no aceptación y menor participación en la sociedad.

Por otro lado, es importante destacar que los tratamientos postoperatorios son cuidados en salud fundamentales para la recuperación completa del paciente. Una piel

después de una liposucción que esté llena de fibrosis, no está con su normal funcionalidad. Y si solamente la perfección es la salud completa, estas complicaciones postoperatorias requieren cuidados con tratamientos para obtención del equilibrio ansiado.

Otro aspecto importante de destacar es la falsa impresión de salud que un cuerpo bonito puede transmitir para la sociedad. Una persona delgada, pero que tiene un histórico familiar característico o malos hábitos de vida, como alimentación inadecuada y falta de ejercicios, puede no presentar una salud perfecta con alteraciones en los niveles de colesterol, diabetes y hasta alguno cáncer no diagnosticado. Por otro lado, una persona con sobrepeso puede presentar su salud perfecta. Es decir, las apariencias físicas no son parámetros confiables de salud y mirar solamente para esto es falta de consciencia en salud.

Además, la apariencia física puede repercutir en la vida profesional, pues un cuerpo bonito y “sano” generalmente es sinónimo de más energía para competir en el ambiente de trabajo. Así, muchas personas son influenciadas a realizar cirugías plásticas, pues piensan que esto abrirá puertas en sus empleos. La primera impresión podrá ser buena, pero si no hay otras calidades indispensables la persona no será reconocida en su área. El mismo, sirve para las relaciones amorosas.

Por lo tanto, las cuestiones de salud aún son imprecisas, pues detectar la falta de equilibrio biopsicosocial es una tarea que, algunas veces, es difícil de realizar. Además, para que un psicólogo o psiquiatra pueda diagnosticar un caso de alteración en la salud psicológica es preciso que el paciente busque algún tratamiento y, muchas veces, los pacientes no llegan en los consultorios. Estudios fueron hechos para la inserción de la psicología en los sistemas de salud pública, llamado Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, facilitando la detección de problemas psicológicos de la población (Seidl & Costa Júnior, 2012). Con todo, parece que los desequilibrios físicos son más fáciles de detectaren, mismo que puedan tener un fondo

emocional. Ya los aspectos sociales son subjetivos, pues estar en un buen empleo, lleno de amigos y casado no es sinónimo de éxito social, pues no significa que la persona esté feliz y satisfecha. Entonces, si falta este bienestar, falta la salud perfecta.

En resumen, la definición de salud, a pesar de amplia, no representa la totalidad de la dimensión humana. Los aspectos de salud no son solamente la falta de enfermedad, son más allá de las sensaciones de bienestar psicológico, físico y social. O sea, tienen un carácter subjetivo esencial. Esta subjetividad está relacionada con el equilibrio mente-cuerpo que simplemente se completa con un estado de felicidad y de contentamiento. Con todo, desde 1983 en la Asamblea Mundial de la salud, se intenta, sin suceso, ampliar el término de salud a una dimensión espiritual. Esta cuestión viene siendo discutida en estudios sobre la calidad de vida y sus repercusiones en la salud (Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007). Sin embargo, estos estados espirituales o de calidad de vida son tan imprecisos cuanto los citados por la OMS, por lo tanto, la salud debería ser vista como una cuestión de carácter individual, o sea, la persona debería ser responsable por definirse sana o no.

3.7 CUERPO EN LA SOCIEDAD DE CONSUMO

El consumo es algo común en las sociedades modernas fácilmente vislumbrado por cuestiones económicas y culturales. La industrialización propició un cambio del proceso de producción para el consumismo, generando las desigualdades sobre quien puede comprar. La apropiación de las cosas pasó a ser algo que concibe placer inmediato incentivado por el capitalismo para mantener el movimiento económico. Además, con la idea ilusoria creada de “libertad”, el cuerpo también se ha transformado en objeto de consumo, pues es posible modificarlo, moldearlo y controlarlo de acuerdo con los objetivos individuales. De ese modo,

la busca de una mejor apariencia es atribuida al consumo de tratamientos estéticos, frecuentar gimnasios y salones de belleza y hacer cirugías plásticas. Esto porque hoy en día, llega a ser prerequisite una buena apariencia para ser una persona de éxito y el descuido corporal es sinónimo de descaso, fracaso y pereza.

Para entender las sociedades de consumo se hizo una breve contextualización del capitalismo utilizando el libro de Richard Sennet, “La corrosión del carácter”, que hace una reflexión de manera simple acerca de esta evolución de la industrialización en las sociedades modernas. Cita grandes nombres como: Diderot (creía en la rutina del trabajo); Adam Smith (padre del capitalismo, introdujo la división del trabajo y, la especialización); Marx (teorías de los males de la rutina y de la división de trabajo); Taylor (el trabajador controla la producción, el ingeniero controla al empresario, taylorismo); Weber (definía la jaula de hierro, o sea, la disciplina militar como forma de éxito) y Ulrich Beck (la modernidad avanza con los riesgos). En resumen, para Sennet, en los modelos liberales y neoliberales de las sociedades modernas de consumo, tienden a igualarse, pues la necesidad económica impulsa muchas posibilidades, dejando para el individuo un esfuerzo para mantener su carácter y equilibrarse con el constante desequilibrio del mercado (Sennet, 2005).

Es decir, para él el capitalismo flexible ha transformado las cosas a corto plazo, o sea, las relaciones se tornan débiles y ya no existe la certeza del futuro provocando una crisis emocional de carácter. Esta incertidumbre hace que las personas busquen placeres inmediatos como el consumo para olvidarse de los problemas diarios. Unos de estos consumos son las cirugías plásticas que modifican los cuerpos para un placer momentáneo en frente a una sociedad que cobra patrones de comportamiento.

En este sentido, Bordo (2001) considera los tratamientos estéticos como un artefacto de consumo individual capitalista o como la feminización de la cultura por la modernidad, y

también como algo fundamental en las relaciones de dominación y subordinación. Ya Lipovetsky (1999), en “La tercera mujer”, también habla de la subordinación que aún existe de la mujer incluso después del liberalismo femenino, y crea la tercera mujer que sería la mujer capaz de hacer su propio destino de acuerdo con sus ideales internos sin influencias sociales. Esta “libertad” creada por Lipovetsky sirve no solo para las mujeres, sino también para el género masculino.

Por lo tanto, las sociedades poseen características de autoridad sobre los individuos que las deben respetar, pues de ella proviene la educación que introducen valores y reglas que orientan sus comportamientos en sus relaciones con el mundo (Rodríguez, 1979). O sea, las sociedades dictan normas que se transforman en valores culturales de consumo, algunas veces inconscientes, como por ejemplo, en los regalos incentivados por las fechas festivas o modificar un cuerpo para utilizar un bikini como Ellias (1993) apuntaba. Es decir, a pesar de la “libertad” obtenida con la democratización, somos “inconscientemente” presionados por la sociedad.

De esa manera, consumir pasó a ser una rutina social impulsada, pero saber comprar de forma equilibrada a través de una ética de consumo puede ser una ayuda para disminuir las desigualdades sociales. De acuerdo con Cortina (2002), el consumo ético proporciona a las personas una vida buena, más preocupada con la calidad que con la cantidad de productos consumidos que son asociados con el “bienestar de tener”. Además, es importante observar la agresión al medio ambiente que las sociedades de consumo hacen con su desarrollo industrial, expansión urbana y la modernización agrícola (Huertos, 1997). El consumo ético también debe englobar a la industria cosmética, pues ha agredido a los animales para pruebas de productos.

Por lo tanto, conocer la historia de las sociedades de consumo nos hace reflexionar no solo sobre los cambios económicos mundiales, sino que también nos hace percibir los cambios culturales que transforman el consumo. Es decir, entender qué una sociedad consume, es comprender sus costumbres, creencias y formas de vida tan importantes en la antropología. Con todo, en la cultura del cuerpo de las sociedades de consumo no todos principios de igualdad social se cumplen, incluso en las cirugías plásticas. Esto sucede porque es una especialidad a la cual ni todos tienen acceso, generalmente, son personas con una mejor situación financiera, el cual expone la desigualdad existente hasta en los cuerpos. Por otro lado, hoy estos procedimientos están más accesibles para las clases menos aventajadas, pues hay facilidades de financiamientos, especialmente en Brasil, donde algunos médicos permiten la realización de los pagos hasta en 24 meses.



Figura 10: Jornal enseñando una propaganda de cirugías plásticas.

3.8 LA INFLUENCIA DE LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN

La gran velocidad del avance de los medios de comunicación tiene una intrigante dualidad entre lo bueno y lo malo. Lo bueno es que la información está más accesible a las personas, pues hoy en día, es posible conocer un mundo de culturas a través de los equipamientos electrónicos de comunicación. Por otro lado, lo malo es que las informaciones

que llegan no siempre son verdaderas, algunas las veces enmascaran algún interés o son falsas.

Partiendo de esto presupuesto, los medios masivos de comunicación tienen el poder de transformar los mensajes, incluso en la manera de responsabilizar el cuerpo y verlos como objeto de consumo. ¿Quién nunca ha visto modelos de belleza con cuerpos delgados y rostros cada vez más jóvenes en revistas, anuncios o en la televisión? El cuerpo bello es uno de los requisitos que la sociedad impone para que el individuo se considere plenamente integrado, incentivando esta búsqueda.

En este sentido, las revistas, películas, televisión e internet exaltan la belleza como algo esencial para una vida exitosa tanto en el ámbito profesional como en el personal. Pero, esta búsqueda por la belleza no es solo de ahora por el avance de los medios de comunicación, pues desde la antigüedad las mujeres utilizaban afeites y otros ungüentos a fin de ofrecer una imagen agraciada y de enmascarar determinados defectos (Lipovetsky, 1999). Con todo, se observa que el cambio de comportamiento camina junto con la evolución social.

A partir de la democratización de las sociedades el acceso a la información ha transformado los deseos y modelos corporales de belleza. De esa manera, la publicidad puede producir un deseo de consumo donde la apariencia transforma los individuos en consumidores siempre insatisfechos (Goldenberg y Ramos, 2007, p.32). Esta insatisfacción corporal puede también ser resultado de una inestabilidad emocional pudiendo provocar un desequilibrio de la identidad, pues hay una dificultad de encuadrarse en los modelos presentados. Además, la velocidad de las informaciones también hace que los tipos de modificaciones corporales se transformen, de acuerdo con la moda de la sociedad transmitida por los medios de comunicación.

En esta línea de pensamiento, Pérez (1999) subraya que los estudios antropológicos acerca de los medios de comunicación proporcionan espacio para la imaginación y para la construcción de identidades. Es decir, las fuerzas de las representaciones simbólicas presentadas son elementos culturales que suelen transformar identidades, pudiendo ser a través de cirugías plásticas que también transforman los cuerpos. Para el autor, los medios de comunicación también pueden manipular las masas a través de la generación de imágenes y mensajes que repercuten en la cultura siendo necesaria extrema atención en las informaciones proyectadas. Por lo tanto, resalta que los antropólogos, además de su sensibilidad simbólica, deben utilizar de los medios de comunicación para estudiar los contenidos de los mensajes transmitidos para el colectivo, y así, conocer las tendencias políticas, económicas y sociales. O sea, conociendo las informaciones transmitidas y los modos de entretenimiento, el antropólogo puede visualizar las expresiones de la cultura o subcultura intrínsecas de una sociedad, incluso a través de sus estilos y modelos corporales de belleza.

Aún en el sentido de los modelos de belleza, los medios de comunicación comúnmente presentan imágenes de un cuerpo delgado y blanco. En respuesta, muchas técnicas de blanqueamiento de piel se venden como símbolos estéticos durante años. Además, las dietas, ejercicios y las cirugías plásticas son las alternativas más procuradas por hombres y mujeres para obtener un cuerpo delgado y escultural, tal cual es proyectado en los medios de comunicación.

Para Pérez-Henao (2004, p.7) es obvio decir que hoy existe una próspera industria que gira primordialmente alrededor del cuerpo, pero más que del cuerpo como tal, en torno al ideal estético corporal instaurado por los medios de comunicación en el imaginario colectivo. Es decir, la industria proyecta el cuerpo de manera agresiva a través de los medios de comunicación, que ofrecen mensajes continuos de ideales de belleza corporales. Entonces, las

personas se motivan por patrones estéticos sociales y suelen someterse a tratamientos estéticos como las cirugías plásticas.

Por lo tanto, considerando la fuerza que los medios de comunicación tienen en la vida diaria de las personas, es importante seleccionar qué tipo de lectura merece la atención y también incentivar noticias que traigan informaciones culturales provechosas para todos los públicos (Saiz et al., 2014). Ya que en las sociedades modernas apenas algunas noticias parecen interesantes, los asuntos de prevención en salud no siempre llaman la atención, además, con las crisis y las diversas manifestaciones actuales. Pensando en esta cuestión, un estudio trató sobre la divulgación de la información en salud donde se concluyó que este sector carece de una perspectiva educativa, con especialización profesional asociada a un trabajo en conjunto entre médicos y periodistas para que las informaciones lleguen de manera correcta (Saiz et al., 2014). Con todo, las noticias de sanidad y prevención, muchas veces, son divulgadas con errores o modificaciones por algún interés, que en vez de esclarecer a la población, la confunden.

3.9 LA HISTORIA DE LA MEDICINA HACIA LAS CIRUGÍAS PLÁSTICAS

“La cirugía es el movimiento incesante de manos firmes y experimentadas”.

(Galenus, *Definitiones medicae* XXXV citado por Agudelo, 2009)

La medicina es una de las profesiones más antiguas del mundo. Desde el origen de la humanidad, el hombre ha sufrido enfermedades y ha tenido que preocuparse por su salud para sobrevivir y hacer frente a las dificultades. Las formas rudimentarias de los primeros tratamientos se basaban en experiencias transmitidas de una generación a otra. No había formaciones específicas, era preciso ser un discípulo o aprendiz para aprender el arte de curar.

Los tratamientos más antiguos eran basados en medicamentos preparados con hierbas y productos naturales, pero con la evolución de la medicina, hoy se utiliza diversas tecnologías y tratamientos avanzados para la cura de enfermedades. Las nomenclaturas de los médicos también cambiaron con el paso del tiempo, fueron barberos, curanderos, siervos curanderos, entre otras.

Para hablar de medicina, hay que hacer referencia al padre de la medicina, Hipócrates (460-370 a.C.) que nació en la isla de Kós. Fue autor del primer tratado científico de la humanidad, “Corpus hippocraticum”, escrito por él y sus discípulos. El padre de Hipócrates también era médico, dejando algo raro en la historia, ¿Cómo el padre de la medicina tenía un padre médico? Esto se justifica porque la medicina antes de Hipócrates se transmitía a través de las generaciones familiares y poseía también connotaciones mitológicas. De acuerdo con la mitología, el arte de curar era atribuido a los dioses Apolo, Artemisa, Diana, Asclepio, Quirón, Aquiles, Teseo, Jasón y otros expertos en la cura (Patiño, 2008). Entre tanto, además de los importantes tratados de medicina, Hipócrates hizo un juramento que hasta hoy es recordado en discusiones bioéticas en temas polémicos como aborto, eutanasia, trasplantes y estudios científicos (De Sousa, 2011). Por lo tanto, veremos una parte del famoso juramento hipocrático de 1987:

“Juro por Apolo médico, Higia y Panacea, y por todos los dioses y diosas (...): instruiré con preceptos, con lecciones orales y con los demás medios de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro y a los demás discípulos que se me unan por convenio y juramento, conforme está determinado en la ley médica, y a nadie más. Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa, según mis facultades y mi entender (...) A nadie daré veneno, y si

alguno me propone semejante cosa, no tomaré en consideración la iniciativa de tal sugestión. Igualmente me abstendré de aplicar pesarios abortivos. (...) No haré la operación de la talla (...) En cualquier casa que yo entre, lo haré para utilidad de los enfermos, me abstendré de toda falta voluntaria y de toda acción injuriosa, corruptora o de seducción. (...) Cualquiera cosa que yo vea; diga o entienda en la sociedad, sea en el ejercicio de mi profesión o fuera de él, si es conveniente que no se divulgue, la guardaré en secreto con el mayor cuidado (...).” (Hipócrates, citado por De Sousa, 2011)

Este juramento demuestra la influencia de los dioses de la época, la transmisión de conocimientos de generación para generación, cuestiones de aborto, el respeto, ética y sigilo representando una imagen virtuosa merecedora de confianza. Resumiendo, Hipócrates creó el primer sistema médico, definió su papel y se transformó en el mayor ícono de la historia médica, pues la trataba no sólo del método, sino también del marco ético, científico y filosófico. Además, según Patiño (2008), Hipócrates fue más que el padre de la medicina, también fue el padre de las cirugías, pues en su obra “Corpus hippocraticum”, aparecen tratados quirúrgicos sobresalientes para su época. Por otro lado, algunas civilizaciones no apreciaban la medicina Hipócrates, pues creían en la cura a través de lo místico, de la magia, del culto a las divinidades y de las creencias en milagros. También en este sentido, para los cristianos, la fe era una de las principales curas de los males del alma.

Otro hecho importante de destacar, es que los griegos tuvieron una gran influencia en los diagnósticos, pronósticos, prescripciones de tratamientos y manuales médicos. En el siglo I, la obra *De materia médica* escrita por Dioscórides, fue una importante fuente de información sobre drogas medicinales hasta el siglo XVIII. Con todo, se piensa que

Dioscórides basó sus textos en Theophrastus (371-287 a.C.) que fue sucesor de la Escuela de Hipócrates. (De Sousa, 2011).

Por otro lado, antes de Hipócrates ya se habían encontrado algunos escritos medicina. Se supone que algunos de los primeros escritos encontrados eran del papiro de Ebers (3.500 a.C.), donde ya se describían fórmulas cosméticas de cremas, perfumes, baños, sustancias exfoliantes utilizadas por las reinas y trasplantes con prótesis. Otra publicación antigua viene de la civilización egipcia cuando el papiro de Edwin Smith (2600-2200 a. C.) detalló conocimientos de medicina a través de intervenciones quirúrgicas, tratamientos de lesiones traumáticas y fracturas faciales, sobre todo de nariz. Estos documentos se consideran la evidencia más antigua de lesión medular encontrada, y también, se sugiere que contenía las primeras correcciones estéticas escritas de la humanidad (Rodríguez & González, 2007). Con todo, en aquella época no había anestésicos y los procedimientos eran muy arriesgados y podrían causar la muerte. Además, los antisépticos y la esterilización de los procedimientos quirúrgicos solo se descubrieron a finales del siglo diecinueve, antes de esto, las cirugías se realizaban con extrema cautela para que no hubiera infecciones y su éxito debería ser muy reconocido.

Egipto también tuvo importancia dentro de las cirugías plásticas. En esta civilización, la belleza se conocía por la mítica hermosura de las reinas Nefertiti y Cleopatra y por la manera en que embalsamaban a sus faraones (Rodríguez y González, 2007). Por ejemplo, la reina egipcia Nefertiti, además de su fuerte personalidad, según Máspero (2004)²³ era considerada la poseedora del perfil más bello de la historia. Ella era obsesionada con su

23 El francés Sir. Gaston Camille Charles Maspero, profesor de egiptología, filología y arqueología en *la École des Hautes Études* y en el *Collège de la France*, escribió muchas crónicas al respecto de Egipto al final del siglo XIX, incluso sobre Nefertiti.

apariciencia y siempre se cuidaba con cremas y afeites, muchas veces, elaborados por ella misma.

De acuerdo con Bravo (1996, p.22), “en el busto que se conserva ella, se advierte un auténtico cuello de cisne, una nariz de rara armonía y una boca de labios carnosos, perfectamente dibujados”. Pasado un tiempo, se descubrió que su nariz fue una de las primeras cirugías plásticas de la historia y que en su rostro, para mantener la piel siempre hermosa, utilizaba cintas adhesivas que tensionaban la piel por el cuero cabelludo para levantar las expresiones y dar un aspecto rejuvenecedor, como un lifting facial de hoy. Cleopatra también reunió secretos sobre el cuidado de su belleza, utilizaba mascarillas, maquillaje y hacía baños de leche. Otro personaje importante es Hammes, quien también realizó una cirugía plástica en la nariz.

Otra civilización que tuvo importancia en las cirugías plásticas fue la India que, a pesar de toda su religiosidad y magia, nunca ha dejado de mostrar avances en el campo de la medicina. Con todo, diferente de la occidental, nunca han faltado anestésicos y sustancias para volver a consciencia. Para esto, utilizaban la herbolaria, la más conocida era la sammohini, que dejaba el paciente insensible. Además, en India también se crearon hospitales para personas y para animales y también se escribió uno de los principales tratados de medicina llamado “*Charaka Samjitá y el Susruta Samjita*”. Estos tratados describían la cesárea, la cirugía plástica, la operación de catarata, entre otros (Rosado, 2003). Otro hecho relevante es que como los hindús utilizaban como forma de castigos o penalidades las mutilaciones nasales, las cirugías de nariz o rinoplastias fueron las primeras a desarrollarse para arreglar los rostros mutilados.

Otras civilizaciones como la China y los mesopotámicos también contribuyeron en la medicina. Como por ejemplo, el compendio médico chino conocido como Neiching o Canon

de la Medicina (2600 a.C.). Por otro lado, la prohibición de Confucio, sociólogo y político chino, de no diseccionar cadáveres retrasó el desarrollo de conocimientos médicos anatómicos hasta el siglo XVIII (Agudelo, 2009). Además, China se tornó famosa por sus reconstrucciones de los labios leporinos o fisura labio-palatina aproximando la fenda palatina, la llamada hoy de queiloplastia, desde 390 a.C. (Raposo-do-Amaral, 2010). La Mesopotamia también tuvo su contribución en la historia de la medicina con el Código Hammurabi (1700 a.C.), el código de leyes más antiguo de la humanidad, pues describía el castigo para los médicos que matasen o cegasen sus pacientes.

Roma también merece destaque por el famoso médico Aulo Cornelio Celso, que escribió el tratado "*De re médica libri octo*" que contenía descripciones de técnicas quirúrgicas, instrumentos, y trata por primera vez de ligaduras, hemorragias y reconstrucciones de nariz. Sin embargo, el médico romano más conocido fue Claudio Galeno que, a pesar de sus errores anatómicos y fisiológicos, tuvo gran influencia hasta el siglo XVI. Asimismo, sus errores se justifican porque no se podía conocer el cuerpo humano por dentro. Como era un periodo de creencias, las disecciones y los estudios de cadáveres estaban prohibidos, o sea, se veían como obras del demonio y los hombres que intentaban estudiar eran considerados herejes. Asimismo, Galeno tuvo grandes contribuciones en la medicina como cirujano y traumatólogo, siendo su nombre asociado a la palabra médico. Además, existe una doctrina que se llama galenismo la cual transformó la patología humoral en una teoría racional y sistemática, pues abordaba las enfermedades con las visiones de médico, de filósofo natural y de metafísico (Ballester, 2000).

De Sousa (2011) cuenta cómo fue la evolución de la medicina en la Edad Media. Según él, con la implementación del cristianismo las funciones de los médicos eran realizadas por siervos curanderos. Puesto que había muchas divergencias, se creó la orden de

los diáconos quienes también trataban a los enfermos. Entretanto, en esta época había una dificultad de especializarse como médico, pues los conocimientos generalmente eran transmitidos de generación en generación, como un aprendiz o enseñados en las pocas escuelas de medicina. Con todo, para estudiar en estas escuelas era necesario pertenecer a alguna clase social aventajada o ser de la religión impuesta. Una la película que aborda la medicina en el siglo XI es la, *Der Medicus*²⁴. Muestra las dificultades de un joven inglés huérfano para formarse como médico en una de las pocas escuelas en Persia. El personaje principal tuvo su primer contacto con la medicina a través de los baberos, “médicos” no formados que hacían algunas intervenciones simples, pero él quería más, quería realmente estudiar en una escuela de medicina.

Con todo, fue en el Renacimiento, con las nuevas ideas de mundo, cuando la medicina tomó una nueva forma. Leonardo da Vinci²⁵ y Andrés Vesalio fueron unos de los grandes transformadores de los pensamientos de esta época. Vesalio, por ser un gran disecador de cadáveres, criticó a Galeno y escribió el libro “*De humani corporis fabrica libri septem*” con ilustraciones del cuerpo humano, tratando el esqueleto como sustentador de la “fábrica” o del “edificio” que era el cuerpo. Hay que citar también al Ambrosio Paré, francés considerado el padre de la cirugía moderna y al suizo Teofrasto Bombasto, conocido por Paracelso, reflexionó sobre los problemas éticos de la medicina, famoso por sus proverbios “la medicina es amor”, es el “arte de curar” (Agudelo, 2009). Con relación a las cirugías plásticas, en el periodo del Renacimiento, debido a la proliferación de la sífilis y de la lepra, muchas personas tuvieron como secuelas sus rostros deformados, por lo que fue un periodo

24 El médico, dirigido por Philipp Stölzl. [Hofmann, N., Schwarz, U., Bauer, W., Schürhoff, D., Abounouom, A., Mojto, J. (Prods.), & Stölzl, P. (Dir.). (2013). *Der Medicus (The Physician)*. [Película –video]. Alemania: UFA Cinema, ARD Degeto Film, & Beta Cinema.]

25 itado en esta investigación en ¿Qué es belleza?

propicio para el avance de las cirugías plásticas faciales con el objetivo de corregir dichas deformaciones (Rodríguez & González, 2007).

Con todo, fue en el siglo XIX cuando las cirugías plásticas tuvieron una importante evolución con nuevos experimentos en la microbiología y en la asepsia. Además, en este período diversos cirujanos hicieron descubrimientos como la primera plastia en Z, el primer injerto total de piel y los colgajos para correcciones (Rodríguez & González, 2007). También avanzaron en el siglo XX, pues eran alternativas para reconstrucciones corporales generadas en los periodos de guerra. Los trabajos del Sr. Harold Gillies describían técnicas faciales importantes (Raposo-do-Amaral, 2010). Con todo, la edad de oro de las cirugías plásticas empezó en las décadas de los 60 y continúan de manera creciente hasta los días de hoy, con el desarrollo de nuevas técnicas y avances de la medicina.

3.10 "ETNOCIRUGÍA" – ¿Vanidad, racismo o subordinación?

Según García (2010, p. 39), las etnocirugías son cirugías cosméticas que se practican en pacientes de diferentes etnias dirigidas para corregir los rasgos faciales o corporales, con el objetivo de seguir el modelo de belleza estereotipado por la globalización. También se conocen como cirugías étnicas, y están teniendo un gran auge en los últimos tiempos²⁶. Uno de los artistas más famosos por la realización de cirugías para amenizar los rasgos étnicos fue Michael Jackson. Sus innumerables operaciones de nariz acabaron casi por deformarlo. Además, como él tenía una enfermedad llamada vitíligo²⁷ que lo dejaba con manchas en la

²⁶ Noticia de El País disponible en: http://elpais.com/diario/2008/08/04/sociedad/1217800806_850215.html

²⁷ El vitíligo es una enfermedad de la piel que causa manchas blancas en distintas partes del cuerpo generada cuando se destruyen los melanocitos, células que producen el color o el pigmento de la piel.

piel, hacía tratamientos para clarearla y también usaba mucho maquillaje que lo dejaba “blanco”.

Una etnocirugía conocida es para modificar la nariz mestiza, que generalmente se caracteriza por tener una piel gruesa con una capa de "fibrograsa" subcutánea de gran espesor. En este caso, los objetivos principales de la rinoplastia o cirugía de nariz, son lograr una nariz más estrecha, prominente y con dorso elevado y camuflar el grosor de la piel (Chávez & Millán, 2007; Vidal & Vigil, 2010). Los mestizos también suelen hacer procedimientos para disminuir sus labios, mientras que los blancos los hacen para aumentarlos.

Es interesante saber que las cirugías plásticas en las narices no siempre fueron una cuestión estética. Me explico, en el periodo de persecución de los judíos también se practicaban estas cirugías, pues ellos poseían una nariz adunca característica, y modificándola disfrazaban sus orígenes y podían huir. Este hecho muestra que las etnocirugías no eran realizadas por estética sino que eran casi una necesidad para sobrevivir, consecuencia de los prejuicios tanto étnicos como religiosos de la época (Chagas, 2012).

Otra cirugía en destaque, es la blefaroplastia o cirugía en los ojos para la población asiática. Ella tiene el objetivo principal de construir el surco palpebral (Ramírez, Torres, & Volpe, 2007; Aki, Sakae & Baracat, 2003; Aragonese, Colmenero, Ishizuka & Iturriaga, 2009). Es importante de resaltar que las mujeres de Corea del Sur tienen una fijación por cirugías plásticas, principalmente las faciales. Esto se debe a la industria pop coreana que ha creado una obsesión en las mujeres para imitar un modelo de belleza que los medios masivos de comunicación producen²⁸.

Para entender el contexto de las etnocirugías es interesante asociarlas con la globalización. Según Gervás y Burgos (2011), la globalización es un fenómeno emergente y condicionante de la estabilización no solo económica, sino también política, social y

28 Fuente: <http://revistasamuel.uol.com.br/blogs/artimanhas/os-idolos-de-plastico-do-k-pop/>

educativa que domina los diferentes países que conforman el planeta. A pesar de los avances económicos, la globalización produce importantes desigualdades sociales, que muchas veces, llevan a pensar en la migración como una oportunidad de cambiar de vida y movimientos "identitários" étnicos. En este sentido, Charles Taylor (2009), habla del multiculturalismo y de la necesidad del reconocimiento que las políticas contemporáneas promueven, pues acaban generando un falso reconocimiento que puede causar un daño. Es decir, el consumo del cuerpo a través de etnocirugías puede ser una de las consecuencias de la globalización para que el inmigrante sea reconocido en sociedad.

En esta línea, Ennes (2010) habla de etnocirugías para inmigrantes estableciendo una relación con la actualidad y con los siglos XIX y XX. Para él en todas las épocas las etnocirugías podrían entenderse como una estrategia para ganar fuerza de los agentes sociales con objetivo de un reposicionamiento a través de su apariencia como "menos oriental", "menos andina", "menos árabe" y "más occidental". Trata de relaciones sociales de poder que pueden orientarse por las representaciones de rasgos físicos occidentales. Por lo tanto, los inmigrantes poseen una necesidad de eliminar las marcas corporales que denunciarían su condición de extranjeros que podrían representar algún obstáculo social y de trabajo.

Por otro lado, García (2013) considera que las etnocirugías son una forma de racismo dentro de las sociedades modernas. La diversidad étnica acaba por producir híbridos corporales que resultan de la reafirmación de la superioridad de los cuerpos y, según ella, principalmente de las identidades blancas y caucásicas. En este sentido, la etnocirugía puede resultar un artificio de identidad, pues produce situaciones ilusorias de igualdad, de equidad y de reconocimiento de las diferencias, y al mismo tiempo, reiteran las jerarquías raciales produciendo un racismo de nuevo cuño en las sociedades globalizadas.

Con todo, es posible entender que las etnocirugías al buscar disminuir las desigualdades acaba subordinando las personas a seguir padrones estéticos. En este sentido, Maíllo (2007) apunta que como el cuerpo social asocia a las personas con determinados grupos como familias, tribus, clases y culturas, se torna una proyección metafórica de símbolos. De esta manera, las personas buscan medios para acabar con las diferencias a través de etnocirugías. Es decir, buscan homogeneizar los cuerpos apagando rasgos étnicos característicos. Estas cirugías preocupan, pues al igualar las personas para evitar una distinción social, amenazan la extinción de las diversidades étnicas.

En Brasil se realiza diversas etnocirugías, pues es conocido por ser un país racionalmente híbrido con un gran mestizaje étnico (García, 2013; Machado-Borges, 2008). Con todo, para entender esta hibridación brasileña es importante conocer los grandes autores trataron de los mestizajes de Brasil en el periodo colonial. Gilberto Freyre (1980/2003), en “Casa Grande y Senzala”, argumentó que todos los brasileños, independientemente de su genealogía eran, culturalmente, africanos, indios y europeos. O sea, para él no importaba el color, pues todos eran una mezcla de estas tres culturas. Otro autor fue DaMatta (1981), que trató de la teoría de las tres “razas” abordando el triángulo negro, blanco e indígena que revelaba una forma de ver los cuerpos a través de su color para asociarlo a significados. Con todo, el mestizaje en Brasil acabó generando tantos híbridos que hoy es difícil definir los rasgos de un brasileño. Pero, en el período colonial el blanco era el señor de poder y el negro o indígena y sus subordinados. Es decir, este histórico de relaciones sociales de Brasil suelen influenciar en la búsqueda de etnocirugías para ascensión una social.

Por fin, con la velocidad de informaciones que el mundo globalizado ha generado, las proyecciones de estereotipos influyen en las realizaciones de etnocirugías con fines de integración social. El cuerpo es como un agente que tiene un papel central en las relaciones

sociales y se asocia a cuestiones de poder, éxito y distinción. Es decir, la elección por las etnocirugías más que mejorar un rasgo que no agrada, modifica una identidad de un individuo que antes se sentía excluido, pero que encuentra en el cuerpo modificable una manera de integración social.

3.11 LA HISTORIA DE LA FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL EN LOS TRATAMIENTOS POSTOPERATORIOS

La historia de la fisioterapia tiene una estrecha relación con la historia de la medicina. En el periodo antiguo, los cuidados con los cuerpos hacían que las personas buscasen técnicas no solo para mantener el cuerpo bello, sino que también buscaban recursos naturales como calor, agua y e incluso la electricidad para encontrar alivios de sus enfermedades. Hay relatos que cuentan que los beneficios de la electroterapia, principio terapéutico utilizado hoy, ya se utilizaban antiguamente después de la experiencia de un individuo con dolores crónicos de talón, que había colocado el pie en un río y se había encontrado accidentalmente con una anguila eléctrica, y, así, obtuvo alivio de sus síntomas (Barros, 2003). Asimismo, existen registros de China desde 2.698 a.C. que tratan de curas hechas por los movimientos humanos como los muslos, articulaciones y respiración, así como hoy es utilizado en la cinesioterapia.

Además, así como Aristóteles y Galeno tuvieron fuertes contribuciones en la filosofía y la medicina, también ocurrió en la fisioterapia. Aristóteles, al describir las acciones de los muslos, se consideró el padre de la cinesiología, ciencia que estudia el movimiento humano, extremadamente importante para la fisioterapia. Galeno, también tuvo importancia

porque ha corregido un tórax deformado de un paciente a través de una gimnastica planteada de tronco y pulmones, técnica similar con las usadas en la fisioterapia (Barros, 2003).

Sin embargo, durante el periodo medieval con las represiones religiosas acerca del cuerpo, ya que se consideraba su investigación un pecado, hicieron que los avances de la medicina disminuyesen, así como también lo hicieron los de la fisioterapia. Pero a partir del Renacimiento las cosas empezaron a cambiar provocando un cambio en las condiciones de la salud y belleza corporales. Entre tanto, el siglo XIX fue el periodo del avance de la mecanoterapia para tratamientos corporales gracias a Gustav Zander y Frenkel con tratamientos para ataxia, un trastorno neurológico caracterizado por movimientos descontrolados (Barros, 2003).

Asimismo, por mucho tiempo las profesiones con mayor prestigio fueron la medicina, la abogacía y la formación de sacerdotes. Por lo tanto, la fisioterapia surgió como un área dependiente de los médicos, los fisioterapeutas eran sus auxiliares y trabajaban supervisados por ellos. Con todo, con las epidemias de poliomielitis y después de las guerras, la fisioterapia tuvo una mayor visibilidad, pues necesitaba no solo curar las enfermedades, sino también rehabilitar a los individuos con problemas funcionales para que volvieran a sus puestos de trabajo (Rebellatto & Botomé, 1999). Además, con la revolución industrial francesa aparecieron los disturbios laborales y trajeron la necesidad de una recuperación rápida para que no se perdiera productividad (Tacani & De Campos, 2004).

Inglaterra, Estados Unidos y Alemania fueron los países que más desarrollaron conocimientos fisioterapéuticos en el siglo XX. Las primeras escuelas de formación en fisioterapia fueron las de Kiel y Drestem en Alemania. Además, en 1940 un médico alemán, Rudolf Klapp, elaboró el método Klapp en conjunto con las fisioterapeutas Blederbeck y Heuss. Este método se utiliza para tratar escoliosis y se basa en posturas que estiran y

fortalecen la musculatura desarrolladas a través de la observación de animales que no poseían esta disfunción (Iunes, Cecílio, Dozza & Almeida, 2010). En Inglaterra, el Dr. Cyriax desarrolló un método basándose en una técnica de masaje con fricción profunda y manipulaciones articulares (Winkel, 1990). Además, la fisioterapeuta Berta y el neurólogo Karel Bobath crearon el método Bobath para la rehabilitación de problemas funcionales neurológicos, con foco en la recuperación sensorio-motora. (De Souza et al., 2013). Por otro lado, los Estados Unidos fueron los primeros en formar una asociación: *American Physical Therapy Association* (APTA) en 1921²⁹.

Posteriormente, en 1951 se fundó en Londres la *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) con diversos países, incluso Brasil. Con todo en América del Sur, Argentina fue uno de los primeros países en formar fisioterapeutas (Barros, 2003). La primera escuela de fisioterapia en Brasil fue en São Paulo en 1951 para formar técnicos en fisioterapia. Era un curso de un año ministrado por médicos para formar auxiliares especialistas en mejorar la función de las personas. Con el paso del tiempo, los cursos fueron aumentando su carga horaria siguiendo los modelos de cursos internacionales guiados por la Organización Panamericana de Salud (OPAS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT). (Marques & Sanches, 1994)

Sin embargo, las resoluciones acerca de la fisioterapia empezaron con el parecer n.º. 388 de 1963, que consideraba al fisioterapeuta como un auxiliar médico:

“A referida Comissão insiste na caracterização desses profissionais como auxiliares médicos que desempenham tarefas de caráter

29 Según página oficial de American Physical Therapy Asociación, disponible en: www.apta.org

terapêutico sob a orientação e a responsabilidade do médico”³⁰
(Parecer n.º. 388 de 1963).

Pero, solamente en 1969 con el Decreto de Ley n.º. 938, de 13 de octubre de 1969³¹, aseguró el ejercicio de las profesiones de fisioterapeuta y terapeuta ocupacional como profesionales de nivel superior, con actividades privativas para ejecutar métodos y técnicas fisioterápicas con la finalidad de restaurar, desarrollar y conservar la capacidad física. También abordó cuestiones de puestos de trabajo como en los servicios, en establecimientos públicos o particulares, asesoría técnica, magistratura en formaciones básicas o profesionales y supervisión profesional de alumnos.

En 1975 se promulgó la Ley n.º 6.316 que crea el Consejo Federal y los Consejos Regionales de Fisioterapia y Terapia Ocupacional y en 1978 se aprobaron normas que establecieron que el ejercicio de la fisioterapia es privativo del fisioterapeuta y también trata de las primeras normas para formaciones de los Consejos Regionales de Fisioterapias y Terapia Ocupacional, los CREFITO's.

Hoy en día, de acuerdo con el Consejo Federal de Fisioterapia y Terapia Ocupacional (COFFITO)³² la fisioterapia se define como:

“Es una ciencia que estudia la salud, previene y trata los trastornos intercurrentes cinéticos funcionales en los órganos y sistemas del cuerpo humano, generado por alteraciones genéticas, por el trauma y por las enfermedades adquiridas. Basa sus acciones en recursos terapéuticos propios originados del estudio de la biología, de las

30 "La Comisión hace hincapié la caracterización de estos profesionales como asistentes médicos que realizan tareas de carácter terapéutico bajo la dirección y responsabilidad del médico".(Traducción libre).

31 Disponible en: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=507&psecao=5

32 COFFITO. disponible en: http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27

ciencias morfológicas y fisiológicas, de la patología, de la bioquímica, de la biofísica, de la biomecánica, de la cinesias, de las sinergias funcionales y de los estudios de los órganos y sistemas del cuerpo humano y de las disciplinas sociales y del comportamiento”³³ (COFFITO, 2014).

Con todo, empezó a surgir la necesidad de especialización dentro de la fisioterapia y áreas como cardiorrespiratoria, neurológica, traumatológica, deportivas y preventivas comenzaron a tomar destaque. La fisioterapia estética surgió, a partir de la observación de un fisioterapeuta a los esteticistas a mediados de los 70. Entonces, nació la idea de añadir las habilidades fisioterapéuticas con electroterapia, cinesioterapia, terapias manuales junto con sus conocimientos anatómicos y fisiológicos a las técnicas utilizadas por los esteticistas (Guirro & Guirro, 2004). Entretanto, como se observó que esta especialización no era solamente para fines estéticos, sino que también se usaba para la recuperación de quemados, postoperatorios, amputados y linfedemas. Posteriormente, su nomenclatura pasó a ser fisioterapia dermatofuncional.

De esta manera, la resolución n.º. 362/09 reconoce la Fisioterapia Dermatofuncional como especialidad del profesional fisioterapeuta y considera la necesidad de proveer, por medio de una asistencia profesional adecuada y específica, las exigencias clínico-cinesiológico-funcionales de los individuos con alteraciones en las funciones de la piel y estructuras relacionadas. Según Borges (2010), el objetivo de la fisioterapia dermatofuncional

³³ Traducción libre de: “É uma ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais.” (COFFITO, 2014).

es promover la recuperación físico-funcional de los disturbios endocrinos/metabólicos, dermatológicos y músculo-esqueléticos con carácter más que solamente el estético.

Además, tiene una gran contribución dentro de las cirugías plásticas con tratamientos pre y postoperatorios. Los tratamientos en el preoperatorio buscan la preparación de la piel para la cirugía, hidratándola, fortaleciendo y mejorando el flujo de los vasos sanguíneos y linfáticos para una mejor recuperación y cicatrización. Ya los tratamientos postoperatorios objetivan drenar líquidos, descongestionar tejidos y promover la aceleración de la rehabilitación con mejor calidad (Macedo, & Oliveira, 2011). O sea, actúan en la prevención de complicaciones operatorias buscando restaurar la funcionalidad, disminuir los dolores, la ansiedad, el edema (hinchazón) y tratándolo de manera global (Migotto & Simões, 2013).

Además, de la actuación en las cirugías plásticas, la fisioterapia dermatofuncional se utiliza para tratar todas las irregularidades que suelen aparecer en la piel. O sea, también trata pacientes quemados, postoperatorios de mastectomías, linfedemas, hanseníase, tratamientos de escaras, cicatrices irregulares hipertróficas o quelóides, rehabilitación de la musculatura pélvica y también para disminuir edemas de pacientes gestantes. Asimismo, también trata la apariencia de la piel con fines estéticos como la mejora del el *fibroedema gelóide* (FEG o celulitis), estrías, flacidez de piel, acné, manchas, peeling, limpieza e hidratación de piel, disminuyendo pelos corporales a través de depilación y, principalmente, en tratamientos para lipodistrofia localizada (gordura localizada) reduciendo medidas corporales y adelgazando (Milani & Farah, 2006).

Los recursos terapéuticos utilizados en la fisioterapia dermatofuncional para obtener los objetivos citados arriba se dividen en terapias manuales, electroterapia o una asociación de los dos. Es importante saber que la elección de cada técnica que se va a emplear es personal para cada paciente y dependerá de los objetivos y necesidades de cada individuo y

el encargado de establecer estos objetivos y necesidades será el fisioterapeuta durante la primera consulta cuando se realiza una evaluación fisioterapéutica. Las principales terapias manuales utilizadas son el drenaje linfático manual (DLM), los diversos tipos de masajes, las manipulaciones como la fricción, la compresión, la tracción, los descollamientos y los estiramientos. Ya en la electroterapia los equipamientos que se suelen utilizar son el ultra-son (US) de 3 MHz o a veces de 1 MHz, endermoterapia y vacuoterapia, eletrolipólise, microcorrientes, corriente rusa, alta frecuencia, equipamientos de peelings de cristal y de diamantes, vapor de ozono, depilación con laser o luz pulsada, la carboxiterapia, plataforma vibratoria, terapias combinadas de US de alta potencia con corrientes eléctricas, equipamientos de radiofrecuencia, entre otros (Borges, 2010).

Por fin, la fisioterapia dermatofuncional es un área que crece día a día y merece atención científica. Su importancia dentro de los tratamientos postoperatorios se debe a mucho estudio y trabajo, y resulta fundamental una buena integración del fisioterapeuta con el equipo médico para que el paciente sea atendido de una manera global, siguiendo las indicaciones correctas y generando una mejora eficaz y con calidad para el paciente.

PARTE IV

A verdade

A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.

E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.

E os dois meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.

Chegaram a um lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.

Era dividida em duas metades,
diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.

As duas eram totalmente belas.

Mas carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

Carlos Drummond de Andrade

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN: El antropólogo en acción

A partir de las informaciones obtenidas, los resultados se han dividido en: diario de campo; entrevistas dirigidas indirectas y cuestionario taxonómico.

4.1 EL DIARIO DE CAMPO

Para una mejor comprensión, el diario de campo se segmentó de acuerdo con la experiencia vivida en: clínicas de cirugía plástica, hospital, universidades, cursos de formación en fisioterapia dermatofuncional y tratamiento postoperatorio.

4.1.1 Clínicas de cirugía plástica



Fotografías 1, 2 y 3: Clínicas investigadas.



Fotografías 4, 5 y 6: Interior de las clínicas.

En el primer día de mi trabajo de campo, me vi sentada en la misma silla que estaba en 2010 cuando esperaba para una consulta de un cirujano plástico famoso de Porto Alegre, buscando corregir mi nariz que no me agradaba. Como obtuve éxito en la cirugía, un año después estaba nuevamente en la misma clínica, pero esta vez para colocar prótesis de silicona. Con todo, ahora, en el trabajo de campo, la perspectiva fue otra, no era una paciente, sino que una investigadora intentando entender el porqué de la gran búsqueda de cirugías plásticas en Porto Alegre.

Al empezar mi trabajo de campo, pasé a mirar alrededor del ambiente en el que estaba. La clínica particular de cirugía plástica era toda blanca, muy limpia y con una decoración que combinaba lo antiguo con lo moderno, generando un aire de sofisticación y buen gusto. Fui a hablar con la secretaria, pues imaginaba que sería una importante fuente de información y me parecía receptiva. Ella vestía un uniforme gris con tonalidades rosadas y con un corte requintado. A través de una conversación informal obtuve mis primeros datos acerca de las cirugías plásticas. Ella comentó que considera que la sociedad exige una buena

apariciencia de las personas y piensa que los motivos para que las realicen son la insatisfacción corporal y una mejora de la autoestima.

Justo después de escucharla volví a mi silla y mientras esperaba, entraron dos mujeres, una joven rubia maquillada, delgada y con un enorme tacón y otra de mediana edad, un poco envejecida y con un poco de sobrepeso, pero elegante. Pregunté lo que iban a hacer y la joven me dijo que colocó silicona en los senos y que iba hacer una consulta de rutina. Para la de mediana edad, era la primera consulta de evaluación, pues deseaba hacer un lifting facial. En ese momento, me interrumpió la secretaria, pues el médico me estaba esperando para la entrevista.

En este mismo día, al salir de la entrevista, había una señora de mediana edad en la sala de espera que iba a entrar para una consulta con el médico. Le pedí si podría entrar también y como la paciente y el médico aceptaron, fui a observar. Se trataba de una paciente antigua, lo que pude ver por las preguntas de la familia, de los hijos y de cómo se sentía después de la última cirugía. El médico dijo que ella ya había hecho cirugía en la nariz, en los ojos y un peeling quirúrgico. Con todo, sus cirugías eran imperceptibles, pues a mí no me parecían visibles, estaban naturales. Esta vez, la paciente no quería hacer cirugía, sino que acudió porque estaba con algunas manchas del sol, el verano recientemente había acabado en Porto Alegre, y estaba preocupada por si pudieran ser manchas cancerígenas. El médico la llevó a una sala de procedimientos, colocó unas lentes especiales con luz azul y dijo que no debía preocuparse, que eran apenas manchas y, que si ella aceptase, ya podría cauterizarlas. La paciente concordó y el médico colocó algunos ácidos que las quemó y luego liberó a la paciente.

Al final de la consulta fui a hablar con la paciente. Ella dijo que cuidaba mucho de su cuerpo y que agradecía a Dios por ser perfecta, pero que había hecho cirugías en el rostro

porque no le gustaba ver arrugas, al revés, le gustaba el cuerpo bonito, la piel lisa y los ojos maquillados.

Otra clínica que fui a visitar en Porto Alegre era una casa blanca que se transformó en clínica hace más de doce años. En ella trabajaban diversos profesionales, no solo cirujanos plásticos, sino también dermatólogos, fisioterapeutas y esteticistas. Al entrar me recibió la secretaria, que dijo que yo tenía suerte, pues los tres cirujanos plásticos que trabajaban allí aceptaron participar de las entrevistas. Pero, solo la médica estaba en la clínica, por lo que debería volver en otro momento para hablar con los demás.

Sentada en la sala de espera, estaba una mujer rubia, de más o menos 30 años, que me contó que estaba ansiosa por ver a la médica, pues quería colocar una prótesis de silicona y utilizaría su período de vacaciones para recuperarse³⁴. Mientras esperaba, fui a conversar con la secretaria que ya trabajaba en la clínica desde hace 10 años y descubrí que ella no era solo una secretaria, también era una paciente, pues ya había hecho dos cirugías plásticas, una en el rostro y otra en los senos. Era una mujer de más o menos 60 años, viuda, estatura mediana, con el pelo teñido, no era tan delgada. Comentó que se sentía feliz con su cuerpo, con todo, subrayó que, siempre que fuera posible, haría cirugía plástica para estar cada vez mejor. Me contó que ha decidido hacer cirugía, pues cuando su marido murió, perdió peso sobrando piel en su rostro. Ella enfatizó, también, que la cirugía la ayudó a superar esta pérdida, dejándola más confiada y con una mejor autoestima, que se veía reflejada en sus relaciones personales.

Además, me habló sobre su experiencia como secretaria, que el género que más frecuentaba la clínica eran mujeres y que las cirugías en el rostro y la abdominoplastia eran las más frecuentes, pues uno de los médicos era famoso en cirugías faciales. Dijo que él había

³⁴ En Brasil es común las personas utilizaren sus periodos de vacaciones para recuperarse de una cirugía plástica.

operado ya a muchas artistas nacionales, personas de otros países e incluso a la presidenta actual de Brasil. Resaltó la importancia de la secretaria y de que todos profesionales pasen a los pacientes una gran seguridad y confiabilidad, pues la mayoría llega con miedo, dudas y que esta actitud era esencial en una clínica.

La médica me llamó para entrar en su consultorio. Era joven, de más o menos 30 años, rubia, delgada, con una piel bien tratada y extremadamente simpática. Me dijo que tenía apenas 3 años de experiencia, pero que ya había operado a diversos pacientes. Como todos los otros cirujanos plásticos que yo estaba entrevistando tenían más de 30 años de experiencia, consideré que sería una buena oportunidad de comparar las diferencias de percepciones de los cirujanos de acuerdo con su tiempo de formación.

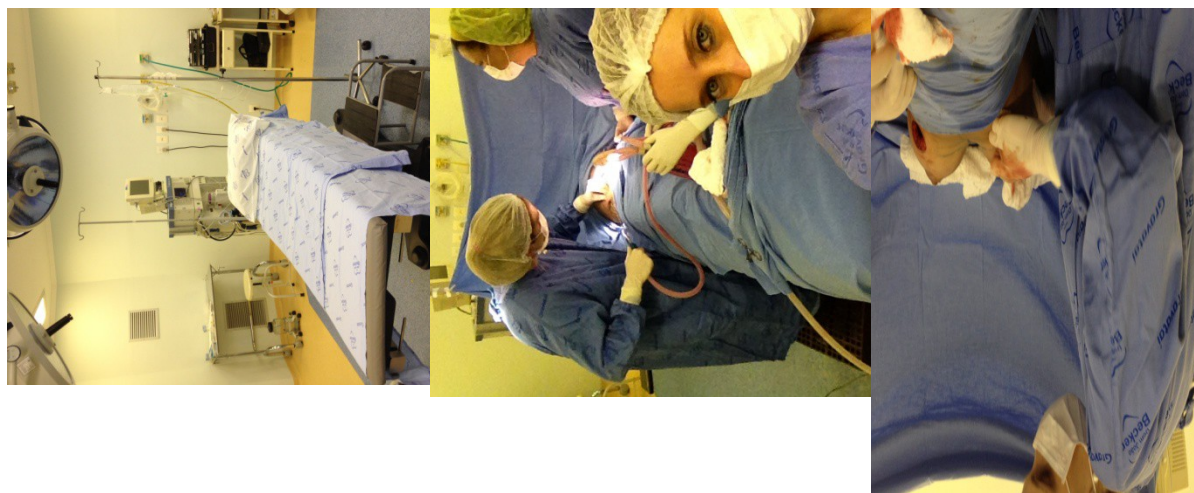
La conversación fue larga, la cirujana empezó hablando de la dificultad de trabajar en Porto Alegre por haber una gran concurrencia de médicos experimentados, citando que el precio era un diferencial en este mercado. Además, relató que como hay demasiada información en los medios de comunicación, las personas llegan confusas, con ideas poco técnicas que dificultan el trabajo del cirujano, que parece que debe convencerlas de algo que es de su formación y de su rutina. Los medios de comunicación no sólo enseñan modelos estereotipados de belleza, sino también traen todo tipo de informaciones, por lo que resulta difícil para los pacientes discernir lo que es verdad de lo que no lo es.

Unos días más tarde, volví a la clínica para entrevistar a los otros cirujanos plásticos. La clínica estaba llena, pacientes entraban y salían, ya no sabía si el médico tendría tiempo para recibirme, pues la secretaria me dijo que él había hecho un procedimiento por la mañana en el hospital y luego tendría otro al inicio de la tarde. Después de atender a la última paciente, me llamaron. El cirujano me recibió amablemente, estaba con un chaleco blanco, una camisa elegante y una sonrisa en los labios. Sabía que no tendría mucho tiempo, entonces,

intenté ser bien directa en las cuestiones principales. Relató que en la humanidad las personas nunca vivieron tanto, muchas veces, teniendo que trabajar a los 70 años, entonces, buscan en las cirugías plásticas un equilibrio entre lo que ellas sienten y de cómo ellas se ven. La cirugía plástica era, para él, como dar una “refrescada” en el rostro.

En este mismo día, también conversé con el otro cirujano plástico de la clínica. Él era médico, daba clases de cirugía y también era un empresario dueño no solamente de aquella clínica, sino también de una constructora en otra ciudad. Sus palabras demostraban su experiencia y a partir de sus visiones pude vislumbrar la perplejidad del mundo envuelto en las cirugías plásticas, lleno de dudas y psicología.

4.1.2 Hospital



Fotografías 7, 8 y 9: la cirugía plástica.

Para profundizar mi trabajo de campo, pedí si podría asistir a alguna cirugía plástica. La médica aceptó y quedamos en un día, hora y hospital concretos. Yo estaba nerviosa, ya había presenciado otras cirugías plásticas cuando trabajé como fisioterapeuta para entender las sensaciones de los pacientes en el postoperatorio, pero ahora era diferente, tenía una presión

de ser investigadora y tener una responsabilidad de observar todo lo que podía. En el día marcado, temprano ya estaba en el hospital, nadie había llegado, ni la médica, ni la paciente. Entré en la sala de espera del centro quirúrgico, y poco tiempo después la médica apareció y me llevó hacia el vestuario para vestirme con ropas específicas.

Entramos dentro del centro, la paciente estaba llamando a la médica por teléfono, pues había un problema. Olvidó que para entrar en el hospital para la cirugía eran necesarios cheques y ella tenía apenas tarjeta de crédito. Dijo que iba tardar un poco, pues su marido había ido a buscar los cheques al banco. No sabía que estas cuestiones burocráticas podían atrasar una cirugía, y fue justamente esto lo que pasó. Más de 40 minutos y no sabíamos nada de la paciente, la médica ya estaba nerviosa, pues por la tarde tenía otros compromisos y todo estaba bien cronometrado para encajar en su rutina.

Entonces, mientras esperábamos, conversamos sobre la paciente. La médica dijo que esta paciente era un poco confusa porque ella había subrayado la necesidad del cheque para entrar en el hospital, pero que esto pasaba algunas veces. Relató también que hasta el día de la cirugía, la paciente había cambiado de opinión unas 3 veces a respecto de hacer solo prótesis de silicona o una liposucción asociada y que esto le preocupaba mucho, pues ciertamente su postoperatorio sería difícil. La médica comentó también, que la paciente era delgada y que no necesitaba una liposucción, aunque sí una dieta o ejercicios, pero la paciente decía que hacía todo esto y que sus grasas en el abdomen nunca salían. Resaltó que muchos pacientes eran así, querían hacer varias cirugías juntas para aprovechar la misma anestesia.

Fui a conversar con el anesthesiologo en la sala de espera. Era un hombre de más o menos 35 años, moreno y me parecía muy tranquilo esperando. Me contó que estas cosas podían pasar y que solo quien estaba dentro del hospital lo sabía.

“Estas coisas acontecem e o anestesista sempre é o primeiro e o último a sair do hospital”³⁵ (Relato del anesthesiólogo).

Habló de su experiencia de 8 años y de una cirugía traumatológica que él había hecho y de sus sesiones de fisioterapia. Consideraba que las cirugías plásticas estaban popularizadas y consideraba que las más comunes eran la abdominoplastia, la liposucción y las prótesis de silicona en los senos. Dijo que no le gustaban nada las prótesis de silicona en las nalgas y, que por suerte, las mujeres no las hacían tanto. Resaltó que la perfección era uno de los objetivos de las mujeres, pero que a los hombres realmente no les importaba tanto esto. Luego fue a la sala quirúrgica a preparar sus instrumentos de trabajo.

Sus colocaciones fueron interesantes, al final, si las mujeres hacían cirugías para encontrar parejas y los hombres no notaban esto, ¿Por qué lo hacían? Me acordé de una técnica de enfermería que estaba en una de las clínicas de cirugía plástica. Ella relató que las mujeres no hacían cirugías para los hombres, las hacían para las otras mujeres.

Con casi una hora de atraso, la paciente entró en el centro quirúrgico. Todo el equipo ya estaba listo con los instrumentos en posición. Pregunté cómo se sentía la paciente y comentó que estaba estresada con la burocracia, pero feliz por el hecho de que iba a quitar toda la grasa de su cuerpo. Ella decidió hacer la colocación de prótesis de silicona asociada a liposucción de abdomen, flancos, culotes y injerto de la gordura en las nalgas. La llamada lipoescultura, que tira la grasa de una parte indeseable del cuerpo y coloca donde quiere que aumente. Entonces, la médica sacó fotografías de la paciente desnuda y dibujó en su cuerpo las marcas donde iba a trabajar. Al ver a la paciente desnuda, pude percibir que allí había una cierta exageración, pues la paciente era delgada y tenía poca grasa para hacer una liposucción. ¿Será que las personas están exagerando con las cirugías plásticas?

³⁵ Traducción libre: “Estas cosas pasan y el anesthesiólogo siempre es el primero y el ultimo a salir del hospital”.

Para mí no era nada, pero para paciente era algo que la incomodaba, subrayando que realmente se esforzaba en el gimnasio todos los días, pero que la grasa no salía de ninguna manera. Siendo así, intenté verlo por el lado de la paciente, que luchaba para que su cuerpo estuviese en forma dedicando mucho tiempo a esto. Pregunté si se preocupaba de la alimentación y dijo que sí, que hacía dieta con un nutricionista y que como era técnica de enfermería estaba tranquila con la cirugía y con confianza en la médica.

Durante la cirugía, en momentos en que la sedación estaba más floja, la paciente hablaba. Y me llamó la atención la frase que ha repetido varias veces:

“Por favor, Doutora tira toda esta gordura, tira tudo, sem pena”³⁶

(Paciente durante la cirugía).

Al final de la cirugía, la médica enseñó el cuerpo modificado y estaba espectacular. Así, pude entender que esta cirugía era importante para la paciente y que las modificaciones, mismo que pequeñas, estaban lindas.

4.1.3 Clínicas de fisioterapia, universidades e instituciones de enseñanza



Fotografías 10, 11 y 12: universidades y cursos de postgrado en Porto Alegre.

³⁶ Traducción libre: “Por favor Dra. tira toda esta grasa, tira todo, sin pena”.

Partiendo de otra visión de las cirugías plásticas, fui a conversar con fisioterapeutas especialistas en dermatofuncional. Eran profesores de universidades tradicionales de Porto Alegre y algunos tenían clínicas de calidad en esta área. Marqué una entrevista con una profesora del curso de fisioterapia de la UFRGS que trabaja con la salud de la mujer. Cuando llegué a la universidad, me acordé de mis tiempos de estudiante y de todo lo que había visto desde que me había graduado. La profesora estaba esperándome, empezó hablándome de que su experiencia tiene más relación con la cuestión reconstructiva o reparadora que con la puramente estética. Me habló sobre la importancia de que el fisioterapeuta supiera actuar con el lado emocional del paciente, pues, muchas veces, en cirugías reparadoras de senos existe un simbolismo femenino envuelto. Esto lleva a la mujer a no sentirse aceptada, a sentirse mutilada con las miradas de los demás sobre su cuerpo y no verse atractiva y deseada. Todas estas cuestiones son fundamentales de entender. El simbolismo femenino se percibe también en las cirugías de colocación de prótesis de silicona, pues algunas pacientes sienten que con sus pequeños senos están “masculinizadas”.

También resaltó las posibles complicaciones, como por ejemplo, el rechazo del cuerpo a prótesis de silicona que ella había visto. La frustración de un rechazo puede ser muy difícil de trabajar, pues estaba fuera de lo planeado. Entonces, es necesario trabajar con el imaginario, ya que había una expectativa de cuerpo, que a través de una complicación, se reconstruyó en un nuevo cuerpo. Dijo que en estos casos, es importante abrir un espacio de escucha porque no es solo una cuestión de cuerpo físico, es más que esto.

Otra profesora, de un curso de postgrado en fisioterapia dermatofuncional, comentó que una complicación importante es el posible error médico, ejemplificando con un caso de una paciente que hizo una cirugía abdominal y quedó parapléjica por un error en el anestésico.

Entonces, la fisioterapeuta subrayó que la presión social de un patrón corporal puede llevar a la persona a someterse a procedimientos quirúrgicos, a veces, innecesarios. Subrayó que el artificial se naturaliza en el momento en que el ideal de conquista pasa a ser compartido con los demás. Además, quien es contra este discurso suele ser discriminado por la sociedad.

4.1.4 Tratamiento postoperatorio



Fotografías 13, 14 y 15: tratamiento postoperatorio.

Al entrevistar a una fisioterapeuta, pedí para presenciar una sesión de tratamiento postoperatorio. Dijo que sí, pero que iba preguntar si la paciente aceptaba. La respuesta fue positiva, entonces, esperé hasta el horario marcado y entré en la sala.

La paciente estaba acostada en la camilla con una toalla sobre el cuerpo. Había hecho una abdominoplastia asociada a una liposucción y, comentó que después de un tratamiento postoperatorio sin éxito realizado por una masajista, resolvió invertir en una fisioterapeuta especialista en esto. Contó que la diferencia de precio era enorme y como la masajista vivía cerca de su casa, decidió hacerlo. El médico dijo que era importante, pero no

indicó nada específico. Contó que en la primera sesión de fisioterapia con la profesional especializada, ya percibía la diferencia en las técnicas empleadas, incluso por utilizar US de alta potencia que la masajista no tenía.

En la sesión se mezclaron drenajes linfáticos, US de alta potencia en un programa de postoperatorios y LTF®. La paciente estaba con un mes de postoperatorio y su cicatrización estaba en excelente estado. Pregunté por qué se sometió a la cirugía y dijo que después de los hijos, su abdomen nunca más fue el mismo, pero que necesitaba un intervalo en su trabajo para poder realizar la cirugía. Dijo que sus hijos la incentivaron y que estaba feliz con el resultado. También resaltó la falta de información que, generalmente, las personas tienen en relación a los tratamientos postoperatorios y cuanto es importante, pues estaría con fibrosis si no hubiera buscado una fisioterapeuta.

4.2 ENTREVISTAS DIRIGIDAS INDIRECTAS



Fotografías 16, 17 y 18: algunos participantes de la investigación.

A partir de la lectura de los contenidos de las entrevistas dirigidas indirectas y de los datos obtenidos en el diario de campo se crearon 4 categorías de análisis, a seguir: Las motivaciones “internas” y “externas” de los pacientes: modificando el cuerpo, modificando la vida; con el bisturí: cirugía plástica reparadora, estética y etnocirugía; con las curitas: los tratamientos postoperatorios; y ¿Belleza o salud? Cada generación escribe sus libros. La tabla a continuación hace una asociación de las categorías creadas con los objetivos de la investigación.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN
Las motivaciones “internas” y “externas” de los pacientes: modificando el cuerpo, modificando la vida	Entender por qué los pacientes realizan cirugías plásticas en Porto Alegre. Analizar cómo los cambios generados por las cirugías pueden modificar la vida personal y profesional de los pacientes.
Con el bisturí: cirugía plástica reparadora, estética y etnocirugía	Identificar las principales cirugías plásticas. Verificar si el término etnocirugía es utilizado por los cirujanos plásticos en Porto Alegre.
Con las curitas: los tratamientos postoperatorios	Entender por qué los pacientes realizan tratamientos postoperatorios en Porto Alegre. Identificar los principales tratamientos postoperatorios en Porto Alegre.
¿Belleza o salud? Cada generación escribe sus libros	Describir los conceptos de belleza y cuidados en salud de los participantes.

Tabla 3: Categorías de análisis con los objetivos de la investigación.

4.2.1 LAS MOTIVACIONES “INTERNAS” Y “EXTERNAS” DE LOS PACIENTES:

modificando el cuerpo, modificando la vida

Durante las entrevistas se citaron diversas motivaciones para la búsqueda de cirugías plásticas que clasifiqué como internas y externas. Las internas son los aspectos relacionados con la autoestima, bienestar, sensación de felicidad, confianza y una mejor percepción de sí

mismo. Los aspectos externos consideré las influencias de los medios de comunicación y la presión social.

La mejora de la autoestima fue una de las motivaciones internas más manifestadas por los entrevistados acerca de las cirugías plásticas. Según Hutz y Zanon (2011), la autoestima representa un aspecto evaluativo de auto concepto que consiste en un conjunto de pensamientos y sentimientos referentes a sí mismo que pueden ser positivos o negativos. Diversos estudios se han hecho en los últimos años acerca del tema, pero la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1989), continúa siendo uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente. Además, como es una forma de satisfacción del individuo consigo mismo, puede estar asociado a su imagen corporal, que es una representación del cuerpo que formamos en nuestra mente (Schilder, 1980). Hoy este concepto es más amplio, considerando también los aspectos sociales y culturales que varían con el tiempo.

Con todo, en los relatos es posible observar la asociación de la autoestima a una satisfacción interna. Esto lleva a una facilidad de alcanzar el éxito tanto profesional como personal. También se considera como una forma de “auto cuidado”, “autogestión”, “amor propio”, “sentirse feliz”, “bienestar”, “sentirse bello”, “sentirse más seguro” y “cuidarse después del embarazo”. Para contextualizar, los entrevistados citaban que la mejora de la autoestima solía proporcionar un destaque en el medio profesional por transmitir competencia y seguridad para los demás. Asimismo, por sentirse feliz, la persona se tornaba más agradable, lo que se veía reflejado también, en sus relaciones personales. Ejemplos de esto, están en los discursos:

“Agora eu gosto de me ver no espelho, minha autoestima subiu, me sinto feliz em sair na rua e em me arrumar porque eu sei que o meu

visual agora me agrada e vai agradar as outras pessoas também.”³⁷
(Paciente 63 años).

“Melhorou minha autoestima, não para os outros, mas para mim, de me gostar, de estar bem melhor. Principalmente depois que tu colocas um biquini, o prazer de colocar uma roupa e estar bem.”³⁸ (Paciente 35 años).

Otro discurso que me impresionó, que también aborda la autoestima, fue de un cirujano plástico de más de 30 años de experiencia. Él me contó su experiencia citando una frase que me llamó la atención:

“Eu não sei se a cirurgia plástica opera mais o corpo ou a alma da pessoa.”³⁹ (Cirujano plástico).

Entonces, para explicar la frase, él dijo que las cirugías tocan en la autoestima, en el afecto y en el sentimiento del paciente, subrayando también, que esta es la verdadera labor del médico. Dio un ejemplo de una paciente bonita, joven universitaria, que no le gustaba su nariz y que, por esto, si un hombre la miraba siempre pensaba que estaba mirando para la nariz, perjudicando sus relaciones personales, pues se sentía insegura. Además, ella comentaba que se sentaba siempre al fondo para que nadie mirase su perfil, también nunca sacaba fotografías en las que estuviese de lado. Después de la cirugía, esta paciente dijo al médico:

37 Traducción libre: “Ahora me gusta verme en el espejo, mi autoestima ha subido, me siento feliz en salir en la calle y de arreglarme, pues yo sé que mi visual ahora me agrada y va a agradar las otras personas también”.

38 Traducción libre: “Mejoro mi autoestima, no para los otros, pero para mí, de mi gustar, de estar bien mejor. Principalmente después que usted coloca un biquini, el placer de colocar una ropa y quedar bien.”

39 Traducción libre: “Yo no sé si la cirugía plástica opera más el cuerpo o el alma de la persona.”

“Obrigada Doutor, eu nunca estive tão feliz, agora não preciso me esconder nas aulas e não tenho medo do olhar masculino.”⁴⁰ (Relato del cirujano plástico sobre una paciente).

Para él, esto explicaba el hecho de que la cirugía tocaba tanto en el sentimiento de las personas. Estudios antropológicos como el de Antonio (2008), tratan de estos aspectos psicológicos envueltos en cirugías plásticas, principalmente en la cuestión de autoestima. Para la autora, algunas personas consideran la baja autoestima como una enfermedad que la cirugía plástica podía curar. Además, asocia la presión social al hecho de que la persona debe luchar para obtener la apariencia deseada, como un “imperativo” moral. Comenta también la “psicogenización” de la vida social en Brasil⁴¹. Es decir, los aspectos subjetivos vistos en los discursos, generalmente, tienen un componente psicológico incorporado influenciado por la sociedad que resulta en la voluntad de modificar sus cuerpos. Según la autora:

“A agência dos indivíduos em relação aos seus próprios corpos e o fato de haver uma forte presença de uma cultura psicanalítica no Brasil, o que teria produzido uma “psicologização” da vida social são aspectos importantes, porém a meu ver são explicações parciais sobre a questão. O que me chamou atenção durante o trabalho de campo, e em vários casos diferentes, foi o modo como as pessoas enfatizam a necessidade de “estar bem consigo mesmas”, o “cuidar-se”, o “estar belo” e o “aumento da autoestima” como um imperativo moral, uma

40 Traducción libre: “Gracias Dr., yo nunca estuve tan feliz, ahora no necesito más esconderme en las clases y tampoco tengo miedo de la mirada masculina.”

41 Ribeiro, 2003, citado por Antonio, 2008.

conquista pela qual cada indivíduo deve batalhar de modo a adquirir a aparência desejada.”⁴² (Antonio, 2008, p. 91).

Goldenberg (2007), en el libro “Nu e Vestido”, también comenta que cada individuo es responsable o “culpable” de su juventud, belleza y salud. Para ella, así como para Antonio (2008), cada uno debe buscar las correcciones necesarias de sus imperfecciones, relacionando los resultados de su apariencia a su éxito personal. Además, Goldenberg y Ramos (2007), comentan que en cuanto exista la liberación corporal, el imperativo moral influye en las personas a seguir modelos corporales de “buena forma” o “cuerpo trabajado”. Yo concuerdo, pues la mayoría de los entrevistados habló de la influencia que la sociedad tiene en sus cuerpos. Una entrevista que me llamó la atención fue a una paciente de 60 años, secretaria de una de las clínicas, que relató:

“A pessoa não é aceita se não é bonita em uma festa ou um evento, as pessoas olham, principalmente se for no Brasil.”⁴³ (Paciente 65 años).

En su discurso, es posible notar la influencia del “imperativo moral”, citado por Antonio, Goldenberg y Ramos, que en Brasil parece ser más visible. En este sentido, se observó que diversos discursos, cuando abordaban la importancia de apariencia para la sociedad, venían con frases terminadas con “especialmente en Brasil”, “tratándose de Brasil es muy importante”, “Brasileños cobran belleza” demostrando la presión social que este país

42 Traducción libre: "La agencia de los individuos en relación con su propio cuerpo y el hecho de que hay una fuerte presencia de una cultura psicoanalítica en Brasil, lo que habría producido" psicologización "de la vida social , pero en mi opinión son explicaciones parciales del tema . Lo que me llamó la atención durante el trabajo de campo, y en varios casos, era cómo las personas hacen hincapié en la necesidad de "estar bien con ellos mismos", el "cuidarse", "ser bella" y "aumentar a autoestima "como un imperativo moral, un logro que cada individuo debe luchar para conseguir el aspecto deseado.

43 Traducción libre: “La persona no es aceptada si no es bonita en una fiesta o un evento, las personas miran, principalmente, si fuera en Brasil.”

provoca. Según Edmonds (2009), la sociedad influye en los aspectos psicológicos de los pacientes que buscan cirugías plásticas. Él introduce una frase dicha por un famoso cirujano plástico de Brasil, Ivo Pitanguy, “O cirurgião plástico é um psiquiatra com um bisturi na mão” (1976, p. 120), para decir que muchos casos de pacientes que realizan cirugías plásticas solían ser más psicológicos que de reparación corpórea. Además, así como Antonio (2008), él dijo, que algunos pacientes atribuyen a la cirugía plástica una cura, lo que crea una falsa expectativa sobre la intervención.

Según Pitanguy (1976), el médico tiene un papel fundamental para detectar los factores enmascarados presentes en los discursos de los pacientes. Con todo, esta habilidad requiere práctica y sensibilidad del especialista, por lo que resulta fundamental una buena evaluación con un diálogo claro entre médico-paciente basado en la confianza y la buena comunicación. Resaltó, también, que las cirugías plásticas para los pacientes que hacen tratamientos psicológicos no son totalmente contraindicadas, pues pueden beneficiarse de sus resultados.

Durante mi trabajo de campo, mientras esperaba para conversar con uno de los cirujanos plásticos, llegó una paciente que yo conocía, pues había hecho su tratamiento postoperatorio hacía más de un año. Me sentí feliz de verla y, de hecho, su cirugía me parecía un éxito. Al conversar con ella, vi que estaba totalmente equivocada, la paciente no estaba feliz con la cirugía, al revés, venía periódicamente a preguntar al médico sobre sus extrañas “sensaciones” que surgieron después de la cirugía. Pregunté por qué no le había gustado la cirugía, una ritidoplastia⁴⁴, y dijo que desde entonces, no tenía una buena sensibilidad en algunas partes del rostro, principalmente en las orejas o cerca de la sutura quirúrgica y que, muchas veces, la temperatura de sus orejas era distinta de la del resto del rostro.

44 En el glosario.

Bueno, en mi percepción como fisioterapeuta, estas sensaciones podían aparecer en un postoperatorio de cirugías plásticas faciales cuyo trauma, a menudo, es agresivo. Además, en relación a la sensibilidad, principalmente cerca de la sutura quirúrgica, acostumbra a tardar algún tiempo para volver de acuerdo con la técnica utilizada y con el organismo de cada paciente. Nada de lo que dijo me sonó preocupante. Con todo, sentí en su discurso que no solo se quejaba por la cirugía, sino que también había una cierta depresión envuelta, con frases demasiado negativas sobre su vida. Percibí que este caso era más complicado de lo que parecía, pues probablemente no se trataba de un error quirúrgico y sí de una recuperación un poco más lenta, posiblemente, asociada a una cuestión psicológica. Entonces, le expliqué que consideraba que estaba dentro del cuadro esperado y que ella no debería preocuparse tanto, que el primer año es así, pues la sensibilidad podría tardar en volver y que sería bueno, si para ella era tan importante, buscar una segunda opinión con otro médico. La paciente oyó atenta lo que decía y al final me dijo:

“Você foi a única que me ouviu e me explicou este processo, já até me sinto melhor.”⁴⁵ (Paciente mientras esperaba el médico).

Esta frase mostraba que, solamente con hablar, la paciente ya se sentía mejor. O sea, quizá era una cierta atención que esta paciente buscaba o un tratamiento psiquiátrico. Estos casos son comunes en el ambiente de las cirugías plásticas porque las personas intentan modificar sus cuerpos para sentirse mejor de algún problema emocional, pero como el problema suele ser más interno que corporal, ninguna cirugía acaba trayendo la solución esperada. Además, existen algunos trastornos psicológicos que pueden influir visiblemente en los cuerpos de los pacientes.

Uno de ellos, es el trastorno dismórfico corporal (TDC), caracterizado por la demasiada preocupación por un defecto en la apariencia, que interfiere en las relaciones

45 Traducción libre: “Tú fuéras la única que me oyó y explicó este proceso, ya me siento mejor.”

sociales (Marques et al., 2011). Es decir, es un trastorno psicológico que altera la percepción de la imagen corporal haciendo que la persona se vea de forma distinta de la realidad. Esto es un problema grave, ya que la persona con la alteración de su percepción puede recurrir a cirugías plásticas innecesarias que nunca alcanzarán la expectativa del paciente.

Una fisioterapeuta, durante una de las entrevistas, citó un estudio hecho por Ramos (2009), que desarrolló una Escala de Evaluación del TDC para que profesionales que no son psiquiatras o psicólogos puedan identificar este trastorno evitando posibles problemas de insatisfacción del paciente. En 2012, Ramos y Yoshida actualizaron la escala con nuevas evidencias y propiedades psicométricas (Ramos & Yoshida, 2012). De Sousa & de Araujo (2014) revisaron los estudios acerca de los pacientes que tienen TDC y se someten a cirugías plásticas, y concluyeron que estos pacientes presentan mayores preocupaciones en salud general, algunas próximas a psicosis, dedicándose mucho al cuerpo. Los autores constataron también que la insatisfacción con la apariencia es general en la población, pero que pacientes con el TDC se preocupan más de las pequeñas imperfecciones. Además, en Brasil hay pocos estudios sobre esto y se necesitan mayores investigaciones.

Con todo, es difícil para un profesional del área estética identificar si la persona tiene TDC o si es vanidosa buscando su perfección corporal. Esta dificultad se relató en la entrevista que hice con la secretaria de una de las clínicas. Ella dijo que una vez que pasa la primera cirugía, la paciente pierde el miedo y quiere hacer otras, como si fuera una adicción. O sea, un buen resultado lleva a la paciente a asociar las cirugías a un tratamiento estético tranquilo, de fácil acceso, sin riesgos, que siempre traerá óptimos resultados, lo que motiva a repetir el procedimiento dificultando distinguir si es exageración, vanidad o el TDC. Sin embargo, el médico también debe identificar si es TDC y alertar de que toda cirugía tiene

riesgos y la exageración puede generar un aspecto artificial como citó uno de los cirujanos entrevistados:

“Todo exagero traz um aspecto de artificial, podendo ser uma distorção.”⁴⁶ (Cirujano plástico).

Todos los médicos dijeron que tienen una importante influencia en la elección de las cirugías plásticas y que deben actuar con un poder moderador, pues los pacientes llegan muy confusos, generalmente con informaciones sin fundamentación científica, basadas apenas en amigos e internet. Entonces, el papel del médico es fundamental para evitar estas distorsiones, trastornos o equívocos. Asimismo, debe transmitir las reales posibilidades y evitar, así, falsas expectativas y una futura insatisfacción corporal. Algunos discursos de los cirujanos entrevistados ejemplifican bien este poder moderador:

“Eu procuro orientálos, responder o que eles querem saber, mas às vezes, elas estão equivocadas e dou a minha opinião. Eu já neguei muitas cirurgias, têm coisas que violentam os meus princípios e que se não concordo, eu respeito o paciente, mas eu não vou fazer.”⁴⁷

“(…) 20% a gente não opera, têm essas coisas de modismo, de uma amiga que fez. Você conversa e elas saem mais felizes do que se tivessem operado. Hoje tem uma faculdade de medicina que se chama “Google”, então elas leem muitas coisas que são inverdades.”⁴⁸

⁴⁶ Traducción libre: “Todo exagero trae un aspecto de artificial, pudiendo ser una distorsión.”

⁴⁷ Traducción libre: "Busco orientálos, respondo lo que quieren saber, pero a veces, ellos se equivocan y les doy mi opinión. Me he negado muchas cirugías, tienen cosas que violan mis principios y si no estoy de acuerdo, respeto el paciente, pero no voy a hacer. "

⁴⁸ "(...) 20% no se opera, hay cosas de moda que un amigo hizo. Solo de hablar ya se van felices. Hoy en día se cuenta con una escuela de medicina llamada "Google", entonces, muchas cosas no son ciertas."

“Cabe ao cirurgião conseguir impor para as pacientes que tudo que é exagerado soa artificial (...) Eu sempre procuro mostrar para a paciente que deve existir um balanço, um nível adequado de todo mundo, mas isso depende do médico saber trabalhar neste sentido.”⁴⁹

“A cirurgia plástica tem um limite, o médico tem o papel de orientar, dizer se é possível ou não, cada corpo ficará de um jeito, a gente tem que trazer para a realidade.”⁵⁰

El conocimiento médico del cuerpo humano asociado a la tecnología científica ha hecho que sea más fácil aplicar tratamientos correctos y hasta prever los resultados de las cirugías plásticas a través de programas digitales. Hoy en día, el médico tiene una responsabilidad no solo de tratar, sino también de convencer que su tratamiento es ideal o no para cada caso de acuerdo con su experiencia y conocimientos técnicos, puesto que las personas son cada día más exigentes y buscan los mejores profesionales. Resumiendo, el médico debe estar presente en todos los procesos en los que el paciente está envuelto, garantizando la calidad de la atención y la satisfacción con el resultado. José Félix Patiño (2007) ha dicho:

“el cirujano no puede ser menos que excelente y perfecto, en cuerpo y en alma, tanto en su propósito como en la ejecución de sus actos.”
(p.192).

Por otro lado, existen las motivaciones externas, donde las personas se basan por las miradas de los demás para sentirse bien con su apariencia. Esta búsqueda de cirugías plásticas

49 Traducción libre: “El cirujano debe imponer a los pacientes de que todo que se exagera queda artificial (...) Yo siempre intento orientar el paciente que debe existir un equilibrio para todo, pero esto depende del médico.”

50 Traducción libre: "La cirugía plástica tiene un límite, el papel del médico es orientar, decir si es posible o no, tenemos que llevar a la realidad."

motivadas por las miradas del otro aparecen en el estudio de Alves (2007), que constató en su trabajo de campo que la mayoría de los entrevistados separaban las cirugías plásticas en cirugías para sí mismo y cirugías para los otros. La autora consideró las cirugías plásticas para sí mismo aquellas motivadas por un sentimiento de “estar bien consigo mismo”, sin interferencia de nadie, y que las cirugías para los otros tenían su motivación en comentarios de familiares, de amigos y, principalmente, de las parejas.

Además, las motivaciones externas demuestran la presencia social en los cambios corporales. De acuerdo con Citro (2009), la presencia social influye en lo que en origen era una imagen de liberación y autodeterminación, pero que rápidamente se transformó en un instrumento de control exterior. O sea, las representaciones de la cultura de una sociedad, llevan a las personas a comparar sus cuerpos constantemente unos con otros y, también, a someterse a cirugías plásticas. Pero, esta comparación puede hacer que las personas compartan ideales sociales de cuerpo y belleza que no siempre son reales, pues varían con los espacios y momentos de una sociedad (Galarza, 2004, p.85).

En esta línea de motivaciones externas, hice una entrevista que me parece encajar en esta clasificación. Una paciente de 35 años que siempre había soñado con ser madre, pero como tenía dificultades para embarazarse resolvió parar de intentarlo y tomó la decisión de cuidar de su cuerpo. Con todo, el resultado de la cirugía ha hecho que mejorase su autoestima y consecuentemente su vida sexual, ya que la vergüenza de enseñar su cuerpo a la pareja había desaparecido, y finalmente se ha quedado embarazada.

“Eu acho que teve uma pressão do meu parceiro, embora ele não tenha me obrigado, mas ele concordou, me deu força se isso ia me deixar melhor (...) Eu fico pensando agora no que esta acontecendo lá dentro e como vai ficar aqui fora, estou focada na gravidez, mas depois eu vou

correr atrás. Eu quero entrar em forma de novo, eu não desisti de fazer lipo nos culotes e até já tinha combinado com o Doutor.”⁵¹ (Paciente, 35 años).

Este discurso enseña que, además de la influencia de la pareja en la cirugía, para la paciente el embarazo era importante, pero el cuidado del cuerpo sería continuo y que si necesario hará otra cirugía plástica. Con todo, la cuestión del embarazo no se puede asociar solamente a la cirugía plástica, sino al hecho de que la paciente estaba con menos ansiedad, por lo que se produjo el embarazo con más facilidad. Se sabe que el organismo estresado tiene su química alterada, lo que puede modificar el funcionamiento hormonal. Es decir, la ovulación puede no producirse de manera regular dificultando el embarazo (Rincón, 2010). Así, cuando la mujer se relaja, su ovulación se normaliza y puede quedarse embarazada.

Otro discurso que me llamó la atención con relación a las motivaciones externas, fue el de un cirujano que dijo que era una hipocresía decir que la apariencia no importaba para la sociedad, pues hasta para comprarnos una fruta solemos mirar su aspecto antes de conocer su sabor. Para él, así hace la sociedad cuando mira a una persona bien o mal vestida, lo que se refleja en las selecciones de empleos. Esta asociación de la apariencia con el éxito profesional también la subrayó otro cirujano plástico, que relató que las empresas no contratan personas que no cuidan de su apariencia porque piensan que si no cuidan de su propio cuerpo, ¿Cómo podrán cuidar de sus empresas? Dijo que generalmente los ejecutivos que necesitan de una buena apariencia para lidiar con el público se someten a cirugías plásticas. O sea, tratan la apariencia como un componente importante para el éxito profesional, así como estaba reflejado en mis hipótesis. Se observa que es una de las principales motivaciones para la realización de cirugías plásticas.

51 Traducción libre: “Yo pienso que hubo una presión de mi pareja, entretanto, él no me ha obligado, pero concordó, me dió fuerza si esto iba dejarme mejor (...) Yo me quedo pensando ahora en lo que está aconteciendo adentro de mí y como va

Además, las motivaciones externas también pueden ser influenciadas por la globalización. El estudio de Elliott (2011) trata de como las cuestiones económicas, como buscar un puesto de trabajo, pueden influir en las realización de cirugías plásticas. Él no solo habla de la cultura del cuerpo, sino también de la cultura de las cirugías estéticas ofreciendo elementos que permiten dilucidarla como un fenómeno mediático, económico y social. En este estudio, durante una de sus entrevistas, un médico afirma que para él la economía gobierna la cultura de las cirugías plásticas, pues las personas buscan mejores puestos de trabajo incluso cuando tienen una buena situación financiera, por lo que atribuyen al cuerpo un poder dentro del mercado. Es decir, la globalización y el deseo de una reinención inmediata han sido determinantes en la consolidación de prácticas sociales sobre el cuerpo que él llama de la “cultura de las cirugías plásticas” (p.145).

En resumen, no se puede dejar de mencionar que las motivaciones internas y externas pueden estar incluidas simultáneamente en los objetivos de los pacientes y que una también tiene influencia en la otra. Por lo tanto, es determinante para el bienestar de la persona que exista un equilibrio y un discernimiento sobre la decisión de realizar o no cirugías plásticas. Además, esta decisión debe ser individual y de acuerdo con las necesidades, sean internas o externas, de cada persona y no debe ser solo una alternativa para huir de algún problema emocional o por pereza de dedicarse a algo más a largo plazo. Sin embargo, es importante destacar que las motivaciones tanto externas como internas, generalmente, vienen con una voluntad de algún cambio en la vida. Según Le Breton (2011, p.185) “todo individuo es coautor de su cuerpo con el vinculo social”. Por lo tanto, muchas veces, los cambios en la vida son más difíciles que los del cuerpo, por lo que las cirugías plásticas se convierten en una manera rápida de responsabilizarse y conquistar alguna modificación, aunque sea la corporal.

Por fin, concuerdo con Le Breton que ve el cuerpo como una especie de borrador que ha de ser corregido a través de un trabajo adecuado (Le Breton, 2010, p.188). O sea, la maleabilidad de los procedimientos quirúrgicos hace que sea posible arreglar la parte del cuerpo que no agrada a las personas, proyectando también una forma de identidad modificable. Esta obsesiva búsqueda se relaciona con el deseo por los diversos cambios en la vida que la mayoría de las personas poseen.

4.2.2 CON EL BISTURI: cirugía plástica reconstructiva, estética y etnocirugía

Para la ISAPS, las cirugías plásticas son divididas en quirúrgicas (reconstructivas y estéticas) y en las no-quirúrgicas. La cirugía plástica reconstructiva, procura restablecer la funcionalidad y normalizar la apariencia de partes corporales afectadas por alguna patología o traumatismo. Y la estética, busca el embellecimiento, combinando “arte y ciencia” (ISAPS, 2014)⁵². También objetivan mejorar la apariencia y la autoestima (Santos, Barnabé, Fornari & Ferraz, 2012). Uno de los primeros a escribir sobre las diferencias entre cirugías reconstructivas y estéticas fue Harold Gillies (Raposo-do-Amaral, 2010; Rodríguez & González, 2007).

Es importante subrayar que los tratamientos no-quirúrgicos también son realizados por cirujanos plásticos y que son comunes en Brasil. Son tratamientos menos invasivos como la toxina botulínica (el bótox), el rellenamiento de labios y de arrugas, los trasplantes capilares, las reparaciones de cicatrices y los peelings químicos, a laser o quirúrgicos (dermoabrasión). Durante mi trabajo de campo pude observar que la aplicación de bótox es un procedimiento de rutina de los pacientes, esto se observa en el discurso: “a cada 6 meses eu coloco meu botoxzinho, foi a melhor invenção do mundo, fico louca quando o efeito começa

⁵²Aceso en: www.isaps.org

a passar”⁵³. Este testimonio fue un poco impactante para mí, pues la paciente no se preocupaba con qué sustancia estaba aplicando, ni los riesgos a largo plazo para la salud. Pero, vi que no era la única paciente que pensaba esto.

Volviendo al tema de los procedimientos quirúrgicos, en la primera Sociedad Americana de Cirugía Plástica (ASPRS) aún no existía la división en reconstructivos o estéticas. Con el tiempo, se creó la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica (IPRAS), que abarcaba todas las federaciones del mundo por zonas geográficas de los países, pero aún sin divisiones. Con todo, actualmente la Asociación Internacional de Cirugías Plásticas (ISAPS) hace la división entre las cirugías estéticas (Asociación Internacional de Cirugía Estética - ASAPS) y las reconstructivas (Asociación Internacional de Cirugía Reconstructiva- ASPR).

Las cirugías reconstructivas más frecuentes según DataFolha (2009)⁵⁴, son las reparaciones después de la retirada tumores, accidentes urbanos y domésticos, defectos congénitos y quemados. También hay las cirugías de reconstrucción mamaria, retoques de cicatrices, escaras de decúbito, injertos, entre otras. Durante las entrevistas, los cirujanos plásticos relataron que acaban realizando más cirugías estéticas que reparadoras, pues es la mayor procura del mercado brasileño. Además, esta percepción de los médicos están de acuerdo con los datos del estudio hecho del DataFolha, que constató que en Brasil 73% de las cirugías son estéticas y apenas 27% son reconstructivas. Abajo un discurso que enseña esto:

“como todo cirurgiao plástico, eu tive uma formação geral em cirurgia estética e reparadora. E a partir do décimo ano formado, eu comecei a ter muito mais cirurgias estéticas do que reparadoras. Hoje,

⁵³ Traducción libre: “a cada 6 meses yo coloco mi botox, fue la mejor invención del mundo, me quedo loca cuando el efecto empieza a salir” (Relado de una paciente).

⁵⁴ Instituto de pesquisa DataFolha. En: <http://www2.cirurgioplastica.org.br/images/Docs/pesquisa2009.pdf>

eventualmente eu faço cirurgias reparadoras, você vai modificando o tipo de paciente que atende.”⁵⁵ (Cirujano plástico).

Para la mayoría de las fisioterapeutas, los tratamientos postoperatorios también solían ser de cirugías estéticas. Por otro lado, la fisioterapeuta, especialista en salud de la mujer, dijo que los tratamientos postoperatorios más frecuentes eran de cirugías reparadoras. Contó que los casos de cirugías de mastectomía eran comunes en su práctica, resaltando que el fisioterapeuta debía estar preparado para lidiar con esto, pues las mujeres generalmente estaban con su psicológico dañado, lo que hacía que se sientan menos femeninas.

“Estas pacientes têm uma questão emocional muito grande associada ao simbolismo da mama para questões femininas, se sentem mutiladas, querem ser aceitas, desejadas pelos parceiros, não é só um corpo físico, vai além disso.”⁵⁶ (Fisioterapeuta)

La feminidad es un punto importante dentro de las cirugías plásticas reconstructivas y estéticas, pues muchas mujeres buscan a través de las prótesis de silicona sentirse más femeninas y atractivas. Butler (1999), habla de los géneros a través de una simbología de hombre y mujer que se representan en sus cuerpos. Para Le Breton (2011, p.194), “cada individuo es el dueño de su sexualidad, de la apariencia, de su presencia en el mundo, así como de su sexualidad”. Es decir, la responsabilidad individual del cuerpo, motiva a las mujeres para buscar en las cirugías plásticas más “feminidad” y a los hombres

⁵⁵Traducción libre: "Como cualquier cirujano plástico, tuve la formación en cirugía estética y reconstructiva. A partir del décimo año formado, empeze a tener más cirugías estéticas que reconstructivas. Hoy en día, eventualmente hago cirugías reconstructivas, se modifica el tipo de paciente que se atiende."

⁵⁶Traducción libre: “Estas pacientes tienen un problema emocional muy grande relacionado con el simbolismo de lo seno para las cuestiones de la mujer, se sienten mutiladas, con ganas de ser aceptadas, deseadas por las parejas, no es sólo un cuerpo físico, va más allá de eso.”

“masculinidad”. El género no distingue estas simbologías, pero el cuerpo puede proyectar estos mensajes. Según (Haraway, 1991), solamente los cyborgs serían neutros de esta distinción social.

Las cirugías estéticas suelen ser por voluntad propia y sin ninguna enfermedad, pudiendo también mejorar la salud mental. Para los cirujanos plásticos, los tipos de cirugías estéticas varían de acuerdo con la edad del médico, pues comúnmente, las pacientes acompañan la trayectoria del cirujano. Así, cuando el cirujano es joven tiene más pacientes jóvenes que hacen más cirugías de la nariz, orejas, prótesis de silicona y liposucción. Ya en otras fases, cuando el cirujano tiene más experiencia las mismas pacientes buscan la cirugía para reconstruir el seno después del amamantamiento, la mastopexia, con o sin prótesis de silicona, liposucción y abdominoplastia. Luego vienen las más antiguas que hacen más ritidoplastia, peeling y también los cambios de prótesis de silicona que están con sus plazos casi vencidos. Resaltó que hoy las más jóvenes que él tiene son hijas de las pacientes antiguas.

Otro cirujano plástico habló de las diferencias de cirugías estéticas basadas en género. Explicó que las cirugías en los hombres están aumentando paulatinamente. Es cierto que hacen cirugías menos invasivas que las mujeres, como en los ojos (blefaroplastia), en las orejas (otoplastia), implantes capilares, liposucción y ginecomastia que es la retirada de grasa del seno.

Aún en la línea de géneros, él contó que antes los hombres escondían que hacían cirugías plásticas, sin embargo, ahora suelen decir que van hacer una cirugía y volver más “refrescados”, más rejuvenecidos físicamente y sin “efectos barbies”. Pregunté qué era este efecto “barbie”, pues aún no había oído hablar y dijo que era cuando la persona tiene 40 años

con un rostro de 16. Para él, el ideal es tener un rostro y cuerpo de 40, pero sin las marcas del tiempo.

En resumen, las cirugías estéticas más frecuentes citadas por los entrevistados fueron la abdominoplastia, la liposucción y la mamoplastia de aumento. Estos datos concuerdan con los datos encontrados en un estudio realizado por ISAPS que aparece que en Brasil las cirugías más comunes son la liposucción (221.108 procedimientos), la mamoplastia de aumento (148.962) y la abdominoplastia (95.004) (ISAPS, 2011). Así, los relatos comprueban las hipótesis de la investigación⁵⁷.

Como uno de los objetivos de esta investigación era conocer el concepto de etnocirugía de los cirujanos plásticos, pregunté a todos sobre este término. Todos los cirujanos plásticos que pude conversar conocían esta terminología, con todo, no la utilizaban. Algunos decían que no tenían formación para esto, pero que hacían cirugías en todas etnias, sin distinción. Otros citaron que esta terminología es más europea y que les parecía ser clasificatoria o discriminatoria. En realidad esta terminología tuvo su origen en México, con la antropóloga Elsa Muñiz García (2010), que puede no haber sido la primera en usar la palabra “etnocirugía”, sino que fue la primera en escribir sobre esto. Además, García (2013) también escribe sobre las cuestiones de un racismo de nuevo cuño que las cirugías pueden estar proporcionando, pues al revés de respetar las diferencias de las etnias, exaltadas en el mundo globalizado, acaba por homogeneizar las personas a un modelo de belleza estereotipado por los medios de comunicación.

Una de las entrevistas que me llamó la atención, tiene una relación con las cuestiones de aceptación de sí mismo y la vergüenza del explicar sus voluntades a los cirujanos plásticos. La médica, hablando de etnocirugías, me dijo que trataba casos en que pacientes negras no decían realmente cómo querían sus narices durante las consultas, “talvez por vergonha de

⁵⁷ Estos datos están en la Figura 1 en anexo.

mim”⁵⁸, comentó la médica, y acababan no satisfechas con el resultado quirúrgico teniendo que rehacer el procedimiento. Subrayó que no era raro que pacientes mestizas repitan las cirugías de narices, buscando siempre un modelo de belleza de nariz fino, que para ella no combina con un rasgo mestizo. Ya para las pacientes, a pesar de estar en armonía con sus rasgos étnicos, las narices aún no eran tan finas como los patrones proyectaban.

Esto pude comprobar al entrevistar a una paciente negra que hizo tres veces la cirugía de nariz y dos veces liposucción. Ella relató que como era joven en su primera cirugía, no tenía la consciencia de salud que hoy tiene y se sujetaba a cirugías invasivas con resultados inmediatos para obtener un único fin: la aceptación de su cuerpo para los demás. Esto se observa en su frase:

“Eu era uma adolescente que me achava fora dos padrões estéticos, achava o meu nariz largo e grande para o meu rosto, achava meu culote grande demais e desproporcional para meu biótipo na época, eu achava que eu tinha que fazer isso, que ia mudar a minha vida.”⁵⁹

(Paciente, 31 años)

También se observa que la paciente seguía los modelos de belleza y pensaba que al encuadrarse en estos, su vida cambiaría. Las modificaciones corporales pueden venir motivadas por un deseo de modificar no solo el cuerpo, sino también la identidad o la existencia como decía Le Breton (2010). Además, según la cirujana plástica, los pacientes vienen con una gran expectativa en relación a los resultados quirúrgicos, generalmente,

⁵⁸Traducción libre: “quizá por vergüenza de mí” (Cirujana Plástica).

⁵⁹ Traducción libre: “Yo era una adolescente que me sentía fuera de los padrones estéticos, veía mi nariz largo y grande para mi rostro, sentía mis culotes grandes demás y desproporcional para mi biotipo en la época, yo pensaba que tenía que hacer esto, que iba cambiar mi vida.”

asociada a una modificación en su vida, que puede ser tanto profesional como amorosa, con todo, viene junto una idea de aceptación en sociedad.

Se constató en la investigación que a pesar de existir una “democratización” étnica y la popularización de las cirugías plásticas, la gran mayoría de los pacientes que las realizan son blancos. Es decir, existe una distinción de público de consumo. Por otro lado, los médicos argumentan que si las etnocirugías son una forma de cambiar identidades culturales para disminuir distinciones, no serían los blancos los que más se someterían, pues ellos no necesitarían modificar nada (Reyes, 2001). Además, para los médicos las etnocirugías son mera nomenclatura, pues no intentan cambiar los rasgos étnicos o culturales y causar una homogenización social, sino que tratan de colocar una cierta armonía, proporción y equilibrio en los rasgos de los pacientes independientemente de sus etnias.

Con todo, la etnocirugía no deja de ser una gran paradoja ya que, hoy, el mundo preserva la diversidad cultural, pero aún intenta enmascarar las diferencias. Creo que arreglar algún rasgo que no agrada no puede considerarse racismo o subordinación, pero clasificar las cirugías plásticas como etnocirugías ya demuestra que existe una separación de etnias para realizar los procedimientos. Conuerdo con los médicos que la intención no es acabar con las diferencias étnicas, sino armonizar los rasgos físicos de cada etnia. También se observó que modificar un rasgo étnico se ha transformado en una alternativa utilizada para evitar distinción social lo que facilita el éxito profesional y genera una mayor integración social. Esta distinción la comenta Bourdieu (2007) puede generar injusticias sociales.

En este sentido, García (2010) relaciona las cirugías plásticas con poder, corporalidad y género de la cultura occidental. Según ella, las prácticas de belleza, principalmente hechas por mujeres, trabajan para borrar diferencias, produciendo un efecto contradictorio que es la homogeneización. Son como proyectos personales a través de la

instrumentalización del cuerpo, o sea, cuerpo máquina modificable y reparable. Por fin, la sociedad solo sería perfecta si fuese posible la valoración de lo singular, de lo individual o de lo diferente. La dignidad significa autonomía, libertad para escoger la forma de vivir y de utilizar su cuerpo como cada uno prefiera realizando o no cirugías plásticas.

4.2.3 CON EL CURITO: Los tratamientos postoperatorios

“Mesmo com o aumento de cirurgias plásticas, a quantidade de tratamentos pós-operatórios é pequeno. A ânsia por resultados rápidos faz com que os pacientes não tenham tempo de realizar as sessões. Outra coisa é o dinheiro, elas não querem gastar muito com os tratamentos, já gastaram com a cirurgia.”⁶⁰ (Fisioterapeuta).

Esta declaración dicha por una fisioterapeuta, expresa algunos de los desafíos que la fisioterapia dermatofuncional enfrenta con relación a los tratamientos postoperatorios. Entretanto, se constató en esta investigación que los participantes consideran importante los tratamientos postoperatorios, no solo para los fisioterapeutas, sino también para los médicos y los pacientes. Pensaba que los fisioterapeutas serían los que más hablarían de la importancia de estos tratamientos, pero no, todos mostraban respecto a esta área de la fisioterapia. No sé si el hecho de que yo sea fisioterapeuta les pueda haber influido, con todo, tuve el cuidado para observar las entrelíneas incluidas en cada frase dicha.

Para los entrevistados, los tratamientos postoperatorios no solo aceleran la recuperación de edemas, equimosis, fibrosis o adherencias, sino que también promueven un

⁶⁰ Traducción libre: “Incluso con el aumento de las cirugías plásticas, la realización de tratamientos postoperatorios es pequeña. El afán de obtener resultados rápidos hace con que los pacientes no tengan tiempo para hacer las sesiones. Otra cosa es el dinero, no quieren gastar mucho con los tratamientos.” (Fisioterapeuta)

bienestar al paciente. Los pacientes resaltaban la mejora que percibían después de una sesión, principalmente en relación a edemas y adherencias. Los médicos consideraban que los tratamientos que se hacían dentro de la clínica traían más que una mejora física, también una mejora emocional, pues tienen la ventaja de un mayor contacto con el médico transmitiendo confianza en el equipo, generando mejores resultados.

Un médico comentó que también prefiere los tratamientos postoperatorios realizados en la clínica, con todo, muchas veces, los pacientes no tienen dinero para pagar, pues en la clínica la fisioterapia suele tener un precio más alto y las pacientes acaban realizando sus intervenciones en lugares con precios más accesibles, como en salones de belleza o con masajistas, que no tienen la misma formación, por lo que pueden comprometer el resultado final de la cirugía. Una fisioterapeuta comentó:

“Existe muita diferença entre os profissionais, desde a formação até a execução dos atendimentos. Procuro trabalhar com esse diferencial, tratando o paciente como um todo, preocupando-me tanto com a região operada como com as demais regiões do corpo.”⁶¹
(Fisioterapeuta).

Este tema es muy debatido dentro del campo de la fisioterapia, que considera que la dermatofuncional aún no está bien reconocida en la sociedad y dentro de la clase médica. Por otro lado, en mis entrevistas pude ver lo contrario, los médicos indicaban estos tratamientos. Con relación a los pacientes, la mayoría dijo que fue el médico quien les había indicado, pero que ya habían oído hablar de esto. Algunos dijeron que iban hacerlo mismo que el médico no mandase, pues consideraban fundamental para el resultado final de la cirugía plástica. Apenas

⁶¹Traducción libre: “Existe muchas diferencias entre los profesionales, desde la formación hasta la ejecución de los atendimientos. Procuro trabajar con este diferencial, tratando el paciente como un todo, me preocupando tanto con la región operada como con las demás regiones del cuerpo.”

uno de los cirujanos plásticos entrevistados dijo que no indicaba, pero que tampoco contraindicaba, él dejaba esto a cargo del paciente, pues para él el cuerpo humano era capaz de recuperarse solo, sin ninguna ayuda externa.

Ya para los fisioterapeutas entrevistados esta visión era muy distinta, la mayoría subraya la importancia de los tratamientos no sólo en el postoperatorio, sino también en el pre-operatorio y algunas consideraban que debería ser obligatorio hacerlo. También piensan que los médicos no acostumbran a indicar y que falta un gran reconocimiento de la fisioterapia dermatofuncional. Además, consideran un peligro que profesionales no habilitados realicen estos tratamientos, subrayando que los tratamientos no se basan en drenaje linfático, sino también en el proceso de reparo, en la cicatrización, en la funcionalidad del tejido y, principalmente, en el ordenamiento de las fibras que si no tratadas adecuadamente, se transforman en adherencias o fibrosis permanentes.

Para que un fisioterapeuta pueda realizar los tratamientos postoperatorios de cirugías plásticas con seguridad debe tener una formación especializada en fisioterapia dermatofuncional o, si no es así, debe ser a través de cursos de pre y postoperatorios quirúrgicos. El dominio de las técnicas y los conocimientos de cada cirugía son esenciales para el resultado satisfactorio del tratamiento. Asimismo, los tratamientos varían para cada paciente y la evaluación fisioterapéutica es fundamental, pues dependen de las necesidades funcionales de cada uno. Aspectos como el tono muscular, edemas, cicatrización, vascularización, sensibilidad, dolor, tipo de cirugía y tiempo de postoperatorio, deben analizarse personalmente (Macedo & Oliveira, 2011). También buscan recuperar más rápidamente las complicaciones quirúrgicas, como equimosis, infecciones, abertura de la sutura, fibrosis, adherencias, depresiones, quelóides, cicatrices hipertróficas o mal posicionadas, excesos de piel, seromas, alopecia y lesiones nerviosas⁶².

62 Términos en el glosario.

Los principales objetivos de los tratamientos postoperatorios son: incrementar la microcirculación local, la prevención de fibrosis y adherencias, reducir el edema y movilizar el tejido. Además, como las cirugías constituyen una agresión tisular, la fisioterapia busca utilizar todos los recursos disponibles para esta recuperación y, también, para una buena funcionalidad del paciente. No solo en el aspecto estético, sino también para el retorno rápido a sus actividades cotidianas. El profesional debe ser habilitado para inducir un buen proceso de recuperación, orientaciones de cuidados en casa, indicaciones y contraindicaciones de postoperatorio, detección de complicaciones, como por ejemplo, seromas, hematomas, infecciones o la abertura de sutura y encaminar, cuando preciso, para el médico.

En esta línea, una de las fisioterapeutas resaltó que las orientaciones de auto cuidado y la responsabilidad del paciente son muy importantes. Para los médicos, responsabilizar a los pacientes también es fundamental. La frase de uno de los cirujanos define bien esto:

“Eu retirei o curativo e acabou a minha responsabilidade, é um exagero, mas quero que saibam que vão ter que se cuidar e fazer os tratamentos pós-operatórios.”⁶³ (Cirujano Plástico).

Los principales tratamientos postoperatorios citados por los fisioterapeutas fueron las técnicas que auxilian en la cicatrización y en el reparo. Así, el laser, la alta frecuencia, el Ultra-son (US) y las técnicas manuales como el drenaje linfático, la liberación tisular funcional (LTF®), movilizaciones miofasciales y las técnicas que promuevan una mejora funcional para el paciente fueron las más citadas. Además, los fisioterapeutas orientan utilización de crioterapia (hielo), posiciones correctas para sentar, levantar y dormir, cambios de hábitos en este período o restricciones de movimientos. Los datos obtenidos en las entrevistas están en la misma línea de los estudios encontrados, que ahora serán discutidos.

⁶³ Traducción libre: “Yo retiré el curativo y se acabó mi responsabilidad, es un exagero, pero quiero que sepan que van a tener que cuidarse y hacer los tratamientos postoperatorios.”

Según Borges (2010), es común que durante la cirugía ocurra alguna alteración estructural o funcional de los vasos linfáticos por laceración o compresión, lo que genera el apareamiento de edemas. Los tratamientos postoperatorios auxilian el drenaje de estos edemas, principalmente por drenaje linfático manual (DLM). El DLM facilita el flujo de los líquidos excedentes entre las células hasta los ganglios linfáticos, drenándolos para circulación sanguínea y de esta para el sistema urinario, donde el exceso se elimina. Esto facilita el equilibrio hídrico, equilibrando también las presiones tisulares (Leduc & Leduc, 2003).

El DLM empieza en la fase aguda, de acuerdo con la orientación del médico, pues cada cirugía tiene su peculiaridad y cada médico una manera de tratar. Por lo tanto, las presiones manuales empleadas deben ser suaves, de 30 a 40 mmHg, y lentas (12 veces por minuto) para no lesionar o dañar los capilares linfáticos (Leduc & Leduc, 2003, p.15). Sin embargo, el DLM también mejora la motricidad intestinal, la musculatura esquelética y lisa, disminuye las fibrosis e induce los efectos parasimpáticos del sistema nervioso autónomo, mejorando la calidad del sueño y aumentando la diuresis. O sea, para los postoperatorios, el DLM auxilia en las funciones de relajamiento muscular, analgesia, disminuye adherencias, edemas, hematomas, retenciones hídricas y retracciones fibrosas de los tejidos superficiales.

Las principales técnicas de DLM son Leduc, Vodder, Godoy e Godoy y Foldi (Guiro & Guiro, 2004). El DLM de Leduc se usa mucho en postoperatorios, pues sus maniobras son suaves y, así, no tienen el riesgo de lesionar los capilares linfáticos que están en recuperación. También se puede utilizar equipamientos como la Presoterapia, la endermoterapia o la vacuoterapia y las contenciones elásticas (Leduc & Leduc, 2003).

El DLM elaborado por Albert Leduc se basa en los procesos de captación y evacuación de los líquidos intersticiales facilitados por maniobras manuales. La captación o

reabsorción se realiza a través de los capilares linfáticos como consecuencia de un aumento de la presión tisular. Ya la evacuación permite la transferencia de los líquidos lejos de la región infiltrada en dirección del sentido del drenaje fisiológico. (Leduc & Leduc, p. 33-34). Leduc también ha escrito trabajos sobre la acción de su método en los tratamientos de linfedemas, patología que genera una disminución de la absorción de proteínas en los espacios intersticiales, provocando la hinchazón (O. Leduc, A. Leduc, Bourgeois & Belgrado, 1998).

Otro método de DLM es el Vodder⁶⁴, que empezó en la década de los 30 cuando Astrid y Emil Vodder aplicaron intuitivamente drenajes en sus pacientes que poseían sinusitis, faringitis y amigdalitis. Ellos percibieron que los ganglios hinchados mejoraban con la técnica, entonces, decidieron presentar este hecho a los esteticistas y después lo difundieron en todo mundo. El método Vodder, también combinó terapias descongestivas para reducir edemas a través de masajes con suaves presiones, bandas elásticas y ejercicios, lo que hoy se denomina “terapia combinada de descongestión”. Esta técnica no se utiliza tanto en postoperatorios, pues la variación de presión puede perjudicar los capilares linfáticos en recuperación. Hay otros métodos de drenajes linfáticos como el Godoy e Godoy y el Foldi, pero menos utilizados en los tratamientos postoperatorios actualmente.

Otra técnica de tratamiento utilizada en el postoperatorio de cirugías plásticas es la Liberación Tisular Funcional® (LTF), elaborada por la fisioterapeuta brasileña Mariane Altomare. Esta técnica se basa en un tratamiento manual desarrollado para la aplicación en fibrosis y adherencias provocadas por el trauma tisular durante las cirugías plásticas. Según la autora, las tensiones mecánicas sobre el tejido en fase cicatricial promueven la organización del colágeno (proteína) producidos por fibroblastos (células del tejido conjuntivo), estimulados para la reparación del tejido dañado. Por lo tanto, buscan la organización tisular y

⁶⁴ Asociación para la promoción del linfodrenaje manual Vodder. Acceso: 23/03/2014. Disponible en:

<http://www.vodder.com/index.htm>

la recuperación funcional a través de principios de alongamientos, estiramientos pasivos (pompajes) y la liberación miofascial (Altomare, 2011). Es un tratamiento importante, pues evita la formación de fibrosis y adherencias, principalmente, en la liposucción, que es una cirugía que provoca un gran trauma tisular.

Por otro lado, también hay tratamientos que usan electroterapias, como el ultra-son, las microcorrientes y las corrientes galvánicas. El ultra-son (US) se define por oscilaciones de ondas mecánicas que penetran la piel en diferentes profundidades de acuerdo con las frecuencias, que van de 0,75 a 3,0 MHz, acelerando el proceso de cicatrización muscular y epitelial. Además, poseen efectos mecánicos, químicos y térmicos (o biológicos y físicos) que se regulan de acuerdo con los parámetros de intensidad, tiempo, área, frecuencia y fase de la lesión. Por lo que pueden optar por efectos térmicos (continuo) y no térmicos (pulsado) (Tiago de Freitas, Luciana de Freitas & Streck, 2011). En los postoperatorios se indica la frecuencia de 3 MHz en bajas intensidades (modo pulsado 0,5 W/cm²) en la fase inflamatoria, lo que estimula la recuperación del tejido. (Macedo & Oliveira, 2011). El US auxilia también en la absorción de hematomas, reduciendo la formación de fibrosis, adherencias, cicatrices hipertróficas, quelóides, dolores, edemas y mejorando el flujo linfático y sanguíneo (Migotto & Simões, 2013).

Aún en la electroterapia se pueden utilizar las corrientes galvánicas. Estas se basan en el efecto electroforético, es decir, a través de la aplicación de un fármaco por medio de una corriente eléctrica (Silva, 1997). En los postoperatorios de cirugías plásticas se suelen colocar sustancias con acciones antiinflamatorias, antisépticas, cicatrizantes o para reducir edemas y fibrosis como la Dexametasona, la Hialuronidase y el óxido de zinc (García, 2000; Dal Gobbo, 2010). Ya la microcorriente que es una corriente galvánica modificada, acelera la síntesis proteica, mejora el transporte en las membranas de aminoácidos (estimulando la

cicatrización), y, además, tiene acción bactericida por la liberación de ion y estimula la fagocitosis. Por esto, se utiliza en los daños de tejidos, en heridas y en postoperatorios de cirugías plásticas.

Otros equipamientos fisioterápicos también pueden utilizarse en los tratamientos postoperatorios o posteriormente para la manutención de la funcionalidad y de la estética de la piel. La elección de lo más adecuado será del fisioterapeuta en consenso con el médico cirujano plástico, buscando la mejora global y la satisfacción del paciente. Alta frecuencia, la corriente farádica y la corriente rusa son algunos de los ejemplos. Además, también existen tratamientos con terapias combinadas entre corrientes eléctricas y ultra-son de alta intensidad, los tratamientos con laser, que han generado buenos resultados clínicos, tanto en postoperatorios de cirugías plásticas como para fines estéticos para reducción de medidas (Júnior & Agne, 2003; Menezes & Ribeiro, 2009; Guirró & Guirró, 2004).

Con todo, aún existen tratamientos que utilizan propiedades físicas del calor y del frío para los postoperatorios de cirugías plásticas. El calor busca mejorar la calidad del tejido cicatricial tratando fibrosis y adherencias, y se utiliza en la presencia de fibrosis, con temperatura de los tejidos entre 40° y 45° grados Celsius (Migotto & Simões, 2013). Puede usarse de manera simple con bolsas de agua caliente, mantas térmicas o a través de electroterapia como las propiedades térmicas del US continuo y de la luz infrarroja. Por otro lado, la crioterapia es una técnica que promueve el resfriamiento del tejido y limita su trauma al reducir el metabolismo celular generando efectos analgésicos. Generalmente, se indica en la fase aguda, pues reduce el flujo sanguíneo local, también el edema local, la respuesta inflamatoria y la hemorragia (Macedo & Oliveira, 2011; Felice & Santana, 2009).

Otros cuidados que el fisioterapeuta debe tener están relacionados con las cremas utilizadas durante los drenajes. Para los postoperatorios de cirugías plásticas en los primeros

días no es necesario utilizar cremas, pero al final de la sesión sí se puede colocar alguna crema con árnica o ácido hialurónico para disminuir las equimosis. Posteriormente, es posible utilizar cremas neutras o con sales minerales, vitamina E, aloe vera y caléndula que tienen acción analgésica, antiséptica y cicatrizante (García, 2000). El fisioterapeuta también debe orientar al paciente en cuanto a los cuidados en el postoperatorio, indicando reposo, ingestión hídrica, cuidados con la alimentación, evitar las actividades físicas y realizar revisiones periódicas con el médico.

Para finalizar, es importante que los médicos reconozcan y confíen en la actuación del fisioterapeuta para que encaminen los tratamientos postoperatorios a los pacientes (Flores, de Brum & de Carvalho, 2011). Para el fisioterapeuta es fundamental dominar todos los recursos terapéuticos, las fases de recuperación, el tipo de cirugía y las principales necesidades evaluadas funcionalmente durante todo el tratamiento. Los cuidados con el paciente deben objetivar la mejora global y no solo la estética, sino que también deben generar alivio, bienestar y una aceleración en la recuperación quirúrgica para el retorno a sus actividades diarias. Es decir, es importante que sea un trabajo multidisciplinar o transdisciplinar que buscará siempre la calidad de vida del paciente.

4.2.4 ¿BELLEZA O SALUD?: cada generación escribe sus libros

De acuerdo con Feliciano Blanco Dávila (2005), “para el médico que está en contacto con pacientes que solicitan corregir algún defecto o mejorar y embellecer algún rasgo de su fisonomía, es común desarrollar conceptos apreciativos de la belleza basados en conocimientos teóricos y en su propia conceptualización” (p.118). Es decir, el cirujano plástico tiene una característica artística, pues crea para cada paciente un concepto de belleza

que armonice y equilibre los “defectos” que pueden mejorarse en cada paciente, pues según uno de los médicos entrevistados “sempre pode melhorar mais”⁶⁵. O sea, su influencia es fundamental en la elección de la técnica y en el resultado quirúrgico.

Además, hace un tiempo que la cirugía plástica dejó de ser un “tabú” para las personas. El miedo de los resultados indeseados en la antigüedad, debido a pocas especializaciones y técnicas, hacía que la cirugía fuera la última alternativa para mejorar sus “imperfecciones” corporales y conquistar la belleza tan ansiada. Con todo, la evolución de la medicina trajo consigo la mejora continua de las técnicas quirúrgicas, cada vez menos invasivas y con recuperaciones más rápidas, popularizando las cirugías plásticas.

Esta búsqueda de la belleza y perfección asociada a una popularización de las cirugías facilitó la posibilidad de modificar los cuerpos, muchas veces, de forma impensable. La mayoría de las pacientes comentó que no se pararon a pensar mucho, pues no querían desistir, pero apuntaron que antes de entrar en el centro quirúrgico siempre aparecía aquella duda: “Eu era saudável e busquei um risco, que Deus me ajude”⁶⁶. En estas horas de miedo y dudas, los aspectos religiosos suelen aparecer. Una de las secretarías entrevistadas me dijo a este respecto:

“Uma vez fazendo a cirurgia, perde-se o medo e cada vez a pessoa quer fazer mais e eu não acho que isso seja prejudicial para o ser humano, pelo contrario, acho isso muito legal, muito bom para a autoestima.”⁶⁷ (Secretaria).

Es decir, para ella, la satisfacción del resultado quirúrgico era el propio *marketing* del cirujano. Además, las pacientes siempre comentan a las amigas y familiares que acaban

⁶⁵ Traducción libre: “siempre puede mejorar más.”

⁶⁶ Traducción libre: “Yo era sano y He buscado un riesgo, que Dios me ayude.”

⁶⁷ Traducción libre: “Hecha la cirugía, usted pierde el miedo y cada vez más quieres hacerla, no creo que eso es perjudicial para los seres humanos, al revés, me parece muy bien para la autoestima.”

motivándose, perdiendo el miedo y buscando al médico indicado. Sin embargo, es posible percibir que las pacientes no quieren pensar en los riesgos y en la recuperación, al revés, se fijan en los resultados para no desistir del procedimiento. O sea, la búsqueda por la belleza, en estos casos, es más fuerte que el miedo y esto hace que la opción por la “ignorancia” del hecho sea una forma de dejarlas más seguras. Las cuestiones de salud envueltas se tornan apenas importantes cuando acontece alguna complicación, antes de esto parece que es mejor no recordar.

Una de las entrevistas a un cirujano plástico me impresionó, pues había dentro de sus discursos, algunas cuestiones antropológicas. Él subrayó que todos los pueblos, independientemente de sus culturas, están en busca de tres valores que son afeitarse, tener músicas y creer en un ser superior.

El cirujano, también, comentó que desde que el mundo es mundo, las personas están en busca de la vida eterna, de la juventud y de la belleza. Para contextualizar su afirmación, él contó la leyenda de Juan Ponce de León que murió en busca de la fuente de la juventud. Ponce de León fue un conquistador español, que descubrió Florida, y murió buscando la fuente de la eterna juventud a través de los datos obtenidos de los caciques indígenas que encontró en sus viajes al Caribe y su gran voluntad de mantenerse joven (Goyanes, 2012; Fontaneda, 2006). La cultura del cuerpo tiene una estrecha relación con esta historia, pues hoy, con el avance de la medicina asociado con los tratamientos estéticos, las personas están cada vez más buscando alternativas para sentirse siempre jóvenes.

Además, casi todos los entrevistados comentaron que el cuerpo bonito era una cuestión social, principalmente, en Porto Alegre o en Brasil. En la mayoría de los discursos, el hecho de que Brasil es una referencia en cirugías plásticas, ya que es el segundo país en número de procedimientos, apareció relacionado en la búsqueda de la belleza y perfección

para las personas. Estas citas están de acuerdo con los datos mundiales de ISAPS (2011), o sea, los participantes estaban informados sobre la gran incidencia de cirugías plásticas en Brasil. Además, comentaron también que la cuestión cultural del cuerpo en Brasil está asociada con su exposición en las playas, el clima y el carnaval. Es decir, este mirar más a los desnudos transmite una voluntad de igualarse a patrones de belleza proyectados por los medios de comunicación.

Me llamó la atención también que muchos de los entrevistados relataron que es difícil conocer a alguna persona en Porto Alegre que no haya hecho alguna cirugía plástica. Resaltaron que el extraño es quien no lo hace, que es difícil no encuadrarse con los modelos, lo que es, algunas veces, motivo de rechazo. Lo interesante de esto fue que, dos de los entrevistados, comentaron que los resquicios corporales de nuestra generación serán las prótesis de silicona e hilos de cobre encontrados. O sea, sin percibir, los participantes relataban cuestiones arqueológicas.

Belleza y salud no siempre andan juntas, al revés, pueden ser sinónimos excluyentes una de la otra. Las cuestiones ya citadas del TDC, otros trastornos como la bulimia y anorexia, también son ejemplos de exclusión de la salud en busca de la belleza. La voluntad de ser bello la justificó una fisioterapeuta como una influencia del concurso Miss Brasil y Miss Universo ya citados en la justificación de esta investigación. O sea, como es un estado conocido por bellas mujeres, influye en la búsqueda de modelos de belleza sin pensar en las cuestiones de salud y belleza individual. En la frase de una fisioterapeuta se observa esto:

“O Rio Grande do Sul é conhecido como um estado de Belas Mulheres, e talvez por isso seja um estado que cultua a beleza. Assim como é interessante para as mulheres gaúchas serem lembradas pela beleza, isso também pode ser prejudicial para aquelas que não se

enquadram num padrão exigido pela sociedade. Ter um corpo esguio, pele sem manchas, cabelos lisos, entre outras características veneradas, pode levar algumas mulheres a exageros estéticos, ao ponto de perderem a personalidade.”⁶⁸ (Fisioterapeuta)

Para ella, las personas no realizan más porque no pueden, pues hoy el cuerpo es producto de consumo que se compra y parcela, como por ejemplo, una bolsa o un accesorio cualquiera. Relató que piensa que las personas quieren librarse de algo rápido, sin muchos esfuerzos y recorren así a cirugías plásticas. Comentó también que es más fácil operarse que dedicarse a una dieta saludable o a la persistencia de los ejercicios físicos. Es decir, la belleza acaba siendo más importante que el cuidado de la salud y los hábitos de largo plazo. Pensar en cuerpo con accesorios es también pensar en un cuerpo como producto no solo biológico, sino también como reflejo del espejo social como se discute en los trabajos Freud, Bourdieu y Le Breton (Cano, 2010).

Cuando preguntaba qué significaba belleza, obtuve las más variadas contestaciones. Algunos la relacionaban con los aspectos psicológicos como sentirse feliz, sentirse amada, bondad, generosidad y adjetivos de carácter. Por otro lado, algunos apuntaron a los aspectos físicos, como armonía de los rasgos o del cuerpo, ser delgada, con buena estatura y pelos cuidados. Con todo, algunos contestaron que la belleza es un equilibrio entre los aspectos

⁶⁸ Traducción libre: “Rio Grande del Sur es conocido por ser un estado de mujeres bellas, quizá, esto lleva a un culto exacerbado a la belleza. Así como es interesante para las mujeres ser asociadas a la belleza, sino que también puede ser perjudicial para las que no se ajustan a un modelo de la sociedad. Tener un cuerpo delgado, piel impecable, el pelo liso, entre otras características veneradas, puede llevar a algunas mujeres a exageraciones estéticas, hasta el punto de perder la personalidad ”.

psicológicos y los físicos, es decir, entre “el alma” y el cuerpo. Algunas frases ejemplifican los principales conceptos contestados⁶⁹:

“Belo é **caráter**, realmente as belezas maiores são de qualidades mais refinadas **como generosidade, bondade.**”

“Beleza é **indefinível**, beleza você sente e não diz o que é você olha para uma coisa e te agradou (...) é um **sentimento** de alguma coisa que te causa uma **sensação agradável.**”

“Eu acho que todo mundo, mesmo que não admita, **olha uma pessoa bonita e pensa que ela é uma pessoa boa.** A gente cresceu com um **conto de fadas** de que as princesas eram bonitas e as bruxas tinham nariz torto e verrugas, então assim, as más são feias e as boas são bonitas, claro que não é verdade, mas a gente tem essa fantasia.”

“Conforme vai passando os anos a gente **vai mudando de opinião**, e sabe que beleza é você ter um **conjunto que fique harmônico** e isso não significa que o nariz tem que ser bonito, mas ele faz uma harmonia com aquele rosto, com aquela face.”

“**Eu já tive várias opiniões** sobre a beleza, mas eu acho que beleza hoje é **estar feliz** porque claro não é só isso, mas isso ajuda muito porque a pessoa que é feliz ela fica muito mais bonita”.

“Eu acho que a beleza numa mulher é tudo, o homem pode ser feio, mas **a mulher tem que ser bonita para conquistar**, a mulher que é bonita ela já é **alegre** por natureza, ela já é feliz por natureza e ela vive uma vida muito melhor do que uma pessoa que não é bonita”.

⁶⁹ No fue hecha la traducción libre solemante de estos discursos, pues eran demasiados extensos, pero es posible entender por la similaridad del portugués con el español.

“Temos a **beleza interior** que essa nunca termina e te põe para cima, faz com que você consiga ter ânimo para mexer na tua **beleza exterior**, eu acho que uma complementa a outra.”

“Beleza é um **conjunto** que a gente tem que estar com o cabelo bonito, com o rosto bonito, com o corpo aparentemente bonito porque a gente acaba vivendo essa **beleza mais para os outros** do que para a gente.”

“Beleza é uma **sincronissidade**, uma sincronia entre o **interno e o externo**, é uma coisa refletir na outra e tu estar bem internamente com a tua cabeça, o externo sabe, enfim, dentro daquelas proporções.”

“Eu acho que é estar dentro de um **padrão social**, é uma harmonia que a pessoa, às vezes, não é nem tão maravilhosa, mas que tem uma **harmonia nas feições, na forma corpórea**.”

“Eu acho bonito **mulher magra**, acho bonito **silicone**, mas também acho elegante quem não tem. Eu acho que realmente o bonito é tu ter o teu próprio **charme**, em primeiro lugar é tu **se gostar**.”

Para resumir los principales conceptos, utilizaré uno de los discursos dicho por un cirujano plástico que, también, hizo una asociación del concepto de belleza con la realización de cirugías plásticas para este fin.

“A **beleza sempre foi um bem consumido**, mas a cirurgia plástica não é feita para deixar a pessoa mais bonita e sim para dar **harmonia**. É uma tentativa do ser humano de buscar um **equilíbrio porque o inconsciente é atemporal**. A gente só nota o tempo passar quando se olha no espelho ou numa fotografia. O tempo cronológico é real,

então, a gente tenta dar esta **harmonia entre o interno e o externo**, esse reencontro.”⁷⁰ (Cirujano plástico).

En resumen, tal como imaginaba, los participantes no tienen una idea fija de belleza. Además, muchos contestaron que antes pensaban una cosa y que ahora cambiaron de opinión. Es decir, como cada época y sociedad tiene sus modelos de belleza, así también, los participantes modificaban sus ideas. Una de las frases dicha por un cirujano enseña esta diferencia por las generaciones: “cada geração escreve os seus livros” (cada generación escribe sus libros), y para ejemplificar dijo que en su época tatuaje y musculación no estaban bien vistos, pero que hoy, son prácticas comunes. Es decir, este testimonio demuestra que existe un cierto modismo al tratar del cuerpo, modificándolo de acuerdo con los patrones de la moda.

Pude percibir, también, que los de mayor edad ya no consideraban la belleza física tan importante como los menores. Al revés, decían que los aspectos de personalidad, carácter, estilo y felicidad eran más atractivos en su visión que un cuerpo perfecto. Además, a través de los discursos es posible observar que existe una influencia de la sociedad desde nuestra niñez, con las historias de cuentos de hadas, hasta la vida adulta con películas y novelas, esto suele enseñar que las personas de buen carácter, generalmente, son bonitas. Otra cosa interesante de subrayar es que muchas mujeres relataron que la búsqueda de la belleza por cirugías plásticas no era para estar bonitas para los hombres, sino para las otras mujeres.

⁷⁰ Traducción libre: “La belleza siempre fue un bien consumido, pero la cirugía plástica no es hecha para dejar la persona más bonita y sí para dar armonía. Es una tentativa del ser humano de buscar un equilibrio porque el inconsciente es atemporal. Nosotros solo notamos el tiempo pasar cuando miranos en el espejo o en una fotografía. El tiempo cronológico es real, entonces, nosotros intentamos dar esta armonía entre el interno y el externo, este encontró.”

Los cuidados de salud más relatados fueron con la alimentación y con los ejercicios físicos. Muchos decían que las cirugías plásticas les motivaban para cuidarse más, para buscar un gimnasio y mantener su cuerpo en forma. Con todo, en algunos casos, esta concienciación de la necesidad de continuar cuidando del cuerpo, no siempre fue espontánea, sino que las informaciones y, principalmente, la madurez eran las fuentes de sus cuidados. Nadie citó los cuidados con la mente, como terapias psicológicas o ejercicio de yoga, por ejemplo. Esto demuestra que a pesar de una cierta “concienciación” de los cuidados con el cuerpo, los participantes aún solo miran por los cuidados físicos. En este sentido, García (2010), apunta que desde el siglo XIX, la sociedad estuvo marcada por el ideal de feminidad y belleza donde en el trío salud-belleza-perfección, la salud se convirtió en el tercer vértice, pasando la belleza a ser el centro de las motivaciones. Así como fue visto en nuestros resultados.

Para ejemplificar esto, comentaré uno de los discursos de una paciente que me llamó la atención. Era una paciente de 30 años, que trabajaba como peluquera en un famoso salón de Porto Alegre. Ella dijo que hoy en día, tiene una percepción totalmente diferente de la que tenía hace años y que hoy se siente mejor en relación con su cuerpo, con los cuidados alimenticios y con ejercicios físicos que mantiene actualmente que con los resultados quirúrgicos de la época. Subrayó que la falta de madurez, información y la búsqueda por resultados inmediatos hizo que se sometiese a estos procedimientos. Asimismo, enfatizó que si pudiera volver el tiempo, no haría tantas cirugías y sí buscaría algo a largo plazo, menos invasivo y dejaría los procedimientos quirúrgicos como última opción.

Con este testimonio, es posible notar que pacientes demasiado jóvenes hacen cirugías plásticas, faltando madurez en la decisión. En este caso, el papel de los padres y de los cirujanos es esencial para que no haya un exceso de procedimientos quirúrgicos antes de tiempo o innecesarios. También se observa que existe un inmediatez en los cambios

corporales. Guirao e Infantes (2010) consideran que el afán por la construcción clínica del cuerpo se confunde, a menudo, con prácticas de automutilación. Estos autores entienden que las posibles percepciones de las transformaciones del cuerpo a través de cirugías plásticas suelen ser más definitivas y rápidas que las transformaciones que tienen los ejercicios físicos sobre el cuerpo, así como vimos en esta investigación. E infelizmente, el inmediatez de las sociedades modernas en la búsqueda de resultados instantáneos propicia un ambiente favorable para estos procedimientos.

Por otro lado, los cirujanos plásticos parecieron considerar más los cuidados del “alma” que del cuerpo, pues casi todos citaron la importancia de la cirugía plástica para un equilibrio entre el lado interno y el externo. Asimismo, uno de los médicos habló del inconsciente que, en su opinión, era atemporal y, siendo así, las personas no percibían cuánto habían envejecido, solamente cuando se miraban en el espejo. Los cirujanos también subrayaron que el prolongamiento de la vida hace que las personas se cuiden más, que busquen externamente sentirse como tan jóvenes como su salud interna, estar en la moda, vestirse bien, estar con un cuerpo que puede utilizar tal ropa.

Para finalizar, se constató que los pacientes consideran que la belleza es un conjunto armónico del alma con el cuerpo. Pero, en sus discursos no se observó ningún cuidado del alma, como terapias psicológicas o terapias para relajar. Es decir, solamente los cuidados alimenticios y con ejercicios físicos fueron citados. Ya en la visión de los médicos y fisioterapeutas, fue posible ver en sus discursos la importancia entre el equilibrio interno con el externo. Yo imaginaba al contrario, ya que ellos trabajan modificando los cuerpos, pensaba que el concepto de belleza sería más externo que interno.

En el estudio de Edmonds (2007), hay una reflexión interesante sobre cirugías plásticas, belleza y consumo: *¿La belleza es un producto de consumo?* (p.190). Parece que la

respuesta está cada vez más clara con el aumento de procedimientos estéticos en todo el mundo. Asimismo, en las últimas décadas ha ocurrido un traslado del término de belleza, que se ha impregnado de *marketing*, pues esta pasa a representar un capital simbólico que puede adquirirse, perderse o incluso comprarse (Le Breton, 2002). Finalizo este tópico con una frase dicha por un cirujano que enseña el deseo de ser bello influenciado por una presión social que se refleja en los resultados de las cirugías plásticas.

“Cirurgia plástica bem feita é aquela que ninguém nota que não tem a assinatura do médico porque é natural, mas hoje as pessoas querem que apareça porque é uma questão de status, de estar na moda, na mídia.”⁷¹ (Cirujano Plástico).

Categorías	Paciente	Cirujano Plástico	Fisioterapeuta	Otros
Las motivaciones “internas” y “externas de los pacientes: modificando el cuerpo, modificando la vida	Autoestima Insatisfacción Cuidarse Buscar felicidad Método rápido Buscar empleos Pareja pide	Equilibrio externo/interno ↑ expectativa de vida Inconsciente es atemporal Busca de pareja Éxito profesional No quieren esforzarse Usar ropa de la moda	Post-parto Conquistar pareja Vida Sexual No quieren esforzarse Fin de casamiento Inestabilidad emocional Traición	Competitividad Para comparar con las otras mujeres Conquistar pareja
Con el bisturí: Cirugía Plástica reparadora, estética y etnocirugía	Mastopexia Liposucción Prótesis de silicona Rinoplastia Blefaroplastia	Mastopexia, Abdominoplastia, Liposucción, Prótesis de silicona, ritidoplastia, Blefaroplastia y Rinoplastia	Mastopexia Liposucción Prótesis de silicona Rinoplastia Extensión ósea	Mastopexia Abdominoplastia Prótesis de silicona Liposucción Rinoplastia
Con las curitas: los tratamientos postoperatorios	Drenaje linfático	Drenaje linfático US	Laser, US Alta frecuencia, Drenaje Linfático, Pompajes, LTF® Crioterapia, Movilizaciones miofasciales	Drenaje Linfático US

⁷¹ Traducción libre: "La cirugía plástica bien hecha es aquella que nadie se da cuenta, no tiene la firma del médico, ya que es natural, pero hoy la gente quiere aparecer, ya que es una cuestión de estatus, para estar en la moda, en los medios de comunicación."

¿Belleza o salud? Cada generación escribe sus libros	Belleza Estar feliz Estar en la moda Vestir ropas Para los otros Belleza interior Seguir los Modelos “piensan en salud” Alimentación Ejercicios Anabolizantes	Belleza Harmonía Carácter (personalidad) Sentimiento Conjunto Bondad Felicidad Ser natural TDC Efecto “Barbie” Piensan poco en salud	Belleza Harmonía Conjunto Sentirse bien TDC Bien momentáneo Imaginario social Mensajes proyectadas Pocos cuidados en salud	Belleza No piensan en la recuperación
---	---	---	--	---

Tabla 4: Resumen de los resultados de las categorías de análisis.

4.3 CUESTIONARIO TAXONÓMICO: ¿QUIEN SON LOS PACIENTES?

A partir de los datos, se elaboró un cuestionario taxonómico con las cuestiones observadas en el trabajo de campo para caracterizar al público investigado que hace cirugías plásticas y tratamientos postoperatorios en Porto Alegre, o sea, los pacientes. Los aspectos observados fueron los rasgos físicos, los parámetros sociales, la cultura material, el ciclo vital y la cultura simbólica en la tabla a continuación.

Puntos observados		Pacientes Investigados Total: 9
Rasgos físicos	Género	8 mujeres y 1 hombre
	Grupo Étnico	8 blancos y 1 Negro
Parámetros sociales	Tipo de Residencia	3 casas 6 apartamentos
	Barríos de Porto Alegre	4 barrios nobles (Bela Vista, Três Figueiras y Moinhos de Vento) y 5 barrios cerca de los nobles (Petrópolis, Jardim Botânico, Santana y Santo Antônio)
	Escolaridad	6 cursos superiores (Facultad y/o Postgrado), 2 cursos técnicos y 1 ensino medio
	Profesión	1 Nutricionista; 1 Psicólogo; 1 Dentista; 1 Administrador de empresas; 1 Abogado; 2 Peluqueros; 1 Do hogar y 1 Secretario

Cultura material	Ropas	6 ropas de la “moda” y 3 ropas tradicionales
	Accesorios	9 con reloj, 6 con accesorios de oro/plata/follados (pendientes, pulseras, colares) y 3 con pendientes de otros materiales
	Transporte	8 coches y 1 no tenía
Ciclo vital	Edad	De 27 hasta 65 años (27, 28, 30, 31, 35, 44, 51, 63 y 65)
	Estatus civil	4 casados, 4 solteros y 1 viuda
	Hijos	4 con hijos, 4 sin hijos y 1 embarazada
	Cirugías (todos hicieron dos o más cirugías)	5 Prótesis de silicona; 2 Abdominoplastia; 3 Blefaroplastia; 4 Liposucción; 3 Rinoplastia y 2 Ritidoplastia o lifting facial
Cultura simbólica	Lenguaje	Todos con buena comunicación, lenguaje, comprensión y vocabulario en portugués. 5 hablan otro idioma (inglés y/o español y/o francés)
	Religión	3 Católicas; 2 Espiritas; 1 Umbanda; 2 Religiones mezcladas y 1 Sin religión

Tabla 5: cuestionario taxonómico.

Dentro de la categoría de los rasgos físicos, se observó que el género que más hace cirugías plásticas es el femenino de grupo étnico blanco. Con todo, hoy en día, también se observa que existe un aumento creciente del público masculino. Las cirugías plásticas para las mujeres objetivan una mayor feminidad a través de una modificación de su cuerpo, sea por colocación de silicona, sea por resaltar las curvas de su cuerpo con liposucción o lipoescultura. Por otro lado, para los hombres, las cirugías plásticas poseen otra perspectiva, que es el reconocimiento profesional que una buena apariencia puede proporcionar en sus negocios.

Estos datos son similares a los estudios actuales sobre cirugías plásticas que enseñan que las mujeres continúan siendo el principal público que realiza cirugías plásticas (DataFolha, 2009). Además, el grupo étnico que frecuentemente realiza cirugías plásticas son los blancos, por lo que en esta investigación solo uno de los entrevistados era negro. Los estudios actuales de cirugías plásticas, principalmente, los que tratan de etnocirugías, también

demuestran que los blancos son los que más realizan (Muñiz, 2010). Estos se confirman con el estudio de DataFolha (2009), donde 70% de los pacientes que realizan cirugías plásticas son blancos y de estos el 95% son brasileños y 5% extranjeros (3% no residentes y 2% residentes en Brasil).

Para entender un poco de que población blanca estamos nos refiriendo, Pena et al. (2000) en “Retrato molecular do Brasil” trata del mestizaje en Brasil a través de un estudio genético en brasileños blancos. Él concluye que la mayoría de la población blanca del país tiene orígenes paternas europeas, pero que 60% de las maternas son amerindias o africanas. Con todo, es difícil hoy en día definir los orígenes del mestizaje de Brasil y tampoco definir con precisión de que población blanca esta investigación se refiere.

Para caracterizar los aspectos sociales y sus implicaciones en la accesibilidad por las cirugías plásticas se eligió analizar los parámetros sociales. Los participantes investigados residen en su mayoría en apartamentos ubicados en buenos barrios de Porto Alegre o cerca de ellos. Asimismo, se constató que la mayoría de los pacientes tienen grado o postgrado, algunos cursos técnicos y solo uno de los participantes no tiene graduación. Con base en estas informaciones, es posible notar que el público analizado pertenece a una clase social aventajada con buenas condiciones de morada, estudios y, consecuentemente, con un mayor acceso a cirugías plásticas. Es decir, con esta perspectiva, se induce a pensar que las cirugías plásticas, a pesar de más popularizadas, aún pueden considerarse como prácticas de consumo y distinción social como Bourdieu (2007) apuntaba.

Aún en la línea de las cuestiones sociales, se observó la cultura material de los pacientes. La mayoría de los participantes presentaba una apariencia bien cuidada, con ropas elegidas de acuerdo con cada estilo, moderno o clásico, pero todas nuevas o en buen estado. Los accesorios que utilizaban variaban bastante, con todo, todos los pacientes poseían relojes

de marcas conocidas. Las mujeres más adornadas, utilizaban pendientes y pulseras de diferentes materiales, de los cuales el oro y la plata eran los más abundantes. Otro punto importante de destacar es que solamente un paciente no tenía coche propio, con todo, en su garaje tenía el coche de su pareja. Pregunté por qué no había comprado uno o si compartía con su pareja y me contestó que no conducía, pues le daba miedo. O sea, el hecho de que este paciente no tuviera su propio coche, no era por falta de dinero y sí por opción, más una vez enseñando que los pacientes investigados pertenecían a una clase social financieramente estable.

Otro aspecto investigado para caracterizar a los pacientes fue el ciclo vital. La edad fue una variable con gran alternancia, pues cada paciente estaba en una fase de la vida, variado de los 27 hasta los 65 años de edad. Un estudio (DataFolha, 2009) concluyó que la franja de edad que más hace cirugía plástica (72%) está entre 19 y 50 años, lo que resulta una observación pertinente con los datos de esta investigación. Con relación al estatus civil e hijos hubo una gran diferencia en las respuestas, no siendo posible afirmar qué ciclo vital de los pacientes prevalece. Por otro lado, analizando las cirugías plásticas más frecuentes se encontró la colocación de prótesis de silicona y la liposucción, que también son las cirugías más frecuentes en el mundo, según los datos de la ISAPS (2011). Con todo, aunque que el ciclo de vida de los pacientes sea muy distinto, las modificaciones corpóreas son similares, por lo que se puede indicar que la globalización y la velocidad de las informaciones pueden influir en la búsqueda por un patrón de cuerpo estereotipado por los medios de comunicación.

Para ampliar mi investigación sobre los pacientes, además de observar estos puntos, también he preguntado a las secretarías y a los cirujanos plásticos sus opiniones. Las secretarías relataron informaciones similares a las observadas, solo una dijo que la cirugía más frecuente era la ritidoplastia y no la de colocación de silicona o liposucción. Con todo,

explicó que esto se debe al hecho de que el médico era famoso en cirugías faciales. La otra secretaria también confirmó estos datos, pero resaltó que aquel día había 3 consultas marcadas para hombres, que no eran tan comunes. Dijo que los hombres hacen cosas menos invasivas como tratamientos para manchas y blefaroplastias, ya las mujeres realizaban mamoplastia y abdominoplastia, como apuntan también los estudios en Brasil (ISAPS, 2011).

Por otro lado, las visiones de los médicos fueron distintas. La médica más joven resaltó que como los precios bajaron, las cirugías plásticas se popularizaron y tiene todo tipo de pacientes, pero contó que, dependiendo del público, falta comprensión del proceso de recuperación. Además, para la médica algunas personas en situación financiera más desventajada no pueden dejar de trabajar o no tienen cómo pagar un tratamiento postoperatorio, pudiendo perjudicar la recuperación, generando dudas, descontento y, quizá, influyendo en el resultado final de la cirugía, por lo que resulta más difícil atenderlos. Ya para los médicos más antiguos, la cirugía ya dejó de ser elitista y el mayor público de pacientes son las personas de clase media y baja. Sin embargo, las descripciones de género, edad y etnia de los pacientes fueron similares con los citados anteriormente.

Estas cuestiones de popularización de las cirugías plásticas las trató Alexander Edmonds (2007) que aborda la universalización de la belleza a través de cirugías plásticas en Brasil. El autor, al relatar su experiencia de trabajo de campo en un hospital público, cuenta la dificultad y, al mismo tiempo, voluntad de los pacientes más desventajados de sentirse bellos a través de las cirugías plásticas. Una de las frases de Pitanguy, citada por Edmonds, es que “la belleza es un derecho de todos”, pero las diferencias de clases subrayadas por Bourdieu (2007) y Córdoba (2010), acaban dificultando el acceso del público con menores posibilidades financieras.

Por lo tanto, hacer una cirugía gratuita en Brasil es un gran desafío, pues los trámites burocráticos tardan y es necesaria la comprobación de que algo está perjudicando la salud. O sea, la justificación no puede ser solo estética, debe tener un carácter reconstructivo. La mayoría de los participantes no tuvo muchas informaciones acerca de cirugías plásticas gratuitas, con todo, algunos citaron que en las instituciones de enseñanza de cirugías plásticas o a través del sistema único de salud (SUS) podrían ser posibles.

En este sentido, Elliott (2011), llama de “democratización” de las cirugías plásticas. Es decir, los cuidados con la belleza, que antes, eran vistos como privativos de una élite social, hoy con los precios más accesibles, cambió esta situación y no es más un privilegio de clases (Davis, 2002). Con todo, la democratización de las cirugías plásticas, es, ante todo, solo acepta si las cirugías plásticas fueren accesibles a todos los niveles sociales incluso para el SUS de Brasil, lo que se mostró lejos de realizarse.

El último punto analizado fue la cultura simbólica, descrita a través de la observación del lenguaje y de las religiones de los participantes. Todos los pacientes demostraban buena comunicación con un dialogo coherente, buen lenguaje y comprensión de la conversación analizada por sus respuestas. Asimismo presentaban un vocabulario amplio y algunos también me contaron que hablaban en otras lenguas, las más citadas fueron la inglesa, la española o la francesa. Estas informaciones juntamente con el nivel de escolaridad prueban que el público investigado tenía acceso a diversos tipos de aprendizajes culturales. Ya con relación a las religiones, las respuestas son parecidas con los datos conocidos de Brasil, la mayoría era de la religión católica, seguida por el espiritismo y algunos con creencias en diversas religiones. Apenas una de los participantes dijo que no tenía religión. Brasil es uno de los países que más tiene católicos en su población, aunque muchos tienen creencias en diversas religiones,

principalmente en el espiritismo y umbanda, tan comunes en las ciudades brasileñas, incluso en Porto Alegre.

Por fin, un aspecto importante que debo exponer es que la definición de los pacientes de esta investigación se basó apenas en el trabajo de campo. Por lo tanto, quiero subrayar que a pesar de esta limitación, las informaciones obtenidas fueron de acuerdo con los estudios actuales acerca de las cirugías plásticas y, que pretendo, en un futuro próximo, ampliar esta investigación en una tesis doctoral que aborde de una manera global los aspectos envueltos en las cirugías plásticas, incluso ampliar la definición de pacientes.

5. CONCLUSIONES

El propósito de la presente investigación ha sido entender por qué los pacientes realizan cirugías plásticas y tratamientos postoperatorios en Porto Alegre. Para esto, se realizó una investigación sobre los aspectos envueltos en la cultura del cuerpo modificado por cirugías plásticas y tratamientos postoperatorios, vistos en el marco teórico, bien como un trabajo de campo para búsqueda de informaciones a través de la observación participante. El desarrollo de la etnografía me ha permitido acercarme a la problemática que planteaba la investigación. Así, comparando los objetivos iniciales con los datos obtenidos, es posible apuntar las principales cuestiones abordadas estableciendo de manera antropológica las conclusiones finales.

Las motivaciones centrales para modificar los cuerpos a través de cirugías plásticas se clasificaron en internas y externas. Esta separación se basó en los aspectos que emergían de los discursos de los participantes con un carácter de voluntad personal del individuo o de influencias sociales.

Un aspecto relevante tratado en las motivaciones internas se refiere a la autoestima. Esta, cuando se ve de manera positiva o cuando mejora por los resultados quirúrgicos, se considera como símbolo de confianza, seguridad y felicidad. En ese sentido, la persona que tiene estos atributos desarrolla su vida más exitosamente en los ámbitos profesional o amoroso. La autoestima se analizó como un importante impulso social que no solamente modifica los sentimientos internos, como bienestar, alegría y amor propio, sino que modifica la visión de los otros en relación a ella.

Así, esta modificación en la visión de los otros es una de las modificaciones externas más comentadas durante el trabajo de campo. La búsqueda por un cuerpo más bonito, joven y, si es posible, perfecto, muchas veces, viene incorporada por deseos de agradar a la pareja, los amigos o un jefe exigente. La asociación de una persona que cuida de su apariencia con una persona de éxito se percibió de forma explícita. Con todo, este éxito no se refiere exclusivamente a un mejor puesto de trabajo, sino también a una mejor boda o la recuperación del cuerpo después del embarazo. La mejora de la vida sexual y la necesidad de reconquistar a alguien son una de las modificaciones ansiadas en la vida a partir de una motivación externa.

Conviene resaltar, de hecho, que se pueden encontrar las dos motivaciones simultáneamente. Me explico. Las motivaciones internas, que generan sensaciones de confianza y de alegría, suelen verse reflejadas en las motivaciones externas, por ejemplo, en la posibilidad de conquistar a una pareja por sentirse más confiado. O al revés, la presión de un novio para la realización de una cirugía que puede hacer que la paciente se sienta capaz de conquistar a un novio mejor, que la acepte como es. Como aconteció con uno de los entrevistados.

También se discutió que los roles sociales acaban transformándose en un imperativo moral que responsabiliza al individuo para mantener su cuerpo en forma. Es decir, la

“psicogenización” social comentada por Antonio (2008), principalmente en Brasil, hace que las personas luchan por una buena apariencia y se transformen en personas eternamente insatisfechas, como subraya Goldenberg (2007). Los modelos de belleza constantemente proyectados por los medios de comunicación influyen a las personas para buscar un cuerpo que se encaje en los patrones expuestos. La libertad de los cuerpos, tan reivindicada por las mujeres en los movimientos feministas de los años 60, acaba siendo una gran paradoja. Esto es porque al seguir un modelo de belleza, las personas no se liberan, al revés, se vuelven esclavas de otro tipo de control social, la propia culpabilidad de cuidar de sus cuerpos, acabando por homogeneizarlos a patrones estereotipados.

Con todo, es fundamental que exista un equilibrio entre las motivaciones internas y externas. Es decir, los aspectos psicológicos no deben ser respuestas a un imperativo moral. O sea, la decisión por una cirugía plástica debe hacerse con extrema cautela para que no haya futuros arrepentimientos, de forma individual, responsable y sin culpa. También es importante resaltar que las cirugías plásticas deben verse como alternativas médicas para correcciones de imperfecciones y no como estrategias de fuga psicológica u opciones de tratamientos de belleza rutinarios. Es decir, deben realizarse esporádicamente, si necesario, para que el cuerpo modificado no se vuelva un instrumento de mutilación social, sino que se convierta en una manera de sentirse mejor, primero para sí mismo y después entre los demás.

Conviene resaltar que Porto Alegre es una ciudad conocida por mujeres bellas, ya que además algunas de ellas ganaron concursos internacionales de belleza. Esta fama se transforma en una presión social que se refleja en la búsqueda constante por la perfección y la juventud. De ese modo, los tratamientos estéticos, como bótox y rellenamientos, se volvieron una rutina para muchas mujeres en Porto Alegre. Entre tanto, se ha podido reflejar que el culto al cuerpo, cuando está fuera de control, puede volverse una enfermedad o un trastorno,

como el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), la bulimia y la anorexia discutidas en esta investigación. La cirugía plástica, muchas veces, considerada como cura de todos los males deja a los médicos un *ethos* de “detectores de problemas”, o sea, tienen la tarea de ser más que cirujanos plásticos con su poder moderador, también psicólogos que utilizan bisturís para tratar.

Por lo tanto, en efecto, se observó que las modificaciones corporales vienen incorporadas por deseos de modificaciones de algún aspecto de la vida. Además, con el avance de la medicina y con las técnicas cada vez más seguras y populares, las cirugías plásticas son las alternativas más rápidas para cambiar alguna cosa que no agrada en el cuerpo. De ese modo, como algunas personas buscan alguna modificación, sea en la vida amorosa o sea en el trabajo, y ya que en estos puntos suelen sufrir modificaciones más lentas, ven en la cirugía una manera rápida de tener algún cambio, aunque sea corpóreo. Entonces, agregan al cuerpo la motivación que necesitaban para modificar los otros aspectos en la vida que las incomodan. Por lo tanto, el consumo de una cirugía plástica se mostró más fácil que el planeamiento de modificaciones a largo plazo, como ejercicios físicos, reeducación alimentaria, mudanzas de empleo o de pareja.

Se discutió también que las motivaciones para la realización de tratamientos postoperatorios tienen una característica de cuidado en salud que busca también un mejor resultado quirúrgico. Si, por un lado, se observó que los cirujanos plásticos suelen indicar tratamientos postoperatorios en sus clínicas, por otro, los fisioterapeutas no se sentían reconocidos, incluso subrayaron la falta de conocimiento de la sociedad por su trabajo en postoperatorios. Sin embargo, para los pacientes los tratamientos fueron esenciales, en la mayoría de los casos, indicados por el médico. Con todo, la popularización de los tratamientos postoperatorios está lejos de ser atingida. Es decir, dependerá de mucho trabajo

del fisioterapeuta para enseñar que los resultados no se basan solo en la disminución del edema, sino también en la cicatrización y, principalmente, para el ordenamiento de las fibras. Por lo tanto, la especialización del profesional es esencial para el éxito en el tratamiento postoperatorio.

A modo de síntesis, los tratamientos postoperatorios más frecuentemente observados y discutidos en esta investigación fueron los drenajes linfáticos, el Ultra-Son (US) de alta potencia, el laser, y las técnicas manuales de ordenamiento de fibras como LTF® y pompajes. Entre tanto, es fundamental destacar que cada paciente tiene su tratamiento específico de acuerdo con el tipo de cirugía realizada y de la evaluación fisioterapéutica individual. De ese modo, estos tratamientos se supusieron como cuidados con la salud, con la recuperación y como forma de colaborar en el resultado quirúrgico. Además de los tratamientos postoperatorios, se expusieron otros cuidados con la salud, como la alimentación y los ejercicios físicos. Con todo, a pesar de que los participantes resaltaron la importancia de mantener cuidados en salud no solo estéticos, ninguna persona destacó sus cuidados con la mente, como terapias psicológicas, yoga o terapias alternativas para mejorar la salud mental. Es decir, los cuidados en salud observados en este estudio son más asociados a la salud física que a la salud mental.

Otro aspecto relevante que se abordó en este trabajo se refiere a clasificación de las cirugías plásticas en reconstructivas o estéticas. Dentro de las reconstructivas están las reparaciones después de retirada de tumores, accidentes urbanos y domésticos, defectos congénitos y quemados. También se discutió la cuestión de la feminidad amenazada por las mastectomías y la necesidad de disminución de los senos para mejorar la postura tirando la sobrecarga en la espalda. Por otro lado, las cirugías estéticas más frecuentes fueron la abdominoplastia, la liposucción y la colocación de prótesis de silicona en los senos. Con todo,

es necesario resaltar que cada cirujano plástico tiene sus características quirúrgicas, destacándose individualmente en determinadas cirugías de acuerdo con su práctica. Además, la mayoría de los pacientes busca una indicación de alguien que ya haya hecho la cirugía y, al ser así, los resultados quirúrgicos los evalúan los propios pacientes, transformándose en la principal forma de marketing del médico.

A lo largo de la investigación, se observó que la mayoría de los cirujanos no hace muchas cirugías reconstructivas, pues la búsqueda del mercado es más para las estéticas. Así, las cirugías reconstructivas buscan la funcionalidad y salud del paciente, por lo que se hacen gratuitamente cuando se ha comprobado su necesidad, y se encarga el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. Es importante resaltar que aunque sea una cirugía reconstructiva, existe un cuidado estético envuelto, pues la salud y una buena apariencia se consideran un derecho de todos, independientemente de sus condiciones financieras.

Otro aspecto tratado fueron las etnocirugías que, debido a que su clasificación parecía discriminatoria, no la utilizan los médicos investigados. Para ellos, las cirugías son para todos y para utilizar esta terminología sería necesaria una especialización. De esta forma, las etnocirugías son más una manera de investigar las principales cirugías plásticas realizadas por los diferentes grupos étnicos que una forma de discriminación o racismo de nuevo cuño. Asimismo, se constató que los pacientes, de cualquier etnia, siguen modelos de belleza extinguiendo rasgos étnicos característicos y resultando en una homogeneización corporal de carácter social.

A través de una interpretación antropológica, se vio que algunos conceptos de belleza, tratados en esta investigación, estaban relacionados con aspectos internos como: “sentirse feliz”, “sentirse amada”, bondad, generosidad y adjetivos de carácter. Por otro lado, también se observó que existían los aspectos externos asociados al concepto de belleza como:

la armonía de los rasgos del cuerpo, ser delgada, con buena piel y pelos bien cuidados. Por fin, se reconoció que pocos ven la belleza como un equilibrio entre estos dos aspectos, es decir, entre el interior-mente y el exterior-cuerpo. De todas maneras, fue posible constatar que la búsqueda por la juventud y perfección estaba implícita en casi todos los discursos demostrando la importancia de la apariencia para la sociedad actual.

También quedó evidente que el cuidado del cuerpo se refiere más a la apariencia que a la salud. Un cuerpo bello, generalmente modificado, se ha convertido en una metáfora del éxito ligando simbólicamente a la idea de clase y ascenso social. Además, es una imperiosa necesidad de adecuar la propia imagen a lo social, tratando de tratando de buscar incesantemente una buena apariencia. Por lo tanto, es importante destacar que la realización de cirugías plásticas para estar dentro de los moldes de belleza, no debe ser un modelo a seguir.

Otra cuestión discutida fue quiénes son los pacientes. Con base en los datos estudiados, es posible notar que el público que más realiza cirugías plásticas son las mujeres blancas y que, generalmente, pertenecen a una clase social aventajada con buenas condiciones de morada, estudios y, consecuentemente, con un mayor acceso a cirugías plásticas. Es decir, con esta perspectiva, se induce a pensar que las cirugías plásticas, a pesar de más popularizadas, aún pueden considerarse como prácticas de consumo y distinción social. De este modo, muchas pacientes intentan enseñar que hicieron cirugías como una forma de estatus social o para probar que pueden pagar por un procedimiento como este. Bajo esta perspectiva, como se supone que las personas realizan las cirugías de acuerdo con su situación financiera, modificar el cuerpo a través de cirugías es una manera de demostrar que existe una distinción social.

Así, las cirugías plásticas se transformaron en una alternativa para una modificación rápida en sus vidas, aunque sea en el cuerpo. Además, las sociedades modernas luchan por el rejuvenecimiento, embellecimiento y adelgazamiento tratando de reconstruir un cuerpo que desafía las marcas del tiempo. Con todo, fue visto que para la mayoría de los participantes, las cirugías plásticas no solo sirven para modificar un cuerpo, incluso también traen beneficios importantes como: un equilibrio emocional, una aceptación de sí mismo y una “idea” de que modificando los cuerpos es posible modificar algo en la vida.

De esa manera, delante de las conclusiones presentadas, comprendiendo las cirugías plásticas como prácticas sociales de carácter distintivo, sugiero una nueva investigación que aborde un diferente contexto con cirugías plásticas gratuitas en hospitales públicos. Además, como esta investigación se hizo solo en ambientes particulares sería interesante entender las motivaciones de pacientes en otras situaciones, pues creo que ampliaría y complementaría las perspectivas acerca de la cultura del cuerpo de pacientes que realizan cirugías plásticas.

Para finalizar, espero que este trabajo haya contribuido en añadir informaciones a investigaciones antropológicas que tratan la cultura del cuerpo y las cirugías plásticas. Incluso también en ámbitos como la antropología de la salud y otras áreas de conocimiento como la medicina y la fisioterapia, ya que abordan los tratamientos postoperatorios.

REFERÊNCIAS

- Abbagano, N. (1996). *Historia de la filosofía*. Barcelona: Hora.
- Agudelo, C. L., (2009). Arte, humanismo y cirugía: una visión holística Oración Maestros de la Cirugía Colombiana 2009. *Rev. Colombia Cir.*, (24), 207-222.
- Aki, F. E., Sakae, E. K. & Baracat, G. H. Z. (2003). Construção do sulco palpebral superior em pacientes orientais sem incisão cirúrgica. Experiência em 13 anos. *Arq Bras Oftalmol*, (66), 325-331.
- Altomare, M. (2011). *Liberación Tisular Funcional (LTF®)*. Acceso en 18/03/2014. En: <http://www.marianealtomare.com/artigos-cientificos-pdf/liberacion-tisular-funcional-ltf.pdf>
- Alvarez-Larrauri, S. & Macellari, L. (2009). Bio-intersubjetividad, violencia simbólica y campo familiar. *Cuicuilco*. 16 (45), 191-207.
- Alves, G. P. (2007). *Corpos no espelho: um estudo antropológico sobre as contribuições corporais através das cirurgias plásticas na cidade de Natal*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Anzieu, D. (2010). *El Yo-piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Antonio, A. T. (2008). *Corpo e estética: um estudo antropológico da cirurgia plástica*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
- Aragoneses, T. Y., Colmenero, C., Ishizuka, T. Y., & Iturriaga, M. T. M. (2009). Planificación quirúrgica en el paciente asiático. *Gazeta dental: Industria y profesiones*, 207, 196-208.

- Bakhtin, M. (1996). *A cultura popular na idade Média e no renascimento: o contexto de François Rabelais*. São Paulo-Brasília: Hucitec.
- Ballester, L. G. (2000). Galenismo y enseñanza médica en la universidad de Salamanca del siglo XV. *Dynamis*, (20), 209-247.
- Barros, F. B. M. (2003). Autonomia Profissional do Fisioterapeuta ao longo da história. *Revista FisioBrasil*, (59), 20-31.
- Baumgarten, A. G., & Winckelmann, J. (1999). *Belleza y verdad: sobre la estética entre la Ilustración y el Romanticismo*. Barcelona: Alba.
- Baztán, A. (1995). *Etnografía, Metodología en la Investigación Socio-Cultural*, Barcelona Boixareu Universitaria.
- Berger, M. (2006). *Corpo e Identidade Feminina*. Tese de doutorado. Programa de pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Boas, F. (2004). *Antropologia Cultural*. Celso Castro (Trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Bordo, S. (1997). The body and the reproduction of femininity. En Conboy, K., & Medina N. (eds.). *Writing on the body: Female embodiment and feminist theory*, 90-110.
- Bordo, S. (2001). El feminismo: la cultura occidental y el cuerpo. *Revista de estudos de gênero. La ventana*, (14), 7-81.
- Borges, F.D.S. (2010). *Dermato-funcional: Modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas*. São Paulo: Phorte.
- Bourdieu, P. (2007). *A distinção crítica social do julgamento*. Porto Alegre: Zouk.
- Bourdieu, P. (2007). O conhecimento pelo corpo. En: Bourdieu, P. (2007). *Meditações pascalinas*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007, 157–198.
- Bravo, A. (1996). *Femenino singular: la belleza a través de la historia*. Madrid: Alianza Editorial.

- Brisset, D. E. (1999), “*La Fotografía Etnográfica: el caso de E. S. Curtis*”. En: Espina Barrio, A.B. (Dir.), *Antropología en Castilla y León e Iberoamérica, II Antropología Visual*, Instituto de Investigaciones Antropológicas de Castilla y León, Salamanca, 75-78.
- Butler, J. P. (2010). *El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. M. Missé, & G. Coll-Planas (Eds.). Madrid: Egales.
- Butler, J. (1999). “Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo”. En: Guacira Lopes, L. G. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 151-172.
- Burke, P (2004). *Testemunha ocular: história e imagem*. São Paulo: Edusc-Bauru.
- Canclini, N. G. (1991). ¿Construcción o simulacro del objeto de estudio? Trabajo de campo y retórica textual. *Alteridades*, 1(1), 58-64.
- Cano, R. Z. (2010). La dimensión social y cultural del cuerpo. *Boletín de antropología*, 20(37), 251-264.
- Castells, M. (2003). *El poder de la identidad*, Madrid: El País.
- Chagas, P. D. (2012). Corpo e narrativa: a cena contemporânea, o caso Hatoum e um pequeno roteiro para prospecções futuras. *Revista Língua & Literatura*, 11(16), 139-154.
- Chávez, J. C. G., & Millán, Y. J. (2007). Cambios antropométricos en la nariz mestiza después de rinoplastia abierta. *Revista Cubana de Cirugía*, 46(4), 0-0.
- Citro, S. (2009). *Cuerpos Significantes. Travesías de una etnografía dialéctica*. Buenos Aires: Biblos.
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Acceso en 18/03/2014. En: http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27
- Cortina, A. (2002). *Por una ética del consumo*. Madrid: Taurus.
- Csordas, T. J. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47.

- Dal Gobbo, P. C. (2010). *Estética facial Essencial. Orientações para o profissional de estética*. São Paulo: Atheneu.
- DaMatta, R. (1981). *Relativizando: uma introdução à antropologia social*. Rio de Janeiro: Vozes.
- DataFolha, Instituto de Pesquisa (2009). *Cirurgia Plástica no Brasil (SBCP)*. Acesso em: 18/03/2014. En: <http://www2.cirurgiaplastica.org.br/images/Docs/pesquisa2009.pdf>.
- Davis, K. (2002). A dubious equality': Men, women and cosmetic surgery. *Body & Society*, 8(1), 49-65.
- Dávila, M. F. B. (2005). Las proporciones divinas. *Cirurgia Plástica*, 15(2), 118-124.
- Decreto Lei N. 938, de 13 de outubro de 1969. Acesso em 22/03/14. En: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=507&psecao=5
- De Freitas, T. P., De Freitas, L. S. & Streck, E. L. (2011). Ultrassom terapêutico no mecanismo de cicatrização: uma revisão. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 40(1), 89-93.
- De Oliveira, R. C. (1993). *O trabalho do antropólogo*. São Paulo: UNESP.
- De Sousa, J. S. (2011). A Medicina em Portugal, na Idade Média. *Revista Triplov de Artes, Religiões e Ciências*, (16), 0-0.
- De Sousa, M. S. F., & de Araujo, C. A. (2014). Transtorno dismórfico corporal em cirurgias de caráter estético: um levantamento de estudos na área. *Psicologia Revista. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde*, 14(1), 59-74.
- De Souza, A. P., Simon, A. S., dos Santos, C. G., Postal, M., Manacero, S., & Ramos, R. R. (2013). Atividade eletromiográfica dos extensores de tronco durante manuseio pelo Método Neuroevolutivo Bobath. *Fisioter. Mov.*, 26 (4), 855-862.
- Douglas, M. (1988). *Símbolos naturais: exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza.
- Eco, U. (2010). *História da beleza*. Rio de Janeiro: Record.

- Eco, U. (2007). *Historia de la fealdad*. Irazazábal, M. P. (Trad.). Barcelona: Mondadori.
- Edmonds, A. No universo da beleza: notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro. En: Goldenberg, M. (2007). *Nu & Vestido*. Rio de Janeiro: Record.
- Edmonds, A. (2007). 'The poor have the right to be beautiful': cosmetic surgery in neoliberal Brazil. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 13(2), 363-381.
- Edmonds, A. (2009). Beauty, health and risk in Brazilian plastic surgery. *Medische antropologie*, 21(1), 21.
- Elia, R. H. (2013). El incendio de la biblioteca de alejandria por los árabes: Una historia falsificada. *Byzantion Nea Hellas*, (32), 37-69.
- Ellias, N. (1993). *El Proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. España: Fondo de Cultura Económica.
- Elliott, A. (2011). Plástica extrema: auge de la cultura de la cirugía estética. *Anagramas*, 9(18), 145-164.
- Ennes, M. A. (2010). Imigrantes, cirurgias plásticas e poder em dois tempos: contribuição para uma hipótese de pesquisa. *Revista de Ciências Sociais*, 41(2), 163-174.
- Espina Barrio, A. B. (2005). *Manual de Antropologia Cultural*. Recife: Massangana.
- Espina Barrio, A. B. (1997). *Freud y Lévi-Strauss. Influencias, aportaciones e insuficiencias de las antropologías dinámica y estructural*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Felice, T. D., & Santana, L. R. (2009). Recursos fisioterapêuticos (crioterapia e termoterapia) na espasticidade: revisão de literatura. *Rev Neuroc*, 17(1), 57-62.
- Flores, A., de Brum, K. O., & de Carvalho, R. M. (2011). Análise descritiva do encaminhamento médico a tratamentos fisioterapêuticos dermatofuncionais nos períodos pré e pós-operatório de cirurgias plásticas cosméticas. *Mundo saúde*, 35(4), 408-414.

- Fontaneda, H. E. (2006). Memoria de las cosas y costa e indios de la Florida. *Biblioteca Virtual Universal*, Editorial Del Cardo. En: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/131873.pdf>
- Foster, G. M. (1997) "Un Modelo de Antropología Aplicada". En: Guerrero, P. (Comp.), *Antropología Aplicada*. Quito: U.P.S., 87-122.
- Foster, G. M.(1974). *Antropologia Aplicada*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1999). *Vigiar e punir. Nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M (1979). What is an author?, en: J. V. Harari (ed.), *Textual Strategies*, Nueva York: Ithaca, 149-150.
- Franzini, E. (2000). *La estética del siglo XVIII*. Madrid: Visor.
- Freyre, G. (2003). *Casa-grande e senzala. Formação da família brasileira sobre o regime da economia patriarcal*. São Paulo: Global.
- Freud, S. (1996). "As pulsões e suas vicissitudes". (1915). *Freud, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (2010). *Introducción al narcisismo: ensaios de metapsicología e otros textos (1914-1916)*. São Paulo: Companhia de Letras.
- Galarza, M. L. E. (2004). *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.
- García, E. M. (2013). From miscegenation to corporal hybridization: ethno-surgery as a form of racism. *Nómadas*, (38), 81-97.
- García, E. M. (2010). *Transformaciones corporales: la etnocirugía*. Barcelona: UOC.
- García, C. P. (2000). Modus operandi. Crema de drenaje linfático. *Revista de fitoterapia*, 1(1), 47.
- Geertz, C, Clifford, J., & Reynoso, C. (Comp.). (1991). *El surgimiento de la antropología posmoderna*. México: Gedisa.
- Geertz, C. (1997). *El antropólogo como autor*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- Geertz, C. (1992). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Geertz, C. (1986), “*La descripción Densa: hacia una interpretación de la cultura*”. En: Geertz, C. “*La interpretación de las culturas*”. Barcelona: Gedisa.
- Gervás, J. M. A. & Burgos, M. A. D. (2011). *La educación intercultural en el espacio europeo de educación superior*. Segóvia: Itamut.
- Gilman, S. L. (1999). *Making the body beautiful: A cultural history of aesthetic surgery*. New Jersey: Princeton University Press.
- Girona Roca, J. I. (2001). ¿Antropólogos en la empresa?: A propósito de la (mal) llamada cultura de empresa. *Etnográfica*, 5(1), 69-99.
- Goyanes, E. S. (2012). *Retablo de Ponce de León*. Madrid: CreateSpace.
- Góis, I. (1998). Georges Rey, emoções e funcionalismo: em defesa do cognitivismo. *Disputatio*, (4), 1-13.
- Gomes de Lima, M. H. (2013). *Brasil profundo, Espanha Negra: uma antropologia da dor*. Olinda: MXM.
- Goldenberg, M. (2007). *Nu & Vestido*. Rio de Janeiro: Record.
- Goldenberg, M; Ramos, M. S. (2007). A civilização das formas: o corpo como valor. En: Goldenberg, M. (2007). *Nu & Vestido*. Rio de Janeiro: Record.
- Gray, C. H., Mentor, S., & Figueroa-Sarriera, H. J. (Eds.). (1995). *The cyborg handbook*. New York: Routledge.
- Guirao, J. E. M., & Infantes, A. T. (2010). *Cuerpo y cultura*. Madrid: Icaria.
- Guerrero, P. (1997) *Antropologia aplicada*. Quito: Universidad politécnica Salesiana.
- Guirro, E., Guirro, R. (2004). *Fisioterapia Dermato Funcional: Fundamentos, Recursos e patologias*. São Paulo: Manole.

- Gusso, Jéssica de Andrade. (2010). *De Platão, S. "A serviço do deus": o julgamento de Sócrates de Atenas (399 a.C.)*. Monografia, Universidade Tuiuti do Paraná, Tuiuti.
- Haiken, E. (1997). *Venus envy: A history of cosmetic surgery*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1994). *Etnografía Métodos de Investigación*. Barcelona: Paidós.
- Haraway, D. (1991). "A cyborg Manifesto: Science, Technology, and Socialist-Feminism in the Late twentieth Century". En *Simians, cyborgs and woman: The reinvention of nature*. New York: Routledge, 149-181.
- Haraway, D., Kunzru, H., & Tadeu, T. (2009). *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pos-humano*. Tomaz Tadeu (Org. y Trad.). Belo Horizonte: Autêntica.
- Harris, M. (2006). *Antropología Cultural*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hofmann, N., Schwarz, U., Bauer, W., Schürhoff, D., Abounouom, A., Mojto, J. (Prods.), & Stölzl, P. (Dir.). (2013). *Der Medicus (The Physician)*. [Película –video]. Alemania: UFA Cinema, ARD Degeto Film, & Beta Cinema.
- Huertos, E. D. (1997). Consumo y medio ambiente. *Tabanque: Revista pedagógica*, (12), 41-66.
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Rosenberg self-esteem scale. *Avaliação Psicológica*, 10 (1), 41-49.
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). Acceso en 3/12/13. En: <http://www.isaps.org/>

- Iunes, D. H., Cecílio, M. B., Dozza, M. A., & Almeida, P. R. (2010). Análise quantitativa do tratamento da escoliose idiopática com o método Klapp por meio da biofotogrametria computadorizada. *Rev bras fisioter*, 14(2), 133-40.
- Jiménez, N. H. (2010). Reflexiones sobre Marcas en la Piel. *Psicología Iberoamericana*. 18(1), 38-46.
- Júnior, J. V. B., & Agne, J. E. (2003). Análise morfológica do tecido adiposo subcutâneo submetido à estimulação por ultra-som associado à corrente elétrica: estudo piloto. *Aesth Plast Surg*, (27), 146–53.
- Leduc, A., & Leduc, O. (2003). *Drenaje linfático: teoría y práctica*. Barcelona: Masson.
- Leduc, O., Leduc, A., Bourgeois, P. & Belgrado, J-P. (1998). The physical treatment of upper limb edema. *Supplement: American Cancer Society Lymphedema Workshop*, 83(12), 2835-2839.
- Le Breton, D. (2011). *Antropologia do Corpo e Modernidade*. Fábio dos Santos Creder Lopes (Trad.). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Le Breton, D. (2010). “Una Antropología del cuerpo en el mundo contemporáneo”. En: Guirao, J. E. M. & Infantes, A. T. (2010). *Cuerpo y cultura*. Barcelona: Icaria.
- Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lei n.º 6.316 de 17 de dezembro de 1975. Acceso en: 18/03/2014. En: http://www.crefito8.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=88%3Alei631675&catid=27%3Aleis-e-decretos&Itemid=30
- Lipovetsky, G. (1999.) *La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino*. Barcelona: Anagrama.

- Lyon, M. L. y Barbalet, J. M. (1994) "Society's body: emotion and the "somatization" of social theory". En: T. J. Csordas (Ed.), *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Macedo, A. C. B. D., & Oliveira, S. M. D. (2011). A atuação da fisioterapia no pré e pós-operatório de cirurgia plástica corporal: uma revisão de literatura. *Cadernos das Escolas de Saúde*, (04), 185-201.
- Machado-Borges, T. (2008). O antes e o depois: Feminilidade, classe e raça na revista *Plástica e Beleza*. *Luso-Brazilian Review*, 45 (1), 146-163.
- Maíllo, H. M. V. (2007). *Antropología, cuerpo y espacio. Símbolos y metáforas, representación y expresividad de las culturas*. Madrid: Universitaria Ramón Areces.
- Maíllo, H. M. V. (2010). Los procesos de construcción y deconstrucción del cuerpo en perspectiva antropológica. En: Guirao, J. E. M., & Infantes, A. T. (2010). *Cuerpo y cultura*. Icaria, Madrid, 19-54.
- Malinowski, B. (1976). *Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento*. São Paulo: Abril Cultural.
- Mair, L. (2007). "La antropología aplicada y la política de desarrollo", en: Guerrero, P. (Comp.), *Antropología Aplicada*. Quito: U.P.S., 33-54
- Marques, A. P., & Sanches, E. L. (1994). Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. *Fisioterapia e Pesquisa*, 1(1), 5-10.
- Marques, L., Weingarden, H. M., LeBlanc, N. J., Siev, J., & Wilhelm, S. (2011). The relationship between perceived social support and severity of body dysmorphic disorder symptoms: the role of gender. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(3), 238-244.
- Maspero, G. (2004). *Popular Stories of Ancient Egypt*. New York: Oxford University Press.

- Mauss, M. (1979). *Sociología y Antropología*. Procedido de una Introducción a la obra de Marcel Mauss por Claude Lévi-Strauss. Madrid: Tecnos, 337-354.
- Menezes, R. C., da Silva, S. G., & Ribeiro, E. R. (2009). Ultra-som no tratamento do fibro edema gelóide. *Revista Inspirar*, 1(1), 10-47.
- Migotto, J. S., Simões, N. D. P. (2013). Atuação fisioterapêutica dermatofuncional no pós-operatório de cirurgias plásticas. *Gestão e Saúde*, 4(1), 1646-1658.
- Milani, G. B., João, S. M. A., & Farah, E. A. (2006). Fundamentos da Fisioterapia dermatofuncional: revisão de literatura. *Fisioterapia e pesquisa*, 13(1), 37-43.
- Nievas, F. (1999). *El control social de los cuerpos*. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires: Eudeba.
- Oliveira, F. A. (2002). Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication. *Interface -Comunic, Saúde, Educ*, 6(10), 63-74.
- Panzini, R. G., Rocha, N. D., Bandeira, D. R., & Fleck, M. D. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de psiquiatria Clínica*, 34(1), 105-115.
- Parecer 388/63 de fisioterapia. Acceso en 18/03/2014. En: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/224260/resolucao-388-63>
- Patiño, J. F. (2008). Legado quirúrgico de Hipócrates. *Colomb Cir*, 23 (4), 191-196.
- Pena, S. D., Carvalho-Silva, D. R., Alves-Silva, J., Prado, V. F., & Santos, F. R. (2000). Retrato molecular do Brasil. *Ciência hoje*, 27(159), 16-25.
- Perez, C. M. (1999). Consideraciones sobre el uso de la ciencia antropológica en el estudio de los medios de comunicación y repercusión. En: Espina Barrio, A. B. (Dir.). *Antropología en Castilla y León e Iberoamérica, II, Antropología Visual*. Salamanca, España: Instituto de Investigaciones Antropológicas de Castilla y León, 65-74.

- Pérez-Henao, H. (2004). El cuerpo es el mensaje. O del cuerpo en las funciones básicas de los mass media. *Palabra Clave*, (11), 67-92.
- Pitanguy, I. (1976). Avaliação de aspectos psicológicos e psiquiátricos em cirurgia plástica. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 66(3), 115-125.
- Platão. (2001). *República*. Maria Helena da Rocha Pereira (Trad.). Lisboa: Gulbenkian.
- Ramírez, O. M., Torres, A. N., & Volpe, C. R. (2007). El ojo hermoso. *Cir Plast Iberolatinoam*, 33(2), 79-90.
- Ramos, K. P., Yoshida, P., & Medici, E. (2012). Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal (EA-TDC): Propriedades Psicométricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1), 1-10.
- Ramos, K.P. (2009). *Escala de Avaliação do Transtorno Dismórfico Corporal: Propriedades psicométricas*. Tese de Doutorado, Programa de Doutorado de Psicologia, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo.
- Raposo-do-Amaral, C. E. (2010). Avaliação do percentual de assimetria labial e nasal em pacientes com fissura labiopalatina submetidos à queiloplastia primária. *Rev Bras Cir Plást*, 25(1), 38-48.
- Rebelatto, J. R., & Botomé, S. P. (1999). *Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. São Paulo: Manole.
- Reisfeld, S. (2004). *Tatuajes: una mirada psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Resolução N°. 362/2009. En: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). En: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1699&psecao=9
- Rey, G. (1980). Functionalism and the Emotions. En Rorty, A. (Org.). *Explaining Emotions*. California: University of Califórnia Press, 152-16.

- Reyes, J. C. (2001). "...vale más la belleza con imperfección, que la perfección sin belleza". *Cirugia Plástica*, 11(3), 108-109.
- Rincón, M. (2010). Relajarse para conseguir el embarazo [online]. Acceso en 21/5/14. En: <http://martha-rincon.suite101.net/relajarse-para-conseguir-el-embarazo-a22727>
- Rodrigues, J. C. (1979). *Tabu do Corpo*. Rio de Janeiro: Achiamé.
- Rodrigues, J. C. (1999). *O corpo na história*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rodriguez, K. S., & González, R. A. (2007). Algunas consideraciones éticas sobre la cirugía plástica. *Rev Cubana Cir*, 46(4), 0-0.
- Rodriguez, D.R. (1997). *Diez libros de Arquitectura: Vitruvio y la piel del clasicismo*. Madrid: Alianza.
- Rosado, J. A. (2004). La medicina en la antigua India. *Revista de la Universidad de México*, (9), 101-103.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Middletown: Wesleyan University Press.
- Santos, N. P., Barnabé, A. S., Fornari, J. V., & Ferraz, R. R. N. (2012). Avaliação do nível de dor em pacientes submetidos a cirurgias plásticas estéticas ou reparadoras. *Rev Bras Cir Plást*, 27(2), 190-4.
- Saiz, C. P., Markina, C. I., Yarza, A. A., López, M. R., Eizaguirre, L. E. (2014): La divulgación de la información de salud: un reto de confianza entre sectores implicados. *Revista Latina de Comunicación Social*, (69), 135-151.
- Schilder, P. (1980). *A imagem do corpo*. Wertman, R. (Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Seidl, E. M. F., & Costa Júnior, Á. L. (2012). O psicólogo na rede pública de saúde do Distrito Federal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15(1), 027-035.

- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de saúde pública*, 31(5), 538-542.
- Sennet, R. (2005). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Shelley, M. W. (1999). *Frankenstein: the original 1918 text*. Macdonald, D. L & Scherf, K. (Eds.). Canada: Broadview Press.
- Silva, M. T. (1997). *Eletroterapia em Estética Corporal*. São Paulo: Robe.
- Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). Acceso en 3/12/13. En: <http://www2.cirurgioplastica.org.br/>
- Tacani, R. E., & De Campos, M. S. M. P. (2004). A fisioterapia, o profissional fisioterapeuta e seu papel em estética: perspectivas históricas e atuais. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 48(4), 0-0.
- Taylor, C. (2009). *El multiculturalismo y la "política del reconocimiento"*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Tolosana, C. L. (1983). *Antropología social y hermenéutica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Torres, P. V. B. (2007). *Utilizando el cuerpo: una mirada antropológica del tatuaje*. Proyecto de investigación, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de la República Uruguay, Montevideo.
- Turner, B. (1994). Los avances recientes en la teoría del cuerpo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (68), 11-39.
- Tyler, S. (1991). "La etnografía posmoderna: de documento de lo oculto a documento oculto". En: Geertz, C, Clifford, Reynoso, C. (Comp.). (1991). *El surgimiento de la antropología posmoderna*. México: Gedisa, 297-314.

- Urresti, M. (1999). "Cuerpo, apariencia y luchas por el sentido". En: Urresti, M. et.al. *La segregación negada. Cultura y discriminación social*. Argentina: Biblos.
- Vázquez, B. L. (2005). El hombre atrapado en su imagen. Comunicación: revista internacional de Comunicación Audiovisual, *Publicidad y Estudios Culturales*, (3), 175-186.
- Vega, A. B. L. (2002). *El Espectáculo Ilustrado. Claves para una Antropología del sujeto estético*. Málaga: Textos Mínimos.
- Vidal, B. C., & Vigil, T. C. (2010). Rinoplastia en la nariz mestiza y negroide. *Medisur*, 8(1), 26-31.
- Zanette, E. V. C. (2007). Influências e considerações sobre a dialética em Platão. *Caderno de Estudos Petianos*. Universidade Estadual do Oeste do Paraná UNIOESTE. En: *Pedro Gambim*, 239-253.
- Winkel, D. P. (1990). *Medicina ortopédica pelo método de Cyriax*. São Paulo: Santos.
- Werle, M. A. (2011). Platão e as vanguardas artísticas do século XX1. *Arte filosofia*, (10), 54-65.

ANEXOS

Tabacaria

Não sou nada. Nunca serei nada.
Não posso querer ser nada.
À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.
Janelas do meu quarto.
Do meu quarto de um dos milhões do mundo.
que ninguém sabe quem é (E se soubessem quem é, o que saberiam?),
Dais para o mistério de uma rua cruzada constantemente por gente,
Para uma rua inacessível a todos os pensamentos,
Real, impossivelmente real, certa, desconhecidamente certa,
Com o mistério das coisas por baixo das pedras e dos seres,
Com a morte a por umidade nas paredes e cabelos brancos nos homens,
Com o Destino a conduzir a carroça de tudo pela estrada de nada.
Estou hoje vencido, como se soubesse a verdade.
Estou hoje lúcido, como se estivesse para morrer,
E não tivesse mais irmandade com as coisas
Senão uma despedida, tornando-se esta casa e este lado da rua
A fileira de carruagens de um comboio, e uma partida apitada
De dentro da minha cabeça,
E uma sacudidela dos meus nervos e um ranger de ossos na ida.
Estou hoje perplexo, como quem pensou e achou e esqueceu.
Estou hoje dividido entre a lealdade que devo
À Tabacaria do outro lado da rua, como coisa real por fora,
E à sensação de que tudo é sonho, como coisa real por dentro.
Falhei em tudo.
Como não fiz propósito nenhum, talvez tudo fosse nada.
A aprendizagem que me deram,
Desci dela pela janela das traseiras da casa.

Fernando Pessoa

ANEXO A

CARTA DE CONSENTIMIENTO

A través de esto, yo Luciana Maria Masiero, académica del Máster de Antropología de Iberoamérica en la Universidad de Salamanca, quiero invitarlo/a a participar de la investigación titulada: “Cuerpos Modificados - Un estudio sobre la Cultura del Cuerpo de Pacientes que realizan postoperatorios de Cirugías Plásticas en Porto Alegre – Brasil”. La investigación tiene como objetivo interpretar las razones que influyen en la cultura del cuerpo en pacientes que realizan postoperatorios de cirugías plásticas en Porto Alegre. La justificación más relevante radica en la contribución para formulación y promoción de políticas y estrategias de salud que busquen la mejora de las asimetrías en salud. Además, pretende averiguar las características culturales que influyen en el modo de vida de las personas y encontrar manifestaciones de problemas actuales.

Esta entrevista posee la finalidad de recolectar datos relacionados con cirugías plásticas, cultura del cuerpo y tratamientos postoperatorios. Tendrá una duración media de 30 minutos. Las entrevistas no ofrecen riesgos, todos los datos recolectados se mantendrán en secreto y tampoco se mencionará el nombre de los participantes en ninguna presentación oral o trabajo escrito que vaya a publicarse, preservando la identidad e integridad física del participante. No hay costes para los participantes, quedando este solo con el compromiso de comparecer al local de las entrevistas en el día y horario acordados.

Por la presente Carta de Consentimiento, declaro que me han informado de los objetivos y justificación de esta investigación. Asimismo, de los procedimientos de los cuales voy a estar envuelto/a. También podré abandonar la participación en cualquier fase del estudio sin consecuencia a mi persona, en cualquier momento que lo juzgue necesario. Así, yo, _____, acepto participar en la investigación que realizará con responsabilidad de la académica Dña. Luciana Maria Masiero (555191858657 o 34671949254 – lumasiero@hotmail.com) con dirección del Profesor de la Universidad de Salamanca D. Ángel B. Espina Barrio (espina@usal.es) y D. Mario Helio Gomes de Lima (mariohelio@gmail.com).

Cualquier información sobre la investigación puede encontrarse en el teléfono +34 923-294400 Ext. 3516 o espina@usal.es. Si en algún momento de la investigación se siente molestado, podrá recurrir a la Universidad de Salamanca.

Firma del Participante _____

Firma del investigador _____

Porto Alegre, _____

ANEXO B
CUESTIONARIO TAXONÓMICO

Rasgos Físicos

Parámetros sociales

Medio ambiente

Cultura material

Ciclo vital (embarazo, matrimonio)

Cultura simbólica (valores, personalidad, cosmovisión, lenguaje)

Cuerpo

ANEXO C

ENTREVISTAS DIRIGIDAS INDIRECTAS

Fueron elaborados tres tipos de entrevistas: para los pacientes, cirujanos plásticos y fisioterapeutas. Para todos fueron cuestionados edad, escolaridad y estado civil.

Pacientes	Cirujanos Plásticos	Fisioterapeutas
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuáles son tus cuidados con el cuerpo? 2. ¿Qué es la belleza para ti? 3. Cuéntame cuáles son las cirugías plásticas que has hecho y cómo fue tu experiencia. 4. Hable un poco sobre los motivos que te llevaron a hacer cirugía plástica. 5. ¿Ya has hecho otros tratamientos estéticos? Cuáles. 6. ¿Cómo ves tu cuerpo? 7. ¿Tu percepción ha cambiado después de la cirugía? 8. ¿Piensas que la apariencia del cuerpo es importante en la sociedad? 9. ¿Tu resultado fue satisfactorio? 10. ¿Cuál es la importancia de realizar tratamientos postoperatorios? 11. ¿Has hecho tratamientos postoperatorios? Háblame de tu experiencia. 12. ¿Lo realizó un fisioterapeuta? Si no, ¿quién? 13. Háblame un poco sobre cómo los cambios obtenidos por la cirugía han mejorado sus relaciones personales y las profesionales. 14. ¿Cómo elegiste el médico? ¿Él tuvo influencia en tu decisión por realizar cirugía plástica? 15. ¿Qué piensas sobre las cirugías plásticas? 16. ¿Considera que es accesible para todos los públicos? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hable un poco sobre su experiencia profesional con cirugías plásticas en Porto Alegre. 2. ¿Cuáles son las cirugías plásticas que más realiza? 3. ¿Cómo es el público que más las realiza? 4. En tu opinión, ¿Cuáles son las principales razones de la búsqueda de cirugías plásticas? 5. ¿Cómo piensa que la apariencia del cuerpo interfiere en las relaciones personales y profesionales? 6. Explique cómo los cambios generados por las cirugías pueden mejorar estas relaciones. 7. ¿Cuáles son los principales deseos y dudas que los pacientes generalmente tienen? 8. En tu opinión, ¿Cómo ves la cultura del cuerpo y las cirugías plásticas en la sociedad? 9. ¿Cuáles son las principales complicaciones que pueden suceder durante una cirugía plástica? ¿Ya viviste algo así? 10. ¿Acostumbra a indicar tratamientos postoperatorios para los pacientes? ¿Por qué? 11. Si indicas, ¿quién los realiza? 12. ¿Observa buenos resultados? 13. ¿Qué ha cambiado con el tiempo dentro de las cirugías? 14. ¿Conoce la <i>etnocirugía</i>? Si, sí, ¿Qué piensas? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hable un poco sobre su experiencia profesional con postoperatorios de cirugías plásticas en Porto Alegre. 2. ¿Cuáles son las cirugías plásticas que más observa? 3. ¿Cómo es el público que más las realiza y los que realizan tratamientos postoperatorios? 4. En tu opinión, ¿Cuáles son las principales razones de la búsqueda de cirugías plásticas? 5. ¿Cómo piensa que la apariencia del cuerpo interfiere en las relaciones personales y profesionales? 6. Explique cómo los cambios generados por las cirugías pueden mejorar estas relaciones. 7. ¿Cuáles son los principales deseos y dudas que los pacientes generalmente tienen? 8. ¿Piensa que el médico influye en la decisión? 9. En tu opinión, ¿Cómo ves la cultura del cuerpo y las cirugías plásticas en la sociedad? 10. ¿Cuál es la importancia de realizar tratamientos postoperatorios? 11. ¿Cuáles son los principales tratamientos postoperatorios que realiza? 12. ¿Cómo es la frecuencia de las sesiones, observa buenos resultados?

GLOSARIO

Abdominoplastia: procedimiento en que se remueve el exceso de gordura y de piel y, en la mayoría de los casos, restaura los muslos enflaquecidos o apartados, creando un abdomen más suave y tonificado.

Adherencias: son bandas de tejido similar al cicatricial que se forman entre dos superficies dentro del organismo y hacen que éstas se peguen.

Alopecia: es una enfermedad que afecta los folículos pilosos pudiendo causar la pérdida total o parcial de los pelos.

Anorexia: es una enfermedad mental que consiste en una pérdida de peso derivada de un intenso temor a la obesidad.

Blefaroplastia: cirugía de las párpadas, superiores o inferiores, que mejora la apariencia alrededor de los ojos rejuveneciendo y haciendo que la mirada se perciba más descansada.

Bulimia: es un trastorno mental que se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos en un corto espacio de tiempo en forma de "atracones" y una preocupación exagerada por el control del peso corporal que lleva a la persona afectada a adoptar conductas inadecuadas y peligrosas para su salud, como forzar los vómitos.

Cicatrices hipertróficas: es una lesión fibrosa, eritematosa, levantada y pruriginosa que se forma dentro de los bordes iniciales de una herida o pos extirpación quirúrgica.

Fibrosis: es la formación de exceso de tejido conectivo fibroso en un órgano o de tejido en un proceso reparativo o reactivo.

Fisioterapia dermatofuncional: la especialidad de la fisioterapia cuyo objetivo es promover la recuperación físico-funcional de los trastornos endocrinos/metabólicos, dermatológicos y

muslo-esqueléticos, con el carácter asistencial más amplio que el solamente estético, especialmente no tocante a la salud de la mujer.

Ginecomastia: la reducción de seno para los hombres, corrige glándulas mamarias demasiado desarrolladas o grandes.

Liposucción: cirugía que remodela las áreas específicas del cuerpo, removiendo el exceso de depósitos de gordura y mejorando los contornos y la proporción.

Mamoplastia de aumento: utiliza implantes para dar volumen a los senos o restaurar el volumen mamario perdido después de una pérdida de peso o embarazo.

Mastopexia (levantamiento de senos): comúnmente referida como cirugía de *lifting* de seno, reposiciona la aréola y el tejido mamario, removiendo el exceso de piel y comprimiendo el tejido para hacer un nuevo contorno de seno.

Otoplastia: cirugía que corrige un defecto en la estructura de las orejas creando una forma natural, equilibrada y proporcional a las orejas y al rostro.

Rellenamiento cutáneo: son realizados con materiales biocompatibles para corregir arrugas y surcos, dar volumen a determinadas zonas del rostro, como los labios, dando un aspecto natural.

Quelóides: es una lesión con aspecto tumoral, color rojo rosado o púrpura con los contornos demarcados, irregulares, sobrepasando los márgenes iniciales de la herida.

Reducción de senos: la cirugía retira el exceso de gordura, el tejido glandular y la piel para atingir un tamaño de seno proporcional a su cuerpo y aliviar desconforme asociado a unos senos muy grandes.

Rinoplastia: cirugía de la nariz, que mejora su apariencia y proporción, realzando la armonía facial. También puede corregir alguna dificultad respiratoria causada por anomalías estructurales de la nariz.

Ritidoplastia (*lifting* facial): es una cirugía que mejora el aspecto del rostro y del cuello, como la flacidez, los vincos profundos, la gordura extra en mentón y mandíbula, la pérdida de tonos musculares y de piel.

Seromas: es la acumulación de grasa líquida, suero y linfa en un área del cuerpo en donde se ha producido un traumatismo o se ha practicado una cirugía.

Toxina Botulínica: es una neurotoxina elaborada por una bacteria que tiene la capacidad de producir parálisis muscular por denervación química, se aprovecha para usarla en ciertas enfermedades neurológicas o como producto cosmético para tratamiento de las arrugas faciales.

Trastorno Dismórfico Corporal (TDC): el afectado tiene que sufrir reiteradamente una obsesión con una parte de su cuerpo que le impida llevar una vida normal.

Trastorno por atracón: es una condición seria caracterizada por una forma incontrolada de comer que resulta en un aumento de peso.

Vigorexia: obsesión por verse musculosos, quien los padece se mira constantemente en el espejo y se ve enclenque.

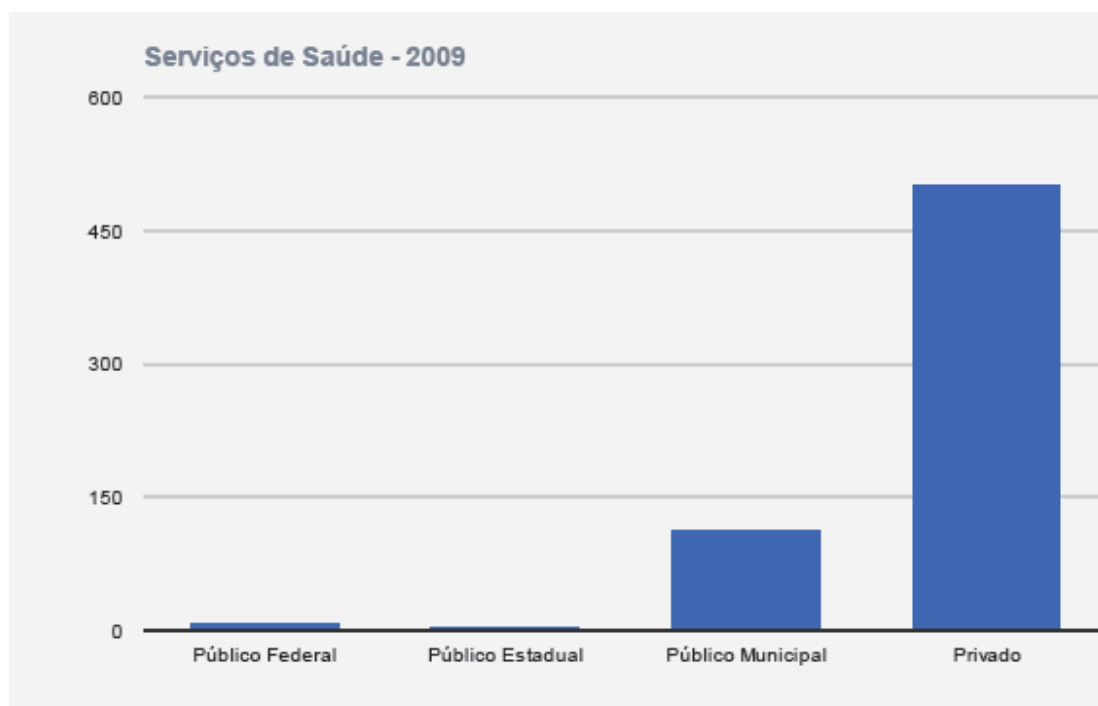
FIGURAS Y CUADROS

Brazil	
Surgical Procedures	
Lipoplasty	211,108
Breast augmentation	148,962
Abdominoplasty	95,004
Blepharoplasty	90,281
Breast reduction (women)	66,417
Nonsurgical Procedures	
Botulinum Toxin Type A (Botox Dysport)	179,859
Hyaluronic Acid	79,028
Laser hair removal	70,487
Autologous fat injections [■]	62,549
IPL Laser Treatment	39,690

Figura 1: Cirugías más frecuentes en Brasil (ISAPS, 2011).

Countries Performing Most Popular Surgical Procedures				
Rank	Country	Number of Procedures	Percentage of Total	Rank in 2010*
Lipoplasty				
1	U.S.	223,066	17.6%	2
2	Brazil	211,108	16.6%	1
3	China	83,240	6.6%	4
4	Japan	72,892	5.7%	5
5	Mexico	62,010	4.9%	*
* Did not place in Top 5 for 2010. India fell from Top 5 in 2011 due to new estimated plastic surgeon counts.				
Breast augmentation				
1	U.S.	284,351	23.6%	1
2	Brazil	148,962	12.4%	2
3	Mexico	72,712	6.0%	3
4	Italy	62,055	5.1%	4
5	China	56,840	4.7%	5
Blepharoplasty				
1	U.S.	110,016	15.6%	1
2	Brazil	90,281	12.8%	2
3	China	45,820	6.5%	3
4	Italy	41,790	5.9%	*
5	Japan	40,996	5.8%	4
* Did not place in Top 5 for 2010. India fell from Top 5 in 2011 due to new estimated plastic surgeon counts.				
Abdominoplasty				
1	U.S.	114,062	20.6%	1
2	Brazil	95,004	17.2%	2
3	China	31,780	5.7%	4
4	Mexico	30,208	5.5%	5
5	Japan	28,142	5.1%	*
* Did not place in Top 5 for 2010. India fell from Top 5 in 2011 due to new estimated plastic surgeon counts.				
Rhinoplasty				
1	China	51,680	10.8%	2
2	Japan	46,599	9.7%	4
3	Brazil	43,809	9.2%	1
4	U.S.	40,103	8.4%	5
5	South Korea	31,863	6.7%	*
* Did not place in Top 5 for 2010. India fell from Top 5 in 2011 due to new estimated plastic surgeon counts.				
*National Societies of the following countries materially restated their country's estimated number of plastic surgeons in 2010 compared to the figure used in 2009: Brazil; China; Colombia; France; Italy; and United Kingdom. This may affect ranking comparisons, since 2009 rankings were not recomputed.				

Figura 2: Cirugías más frecuentes en el mundo (ISAPS, 2011).



Serviços de Saúde - 2009	
Público Federal	9 estabelecimentos
Público Estadual	4 estabelecimentos
Público Municipal	115 estabelecimentos
Privado	502 estabelecimentos

Figura 3: Servicios de Salud en Porto Alegre (IBGE, 2009).



Figura 4: Imagen de *Michelangelo Merisi da Caravaggio*, en la Galleria Nazionale d'Arte Antica en Roma.

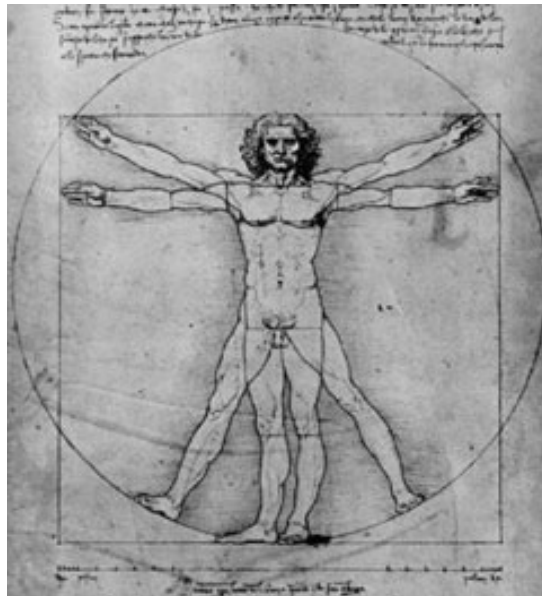


Figura 5: El Hombre vitruviano. Dibujo, 1492. Leonardo da Vinci. La Galleria dell'Accademia, Italia.



Figura 6: Wollstonecraft Shelley's Frankenstein. En:
<http://www.thesharkguys.com/celebrities/people-who-look-like-the-frankenstein-monster/>



Figura 7: antiguas cirugías. Foto disponible en: revistadehistoria.com.br

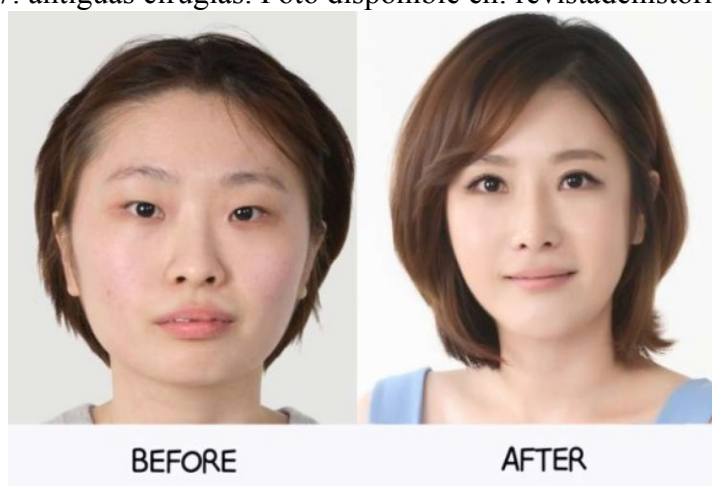


Figura 8: etnocirugía. Foto de Tumblr: [kpsurgery](https://www.tumblr.com/kpsurgery), disponible en: <http://vidayestilo.terra.com.co/mujer/belleza/las-mujeres-orientales-gastan-millones-en-cirugias-plasticas,173b208249852410VgnVCM20000099cceb0aRCRD.html>



Figura 9: drenaje linfático. Foto disponible en: clinicabalearesperu.com



Figura 10: Jornal enseñando una propaganda de cirugías plásticas.

Fase 1	Revisión bibliográfica y Muestra.
Fase 2	Trabajo de campo con observación participante y entrevistas dirigidas indirectas.
Fase 3	Análisis y discusión de los datos.

Tabla 1: Resumen metodológico

GRUPOS	PARTICIPANTES	GÉNERO
GRUPO DIRECTO (entrevistas dirigidas indirectas grabadas y con termo de consentimiento)	6 pacientes	6 mujeres
	4 cirujanos plásticos	1 mujer 3 hombres
	5 fisioterapeutas	5 mujeres
GRUPO INDIRECTO (conversas informales descritas en el diario de campo)	2 secretarias	2 mujeres
	1 anestesiólogo	1 hombre
	2 técnicas de enfermería	2 mujeres
	1 fisioterapeuta	1 mujer

	3 pacientes	1 hombre 2 mujeres
TOTAL	24 participantes	19 mujeres 5 hombres

Tabla 2: Participantes de la investigación.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN
Las motivaciones “internas” y “externas de los pacientes: modificando el cuerpo, modificando la vida	Entender por qué los pacientes realizan cirugías plásticas en Porto Alegre. Analizar cómo los cambios generados por las cirugías pueden modificar la vida personal y profesional de los pacientes.
Con el bisturí: Cirugía Plástica reparadora, estética y etnocirugía	Identificar las principales cirugías plásticas. Conocer la visión de etnocirugía de los cirujanos plásticos y fisioterapeutas investigados.
Con las curitas: los tratamientos postoperatorios	Entender por qué los pacientes realizan tratamientos postoperatorios en Porto Alegre. Identificar los principales tratamientos postoperatorios en Porto Alegre.
¿Belleza o salud? Cada generación escribe sus libros	Describir los conceptos de belleza y cuidados en salud de los participantes.

Tabla 3: Categorías de análisis con los objetivos de la investigación.

Categorías	Paciente	Cirujano Plástico	Fisioterapeuta	Otros
Las motivaciones “internas” y “externas de los pacientes: modificando el cuerpo, modificando la vida	Autoestima Insatisfacción Cuidarse Buscar felicidad Método rápido Buscar empleos Pareja pide	Equilibrio externo/interno ↑ expectativa de vida Inconsciente es atemporal Busca de pareja Éxito profesional No quieren esforzarse Usar ropa de la moda	Post-parto Conquistar pareja Vida Sexual No quieren esforzarse Fin de casamiento Inestabilidad emocional Traición	Competitividad Para comparar con las otras mujeres Conquistar pareja
Con el bisturí: Cirugía Plástica reparadora, estética y etnocirugía	Mastopexia Liposucción Prótesis de silicona Rinoplastia Blefaroplastia	Mastopexia, Abdominoplastia, Liposucción, Prótesis de silicona, ritidoplastia, Blefaroplastia y Rinoplastia	Mastopexia Liposucción Prótesis de silicona Rinoplastia Extensión ósea	Mastopexia Abdominoplastia Prótesis de silicona Liposucción Rinoplastia
Con las curitas: los tratamientos postoperatorios	Drenaje linfático	Drenaje linfático US	Laser, US Alta frecuencia, Drenaje Linfático, Pompaje, LTF® Crioterapia, Movilizaciones miofasciales	Drenaje Linfático US

¿Belleza o salud? Cada generación escribe sus libros	Belleza Estar feliz Estar en la moda Vestir ropas Para los otros Belleza interior Seguir los Modelos “piensan en salud” Alimentación Ejercicios Anabolizantes	Belleza Harmonía Carácter (personalidad) Sentimiento Conjunto Bondad Felicidad Ser natural TDC Efecto “Barbie” Piensan poco en salud	Belleza Harmonía Conjunto Sentirse bien TDC Bien momentáneo Imaginario social Mensajes proyectadas Pocos cuidados en salud	Belleza No piensan en la recuperación
---	---	---	--	---

Tabla 4: Resumen de los resultados de las categorías de análisis.

Puntos observados		Pacientes Investigados Total: 9
Rasgos físicos	Género	8 mujeres y 1 hombre
	Grupo Étnico	8 blancos y 1 Negro
Parámetros sociales	Tipo de Residencia	3 casas 6 apartamentos
	Barrios de Porto Alegre	4 barrios nobles (Bela Vista, Três Figueiras y Moinhos de Vento) y 5 barrios cerca de los nobles (Petrópolis, Jardim Botânico, Santana y Santo Antônio)
	Escolaridad	6 cursos superiores (Facultad y/o Postgrado), 2 cursos técnicos y 1 ensino medio
	Profesión	1 Nutricionista; 1 Psicólogo; 1 Dentista; 1 Administrador de empresas; 1 Abogado; 2 Peluqueros; 1 Do hogar y 1 Secretario
Cultura material	Ropas	6 ropas de la “moda” y 3 ropas tradicionales
	Accesorios	9 con reloj, 6 con accesorios de oro/plata/follados (pendientes, pulseras, colares) y 3 con pendientes de otros materiales
	Transporte	8 coches y 1 no tenía
Ciclo vital	Edad	De 27 hasta 65 años (27, 28, 30, 31, 35, 44, 51, 63 y 65)
	Estatus civil	4 casados, 4 solteros y 1 viuda
	Hijos	4 con hijos, 4 sin hijos y 1 embarazada
	Cirugías (todos hicieron dos o más cirugías)	5 Prótesis de silicona; 2 Abdominoplastia; 3 Blefaroplastia; 4 Liposucción; 3 Rinoplastia y 2 Ritidoplastia o lifting facial
Cultura simbólica	Lenguaje	Todos con buena comunicación, lenguaje, comprensión y vocabulario en portugués. 5 hablan otro idioma (inglés y/o español y/o francés)
	Religión	3 Católicas; 2 Espiritas; 1 Umbanda; 2 Religiones mezcladas y 1 Sin religión

Tabla 5: cuestionario taxonómico

FOTOGRAFÍAS

“La película utilizada en la fotografía es una hoja fina que sirve de soporte a la capa sensible que va a impresionar”⁷²



Fotografía 1: clínica de cirugía plástica.



Fotografía 2: clínica de cirugía plástica.

72 Didier Anzieu, 2010, pag. 229



Fotografia 3: clínica de cirurgia plástica y de fisioterapia.



Fotografia 4: clínica de cirurgia plástica.



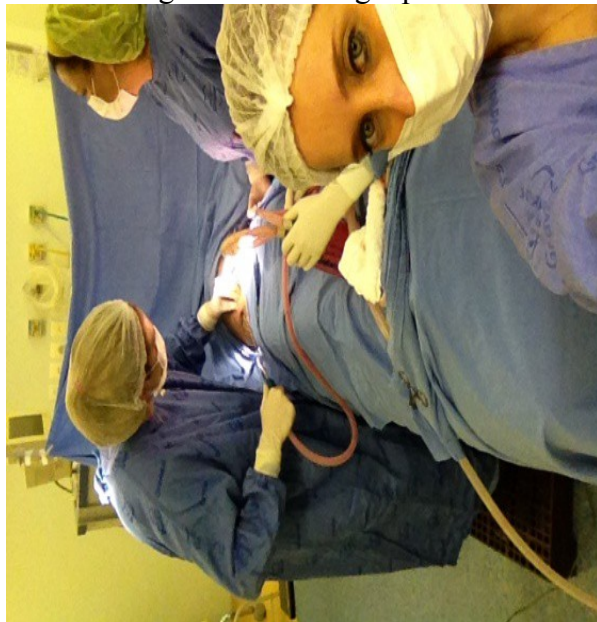
Fotografía 5: clínica de cirugía plástica.



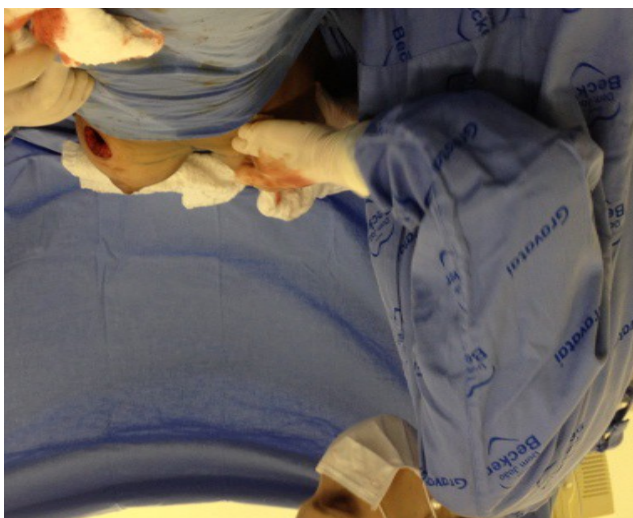
Fotografía 6: clínica de cirugía plástica.



Fotografía 7: la cirugía plástica.



Fotografía 8: la cirugía plástica.



Fotografía 9: la cirugía plástica.



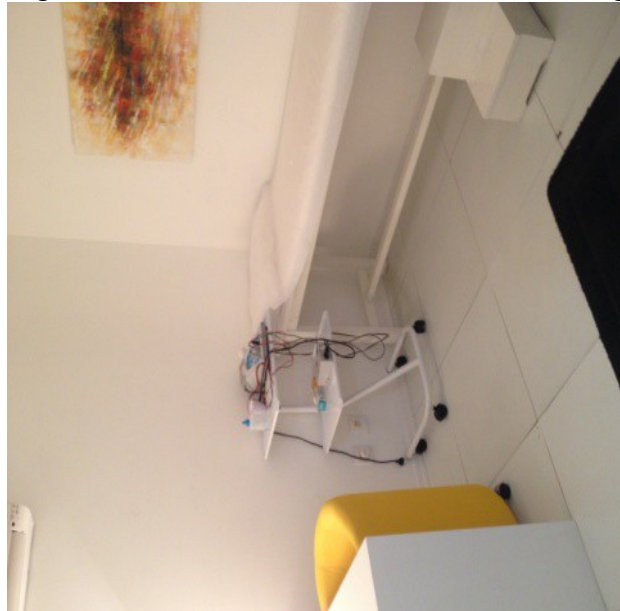
Fotografía 10: PUCRS, Universidad en Porto Alegre.



Fotografía 11: Vida Centro de estudios en salud, curso de postgrado en Porto Alegre.



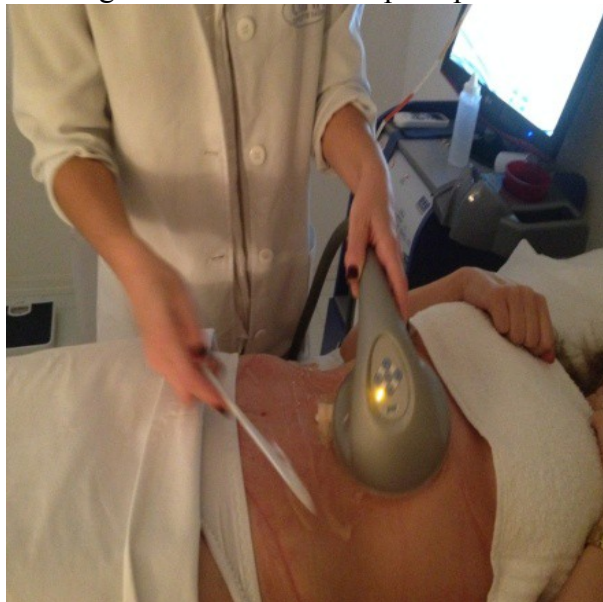
Fotografía 12: UFRGS, Universidad en Porto Alegre.



Fotografias 13: clínica de fisioterapia.



Fotografía 14: tratamiento postoperatorio.



Fotografía 15: tratamiento postoperatorio.



Fotografía 16: participante de la investigación.



Fotografía 17: participantes de la investigación.



Fotografía 18: participante de la investigación.