

**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES**  
**LÍNEA ANTROPOLOGÍA**



**RESUMEN EN ESPAÑOL**

**UN ESTUDIO ANTROPOLÓGICO E INTERDISCIPLINARIO SOBRE LAS  
RESIGNIFICACIONES DEL CUERPO Y DE LA MENTE GENERADAS POR LAS  
CIRUGÍAS PLÁSTICAS EN RÍO DE JANEIRO (BRASIL) Y EN BARCELONA (ESPAÑA)**

**TESIS DOCTORAL**

**Luciana Maria Masiero**

Salamanca

2017

## **ESTRUCTURA:**

Esta investigación se dividió en tres partes. La primera presenta la introducción, la definición del problema, las palabras clave, el objetivo general, los objetivos específicos, las hipótesis del estudio, la justificación y la estructura del estudio. A continuación, en la parte I, se describieron los aspectos metodológicos utilizados en la investigación, a saber: delineamiento del estudio; localización de la investigación; población y muestra; procedimientos de recogida (trabajo de campo, observación participante y entrevistas semiestructuradas); instrumentos utilizados y el análisis, discusión e interpretación de los datos. También se expone las líneas antropológicas utilizadas, las consideraciones éticas y las limitaciones de la investigación.

La parte II, se destinó al marco teórico de la investigación. Se contextualizaron los términos y expresiones importantes del estudio para que hubiese claridad de la temática investigada. Para ello, los temas fueron divididos dentro de tres grandes grupos: "La cultura de las cirugías plásticas: posibilidades de SER en el cuerpo"; "La cultura del cuerpo: posibilidades de TENER en el cuerpo; y "La relación interdisciplinar de los profesionales: posibilidades de ACTUAR en el cuerpo".

Por último, en la parte III, se expusieron los resultados, las interpretaciones y las discusiones de la investigación desde una perspectiva antropológica. Sumado a esto, se presentaron las conclusiones, y para su elaboración, se retomaron los objetivos del estudio resaltando las principales consideraciones encontradas en el estudio.

## **RESUMEN**

La complejidad envuelta en las cirugías plásticas puede traspasar las modificaciones corporales incluyendo también aspectos psicológicos, socioculturales y éticos. Ese procedimiento quirúrgico estético y/o reparador viene aumentando constantemente en todo el mundo (ISAPS<sup>1</sup>, 2016), siendo un objeto de estudio cada vez más frecuente. Con todo, escasas investigaciones tratan sobre los significados simbólicos asociados a la adaptación del cuerpo, alterado por la cirugía plástica a través de una visión antropológica e interdisciplinaria.

Así, partiendo de las conclusiones que obtuve en mi trabajo fin de máster (Masiero, 2014), en el cual

---

<sup>1</sup> *International Society of Aesthetic Plastic Surgery* (ISAPS). Fundada en 1970, la ISAPS es la principal sociedad de cirujanos plásticos estéticos del mundo cuya misión es educar los miembros acerca de las más recientes técnicas quirúrgicas, informar al público y promover la seguridad del paciente.

abordé las motivaciones internas y externas que llevan a las personas a realizar cirugías plásticas y sus tratamientos en fisioterapia, ha surgido un interés en continuar este tema, pero ahora de forma más profunda e interdisciplinaria.

Se piensa que las cirugías plásticas son procedimientos quirúrgicos que alteran las significaciones corporales y mentales de las personas, pues modifican las identidades y crean nuevos significados, o re significados, modificando la forma de verse a sí mismos. Además, es común que exista una construcción colectiva de representaciones en torno a los resultados de las cirugías plásticas asociándolas a ideales irreales como “ la cura de todos los males”, “la fuente de la juventud”, “la promesa de belleza” y “el camino para la felicidad y el suceso” (Edmonds, 2007; Goldenberg, 2011; Haiken, 1997).

En este sentido, algunas personas pueden considerar la cirugía plástica como un instrumento para la modificación no solamente del cuerpo, sino también como una solución para los problemas emocionales, siendo necesario, algunas veces, la indicación de tratamientos psicológicos antes de la realización del procedimiento (Copetti & Jones, 2005). También, se suelen asociar la dualidad cartesiana, mente y cuerpo, a significaciones y resignificaciones corporales, pues, sin darse cuenta, el sujeto requiere constantemente ideas, tanto conscientes como inconscientes, relacionadas con la decisión de modificar su cuerpo.

Entretanto, las cirugías plásticas también pueden afectar a la imagen corporal y la autoestima de quién se opera (Masiero, 2014). En este contexto, Rosenberg (1973, p.220) apunta que la imagen corporal es la forma con la que el individuo se ve a si mismo en un momento determinado existiendo, sin embargo, una imagen corporal actual y una imagen corporal ideal, siendo ésta última una idealización de sí mismo basada en patrones de belleza. Ya la autoestima es un conjunto de sentimientos, pensamientos y actitudes positivas o negativas en relación a si mismo (Schilder, 1994 [1980]).

Por otro lado, dentro de este cuadro bien definido y aparentemente inofensivo, reside una serie de problemas de en salud que pueden estar causados por una inocente negligencia de un equipo interdisciplinario envuelto con las cirugías plásticas que aún no entiende su papel en la sociedad. De ese modo, médicos, psicólogos, fisioterapeutas y todos los profesionales del área que tienen conocimientos en salud van a ser formadores y moderadores de opiniones y, por lo tanto, adquieren una responsabilidad social de informar y esclarecer dudas a todos los interesados en realizarse una cirugía plástica.

No obstante, dentro de un equipo interdisciplinario de cirugía plástica, los antropólogos, profesionales

especializados en observar culturas e interpretar comportamientos colectivos, también pueden, y deben, colaborar en el trabajo en equipo interpretando la cultura y la simbología de los deseos y comportamientos de las personas que buscan cirugías plásticas. La comprensión de la identidad, de los significados y de los resignificados corporales a través del estudio de la antropología cultural, de la salud y del cuerpo puede aportar conocimientos importantes en salud para políticas o estrategias de prevención que combatan problemas biológicos, psicológicos y sociales causados por las cirugías plásticas (Guerreiro, 2007).

El trabajo interdisciplinario de estos profesionales sería muy ventajoso para una mejora colectiva en salud, pues el aumento de la popularidad de las cirugías plásticas provoca un interés en mujeres y hombres de todas las edades, inclusive de transexuales que buscan modificar su género, pero se sabe que pocos individuos tienen una verdadera consciencia de los riesgos, indicaciones y contraindicaciones relacionadas con las cirugías plásticas (Guimarães, 2016).

Esto puede ser explicado por el hecho de que hoy el cuerpo es una de las principales representaciones del individuo y, en un mundo de consuno, la apariencia representa un atributo social esencial asociado al éxito y a la felicidad (Haiken, 1997). En este mismo sentido, Antonio (2008) y Edmonds (2007) llaman a esta responsabilidad del individuo por su cuerpo, un imperativo moral generado por las tendencias sociales.

Goldenberg (2007), afirma que la búsqueda por la juventud y por la belleza pueden estar viéndose por los medios de comunicación, ya que la “buena forma” generalmente se ve asociada a una vida bien aprovechada y feliz. Entretanto, la realización de cirugías plásticas para esconder determinados defectos corporales puede estar asociada no sólo a aspectos externos, sino también a una inestabilidad emocional o a una idealización de un cuerpo que difícilmente se materializará.

De esta manera, más importante que conocer la expectativa de la imagen corporal ideal del paciente, es fundamental que el profesional en salud sepa si el sujeto podrá llegar a ser. Por lo tanto, los profesionales involucrados en las cirugías plásticas deben observar y escuchar lo que la persona se propone a ser y qué está dispuesto a hacer para alcanzar tal objetivo. Sin embargo, la preocupación en salud surgirá cuando el deseo de perfección traspase los cuidados y el sentido común del individuo, pues se sabe que para la adquisición de una identidad aceptable en sociedad se pueden traspasar algunos límites transformando la búsqueda por el cuerpo perfecto en enfermedades.

De este modo, observando los cambios inmediatos actuales en relación a las cirugías plásticas sin una

previa reflexión de sus reales motivaciones y necesidades reales, se ha visto que existe un vacío en la interpretación de las resignificaciones corporales y mentales de los sujetos operados y una carencia en el trabajo interdisciplinario de los profesionales envueltos en este procedimiento. Esos vacíos pueden ser fácilmente confundidos por un simple deseo, un ideal, una vanidad o, quizá, como respuesta a una enfermedad, un trastorno psicológico o una dismorfia corporal oriunda de una imagen corporal distorsionada.

Así, partiendo del supuesto de que la mente humana tiene algunas dimensiones poco esclarecidas que pueden influenciar de forma decisiva en la vida de las personas, el objetivo principal de este estudio es analizar cómo ocurren las resignificaciones del cuerpo y de la mente de las personas que se realizaron cirugías plásticas en Río de Janeiro (Brasil) y en Barcelona (España).

Como Brasil está clasificado en segunda posición en el *ranking* mundial de cirugías plásticas (ISAPS, 2016), se considera este país como adecuado para esta tesis doctoral. Con todo, también se ha investigado en España para fines de comparación y, también, para una comprensión más amplia sobre el proceso de las cirugías plásticas de estos países, más específicamente en Río de Janeiro y en Barcelona.

En este contexto, se busca entender cómo las cirugías plásticas alteran las representaciones simbólicas del cuerpo, la imagen corporal y la autoestima de los individuos. También se objetiva conocer la relación interdisciplinaria y el papel de los médicos, psicólogos, fisioterapeutas y antropólogos así como los principales problemas biológicos, psicológicos y sociales relacionados con las cirugías plásticas. De esta forma, se describe el contexto sociocultural que envuelve las cirugías plásticas de reasignación sexual, tema poco estudiado y de relevante importancia en las sociedades modernas.

Por consiguiente, se considera que este estudio contribuirá de manera relevante con informaciones en salud que pueden ser utilizadas de manera educativa tanto en el medio científico como para la sociedad. Además, al esclarecer los aspectos culturales relacionados con el cuerpo, se auxiliará en la detección de los problemas en salud y se fomentará la importancia del trabajo interdisciplinario para otros estudios que pueden ser tomados como ejemplo. También se debe destacar que una investigación acerca de las cirugías plásticas a partir de una perspectiva antropológica, trae nuevas informaciones de comportamientos, se construyen y se desconstruyen barreras socioculturales del cuerpo y se contextualizan temas poco tratados, como transexualidad por ejemplo, pues se considera que “el cuerpo nunca es un dado indiscutible y evidente, pero el efecto de una construcción social y cultural” (Le Breton, 2011, p.18).

La elección de que esta investigación haya sido realizada en Río de Janeiro y Barcelona se justifica por ser ciudades con gran incidencia de cirugías plásticas (SBCP, 2016; SECPRE, 2016), con un clima costero semejante. Así, comparar estas ciudades fue una forma de comprender mejor el proceso de resignificación del cuerpo y de la mente de una parcela de América Latina y Europa que opta por modificar sus cuerpos con cirugías plásticas.

Partiendo del supuesto de que las hipótesis y el proceso de investigación cualitativa son provisionales y que solamente en el final del estudio, a través de los hallazgos en el trabajo de campo, se pueden visualizar y transformar en una tesis para un estudio en concreto. En este sentido, Taylor y Rogdan (2002[1987]) afirman que la mayoría de los investigadores sociales que optan por trabajo de campo a través de la observación participante, entran en campo sin hipótesis o sin prejuicios específicos para que la hipótesis no sea obligatoria, peligrosa científicamente y que no se convierta en un símbolo de abuso del investigador.

De este modo, la hipótesis central de esta investigación es que las cirugías plásticas provocan resignificaciones tanto en la parte mental de los pacientes como en las alteraciones promovidas por el bisturí en el cuerpo. Es decir, se supone que las cirugías plásticas también moldean la mente en el sentido de representación simbólica, de la imagen corporal, de la resignificación del cuerpo y del cambio de identidad, pero que no abarca los aspectos de la plasticidad neuronal. Se modifica la forma de verse en el espejo, pero no, necesariamente, en la misma proporción que la modificación hecha en el cuerpo, por lo tanto, se sugiere que las cirugías plásticas podrían ser llamadas cirugías “psico-plásticas”, pues además del cuerpo también cambian las representaciones simbólicas del individuo.

El presente estudio es de carácter cualitativo etnográfico, centrado en la investigación de la cultura del cuerpo a partir de una interpretación antropológica cultural de los significados generados por la interacción humana. La pesquisa cualitativa es un abordaje centrado en la cultura cuyo objetivo es investigar el comportamiento de los agrupamientos humanos en interacción, en su estado natural y espontáneo, tal como viven, sin manipular su conducta en laboratorio, con el objetivo de describir, comprender e interpretar (Aguirre-Baztán & Clerton-Martins, 2014, p.11).

Las metodologías cualitativas favorecen, de un modo general, el análisis de microprocesos por el estudio de las acciones individuales y grupales desafiando al investigador a entender una realidad social (De Souza,

Melo & Santiago, 2010). Para Minayo (2013), ese método contribuye a la comprensión de fenómenos que promueven una humanización en el ámbito de la salud, pues la visión compartida de las ciencias sociales y humanas constituyen artefactos heurísticos que permiten encontrar la inteligibilidad del universo de las construcciones humanas, de las cuales la salud es un símbolo fundamental.

Este estudio fue realizado dentro de ambientes relacionados con las cirugías plásticas: clínicas de cirugía plástica, de fisioterapia, de psicología y en hospitales. La investigación también fue hecha en ambientes de formación académica: universidades y cursos de postgrado de médicos, fisioterapeutas, psicólogos y antropólogos, pues se trata de un trabajo interdisciplinario que busca comprender la relación entre esas áreas con las cirugías plásticas. Por consiguiente, también estuve en un grupo de apoyo a personas transgénero y en los locales previamente combinados con los participantes.

Fue considerada como población de estudio todas las personas relacionadas directa e indirectamente con las cirugías plásticas que estaban en el momento del trabajo de campo. La definición de la muestra, fue intencional de acuerdo con su disponibilidad, conocimiento individual y la relación con la temática investigada buscando así la validez de la pesquisa. De esta manera, todos los participantes fueron convidados a ser voluntarios y colaboradores del estudio.

Los criterios de inclusión de la muestra fueron: mujeres, hombres, transgéneros y/o transexuales, con edades entre 18 y 65 años, que realizaron o pretendían hacerse una cirugía plástica, un tratamiento de fisioterapia pre e/o postoperatorios y/o tratamientos psicológicos. Para complementar el estudio de manera interdisciplinaria, también fueron incluidos en la pesquisa los profesionales envueltos en las cirugías plásticas: médicos (cirujanos plásticos y anestesistas), fisioterapeutas (especialistas en fisioterapia dermatofuncional, estética o en salud de la mujer), psicólogos clínicos y antropólogos especializados en antropología social, cultural, del cuerpo o de la salud.

Con todo, se imagina que la muestra podría ser modificada, pues los criterios utilizados para elegir determinadas personas podrían variar, incluso en el objeto investigado desde que fuese considerado relevante para la pesquisa (Hammersley & Atkinson, 1994). De este modo, se ha elegido también, durante el trabajo de campo, entrevistar personas que no realizaron, y no pretenden realizar, cirugías plásticas para fines comparativos con los otros participantes.

Los criterios de exclusión fueron basados en las dificultades encontradas en la investigación: dificultad de comunicación o de entendimiento del idioma, negar participar o salir del estudio, no firmar el Consentimiento Libre y Esclarecido, ser menor de 18 años o ser un profesional sin ninguna información relevante o ligadura con el tema.

Se considera el trabajo de campo como un punto central de una investigación antropológica con una metodología cualitativa. En este contexto, después de la revisión bibliográfica sobre el tema de estudio, se ha optado como procedimiento de coleta de datos un trabajo de campo con observación participante y entrevistas semiestructuradas. también se utilizan como instrumentos de investigación la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) y el Dibujo de la Figura Humana (DFH). Se ha utilizado un diario de campo para las descripciones pertinentes y un material fonográfico siempre y cuando fuese permitido por los participantes. En esa etapa del estudio se ha buscado encontrar datos informativos para el registro y la posterior separación en categorías y interpretación de las informaciones.

El trabajo de campo fue realizado durante un período de seis meses, de julio a diciembre de 2016. Es importante destacar que en todo el período de la elaboración de la tesis hubo búsqueda de las personas que pudiesen contribuir de manera significativa en la resolución del problema del estudio, algunas de ellas, cuando consideradas por la investigadora pertinentes, entrevistadas en otros momentos.

Franz Boas (2004) fue uno de los primeros antropólogos en realizar un trabajo de campo en una expedición junto a los esquimales en 1883. A pesar de su vivencia ser representada más como una observación que como una participación en sí, su trabajo de campo fue muy importante para la antropología porque ha llevado la inmersión del investigador en la rutina de su objeto de estudio. Segundo DaMatta (1981), el concepto de trabajo de campo se basa en “un modo de buscar nuevos datos sin ninguna intermediación de otras consciencias” (DaMatta, 1981, p.146).

Otros autores definen el trabajo de campo como una forma que tiene el investigador de participar abiertamente de la vida diaria de las personas durante un período de tiempo, observando, escuchando y haciendo preguntas (Hammersley & Atkinson, 1994, p.3). En este sentido, el antropólogo Bronislaw Malinowski (1976) contribuye para la comprensión del significado del trabajo de campo a través de la descripción de su observación participante realizada en Nova Guiné. Para el autor, la observación

participante se trata de una experiencia productiva en el campo en la cual el investigador necesitaba entrar por completo en la vida del otro, ser aceptado y luego conversar con las personas para obtener, así, las informaciones que deseaba. Es la fase en que el antropólogo entra en acción testando sus habilidades de investigador.

El presente estudio trata de una observación participante sistematizada que ha buscado facilitar el direccionamiento del objeto investigado y delimitar su campo, reducir el tiempo de investigación, seleccionar los instrumentos de coleta de datos y delimitar el marco espacio-temporal del estudio (Aguirre-Baztán & Clerton-Martins, 2014, p.33). De esta manera, se ha tentado delimitar el campo, el problema y el grupo a ser investigado, mismo sabiendo de las posibles mudanzas y novedades que podrían surgir durante el trabajo de campo, pero, aún así, facilitando el planeamiento, la organización y el financiamiento, ya que el proyecto de trabajo de campo fue realizado en Brasil y en España y fue previamente aprobado y patrocinado por la CAPES<sup>2</sup>.

Para complementar el trabajo de campo, se han realizado entrevistas semiestructuradas dirigidas a los participantes (muestra) del estudio. El guión de las entrevistas ha abordado el tema referente a la investigación, como por ejemplo, los cuidados con el cuerpo, la autoestima, la imagen corporal, las cirugías plásticas, las experiencias previas, las percepciones, las motivaciones, la identidad, el papel de los profesionales envueltos, la salud, los tratamientos de fisioterapia y psicológicos, los cambios generados por los resultados quirúrgicos, entre otros aspectos que respondan el problema en cuestión. Es importante destacar que las preguntas fueron elaboradas con especial cautela para que no ocurriesen discrepancias entre los relatos obtenidos y que, posiblemente, pueden haber surgido nuevas preguntas y cuestiones a lo largo de las conversaciones.

Todas las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas literalmente. Fue importante remitirse constantemente a la grabación original para que la interpretación fuese lo más original posible. La entrevista semiestructurada (ESE) es un diálogo entre un informante y el investigador, constituyendo un complemento informativo o una hermenéutica de los hechos registrados en la observación participante (Aguirre Baztán & Clerton-Martins, 2014, p.65). también es definida por Haguette (1997, p.86) como un proceso de interacción

---

<sup>2</sup> CAPES: *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior*, Brasil.

social entre dos personas en el cual una de ellas, el entrevistador, tiene por objetivo la obtención de informaciones por parte del otro, el entrevistado.

También se ha utilizado la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) por ser el test más conocido para medir este concepto desde su primera versión en 1965 (Donnellan, Trzesniewski & Robins, 2011; Rosenberg, 1973). La EAR es conceptualizada como un instrumento unidimensional capaz de clasificar el nivel de autoestima en bajo, medio y alto resultante de la medición de las respuestas de los participantes. La autoestima baja se expresa por el sentimiento de incompetencia e incapacidad de enfrentarse los desafíos; la media fue caracterizada por la oscilación del individuo entre el sentimiento de aprobación y rechazo de sí; la autoestima alta consiste en el auto juzgamiento de valor, confianza y competencia (Rosenberg, 1973, p. 396).

Además, pensando en el dibujo como una herramienta de lenguaje básica y universal, se ha elegido el Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) como instrumento por tratarse de una técnica proyectiva que posibilita una representación mental sobre la imagen que el participante tiene de sí mismo y, consecuentemente, de su cuerpo en las diferentes dimensiones de la convivencia humana, afectiva, social y cognitiva de la personalidad (Valverde, 2011). Es importante destacar que ese instrumento fue usado en este estudio con un objetivo antropológico y no con fines de diagnóstico psicológico de personalidad.

Se dio a cada participante un papel blanco A4, lápices negro número 2, una goma de borrar y les pidió que dibujasen primero una persona, luego una persona del género opuesto al dibujo inicial, después se solicitó que se hicieran un dibujo de sí mismos y, por último, un dibujo libre. Para la evaluación e interpretación del test fue utilizado el protocolo de Karen Machover (1979) desarrollado en 1949, por ser referencia para los estudios en adultos. Sin embargo, ese test fue adaptado para esta investigación ya que no realiza un diagnóstico psicológico de la personalidad y se centra en los aspectos socioculturales del dibujo (Portuondo, 2010, p. 21-56).

Una vez finalizado el trabajo de campo, se ha iniciado el proceso de organización de los datos para la comprensión teórica de las unidades de significados de los resultados recogidos, o sea, la estenografía en sí. En esa fase de la investigación, fue utilizada la técnica de análisis de contenido de Bardin (1988) y Minayo (1998) para el análisis de las informaciones, construcciones de los nudos (codificaciones) y, luego, para la creación de las categorías de análisis. En esa investigación, el análisis ha sido constituido en el tratamiento descriptivo y interpretativo de un comportamiento cultural humano establecido como una etnografía.

También se ha buscado describir las informaciones de forma densa, interpretativa y detallada de todos los comportamientos socioculturales observados pertinentes para el estudio (Geertz, 2012). Para Geertz (2012), la antropología en sí ya es considerada una ciencia interpretativa cuyo objeto consiste en la aportación de significado de lo que observamos y en la comprensión de la cultura de las comunidades cuando ocurren procesos de interacción entre el investigador y el objeto investigado. Así, son construidas tramas o redes de significados realizados como forma de lenguaje y comunicación.

Con todo, como hay una amplia cantidad de líneas de interpretaciones antropológicas, se ha optado por la antropología postmoderna (Geertz & Reynoso, 1991), pues se ha buscado traer la responsabilidad del investigador al escribir los resultados etnográficos en primera persona (eu) pasando de la neutralidad de la tercera persona (nosotros) y la impersonalidad en la tentativa de así causar una mayor aproximación con el lector.

También, se han comparado los datos con teorías clásicas como Lévi-Strauss (1993), Malinowski (1976), Boas (2004), Mead (1971), entre otros con fines de comparación de los resultados encontrados y, también, de los nuevos estudios sobre el tema. Además, se han abordado las líneas de antropología del cuerpo (Mauss, 1979; Douglas, 1988; Butler, 2010; Le Breton, 2011) y de la salud (Laplantine, 1991; Oliveira, 2002; Canguilhem, 2009) que generalmente promueven reflexiones que mejoran los problemas sociales, económicos y de salud contemporáneos.

El marco teórico fue dividido en tres partes. La primera, contextualiza las principales ideas de la tesis relacionando la cirugía plástica con una práctica cultural en ascensión que puede transformar las posibilidades de ser del individuo. En este apartado, fueron expuestos los autores expertos del tema (Gilman, 1999; Haiken, 1997; Goldenberg, 2007; Edmonds, 2007) de una manera articulada con modernas reflexiones acerca de la antropología del cuerpo como el narcisismo moderno, el síndrome de Peter Pan, el tecnocuerpo y las cirugías de reasignación sexual.

En la segunda parte, fueron definidas importantes características de comportamientos culturales que suelen modificarse después de una cirugía plástica, resultando en las posibilidades de tener del cuerpo. La imagen corporal, la autoestima, la belleza, el género y la sexualidad, los problemas de la cirugía y el cuerpo como producto de consumo. En este sentido, grandes teorías de autores como Butler (2009), Bourdieu (2007),

Bordo (1993), Le Breton (2012), Mauss (1979), Elias (1993), entre otros, fueron citadas para profundizar conocimientos culturales asociados a las cirugías plásticas.

En el tercer apartado, fueron discutidos los papeles de los profesionales relacionados con ese procedimiento quirúrgico a partir de una perspectiva interdisciplinaria. El médico como el mediador directo de contacto con el paciente (Masiero, 2014). El fisioterapeuta y el psicólogo como profesionales indirectos fundamentales tanto en pre como en el postoperatorio (Guirro & Guirro, 2004; Pitanguy, 1976). Y también la actuación del antropólogo de una manera aplicada en busca de una mejora colectiva en salud trabajando como conector de informaciones entre los profesionales en salud y la sociedad (Nunes, 2006).

Los resultados de las informaciones obtenidas en el estudio comenzaron con la descripción densa de los lugares investigados en el trabajo de campo con relatos, fotografías y observaciones pertinentes al tema investigado. Luego, los datos colectados fueron separados en cinco categorías a seguir: El proceso de resignificación: “No fueron las cirugías plásticas las que me cambiaron, fueron mis experiencias”; La relación interdisciplinaria de los profesionales: “cada profesional vende su pescado”; Lo que las cirugías plásticas representan en Río de Janeiro y en Barcelona; Los problemas biológicos, psicológicos y sociales de las cirugías plásticas; La transexualidad: “Primero entiendo mi género, después mi sexualidad”; y La autoestima y la imagen corporal: “como me veo y siento cuando miro para el espejo” .

En la primera categoría, delante de la diversidad de respuestas subjetivas encontradas en el trabajo de campo, se ha dividido el proceso de resignificación en tres fases para una mejor comprensión y visualización de las informaciones recogidas. La primera fase, denominada de pre-operatoria, fue considerada una etapa en que el proceso se manifestaba más mentalmente que corporalmente. Eso porque, en ese período, los participantes mostraron estar altamente motivados en la búsqueda por una cirugía plástica y comenzaron a construir expectativas en relación a su cuerpo. También se ha visto que el deseo de mudanza corporal era generalmente compartido entre amigos y familiares próximos, para que así todos pudiesen cambiar experiencias y relatos sobre los resultados de las cirugías plásticas procuradas.

Luego, el individuo comenzaba a buscar un cirujano plástico, tanto por las indicaciones de buenos resultados como por el precio del procedimiento. En la consulta, la mayoría de los participantes ha revelado ir al médico ya con la decisión tomada acerca de la cirugía plástica que quería, pero querían escuchar la

aprobación del cirujano plástico, de ser positiva, sería bienvenida, pero si fuese contraria a sus expectativas sería un motivo de tristeza y, algunas veces, de cambio de médico.

También se debe comentar, que en este período, la presencia de un psicólogo para la realización de una evaluación se ha mostrado relevante para evitar la indicación quirúrgica en casos de trastornos psicológicos o de inestabilidad emocional del paciente. Entretanto, esa práctica fue citada por los participantes como poco usual en la rutina de las clínicas de cirugía plástica. Además, fue observado que es un momento de angustia, miedo y ansiedad en que el tratamiento psicológico sería interesante tanto para conocer las expectativas y preparar el individuo para la cirugía como en el postoperatorio, motivándole en la fase de recuperación.

Pasada esa etapa, surge la segunda fase de la resignificación del sujeto que hace una cirugía plástica. Este es un momento decisivo, pues abarca la cirugía plástica en sí y todo el período postoperatorio que puede variar de acuerdo con el paciente y el tipo de cirugía. Se ha percibido, de acuerdo con los participantes, que en esta fase pueden ocurrir las complicaciones inmediatas y tardías de la cirugía plástica y que así como cualquier cirugía, requiere cuidados y comprometimiento de el equipo y del propio paciente.

Ese período, a pesar de muchas veces causar desánimo y arrepentimientos, fue asociado a una parte más corporal del individuo que de la mental, pues los edemas, hematomas y la cicatrización son las principales preocupaciones del médico cirujano plástico y también del paciente. De este modo, para promover un bienestar es una recuperación más rápida, los tratamientos de fisioterapia fueron frecuentemente indicados y el trabajo interdisciplinario entre el médico y el fisioterapeuta se ha mostrado ventajoso para el resultado final de la cirugía. Con todo, también fue observado que el equilibrio emocional del paciente es fundamental para la total recuperación corporal, siendo el psicólogo, algunas veces, indicado para involucrar mejor al paciente en la fisioterapia y para la preparación de su vuelta a la sociedad.

La tercera fase de este proceso, comprende el período postoperatorio más tardío en que los resultados de la cirugía plástica comienzan a aparecer y las nuevas significaciones terminan su construcción y se dirigen para la materialización de las nuevas ideas mentales y corporales sobre sí mismo. Se ha observado en el estudio, que las cirugías plásticas se manifiestan como un fenómeno de mudanza de percepción simbólica del cuerpo o de alteración en la representación mental de la imagen corporal, también ocurre una transformación en la actitud y en los modos de ser de las personas que se operaron.

En este sentido, las principales modificaciones de comportamientos citadas por los participantes se

referían a una valorización de sí mismo, en la autoconfianza, en la seguridad, en la autoestima, en la satisfacción, en el cambio de percepción de sí mismo y en la representación de la imagen corporal, la mejora en la comunicación y, consecuentemente, en las relaciones sociales y en los cuidados con el cuerpo. De este modo, de acuerdo con los entrevistados, el cambio de actitud fue considerado la alteración más evidente, pues a partir de una reprogramación mental ocurre una modificación de la identidad directamente relacionada al grado de satisfacción con el resultado quirúrgico.

Si el resultado de la cirugía plástica cumpliera con las expectativas del sujeto sería entonces considerado un procedimiento satisfactorio con una mejora de la autoestima y alterando el comportamiento del individuo de manera positiva tanto en las relaciones con los otros como los propios cuidados consigo mismo, principalmente, a través de las actividades físicas para el mantenimiento del cuerpo. Sin embargo, si el resultado quirúrgico fuese insatisfactorio, la autoestima disminuiría y repercutiría en pensamientos negativos sobre sí mismo causando sentimientos de arrepentimiento, tristeza y pudiendo llevar a depresión.

Además, se vio que para los participantes que habían hecho la cirugía plástica, el cambio principal observado era de fondo emocional y mental. Pero, para los profesionales entrevistados la cirugía plástica modificaba más la parte corporal y, probablemente, eso pudiese reflejar en un cambio mental causado por la mejora de la autoestima y de la percepción de sí mismo. En la presente investigación, se puede constatar que existe una modificación primeramente corporal y, luego, un cambio simbólico (mental) que influenciaba los comportamientos sociales de la persona que, dependiendo del resultado, se volvía más comunicativa y feliz o arrepentida y triste. Entretanto, se ha visto que esos dos procesos de resignificación pueden ser presentados simultáneamente, pero la temporalidad variará de acuerdo con las percepciones de los sujetos que son individuales y subjetivas.

Aún se debe destacar que en esa tercera fase, el trabajo del antropólogo se ha mostrado más aparente, pues como fue considerado por los participantes una labor mucho más teórica que práctica, tuvo una función colaborativa en el entendimiento de los comportamientos conflictivos de los pacientes que podrían interferir en el resultado final de la cirugía plástica. Además, en las entrevistas el papel del antropólogo en este proceso no fue claro, demostrando que los propios antropólogos no sabían la ciencia cierta de como podrían actuar de una manera aplicada dentro de un equipo interdisciplinario de cirugía plástica.

Resumiendo ese aspecto, se ha observado que las informaciones obtenidas mostraron que a pesar de que

la cirugía plástica modifique directamente el cuerpo del paciente con el bisturí del médico, los principales cambios comentados por los participantes se referían a una alteración en la manera de pensar y actuar en relación a los otros y también a ellos mismos. De este modo, se entiende que la cirugía plástica ha promovido una transformación en las representaciones simbólicas de ser y existir en el mundo del individuo y por más que el procedimiento promueva un resultado visual incuestionable, el cambio que ha prevalecido en el estudio fue de comportamiento. Así, se piensa que ese proceso comienza en la preparación del paciente para la cirugía, pero termina solamente meses o años después, cuando la persona vuelve a su rutina diaria y crea una nueva manera de verse (imagen corporal), sentirse (autoestima) y, consecuentemente, de actuar (actitud), coincidiendo con las hipótesis presentadas.

Otro objetivo del estudio fue el de entender el trabajo interdisciplinario entre médicos cirujanos plásticos, fisioterapeutas, psicólogos y antropólogos y se ha observado que la relación entre los profesionales que trabajan con cirugías plásticas es extremadamente variable. La mayoría de los equipos de Río de Janeiro estaban bien integrados con diversos profesionales que trabajan bien en conjunto. Por otro lado, los equipos de Barcelona eran más individualistas, resultando que apenas uno de ellos tenía un equipo integrado, inclusive, con dentistas, dietistas y educadores físicos, profesionales que no fueron encontrados en otras clínicas de cirugías plásticas. Además, en esa clínica de Barcelona había una gran cooperación y mezcla de papeles entre los profesionales envueltos con las cirugías plásticas, al contrario que en las clínicas de Río de Janeiro donde, a pesar de integradas, cada profesional tenía su papel bien establecido.

Otro punto a destacar del trabajo interdisciplinario entre los profesionales de Barcelona y Río de Janeiro es acerca de la indicación de los tratamientos de fisioterapia y psicología. Se ha constatado que los cirujanos plásticos indican la fisioterapia en el postoperatorio y, algunos, también en el preoperatorio cuando disponen de tiempo para eso, pues la mayoría de los pacientes quieren la cirugía lo más rápido posible. Los fisioterapeutas, en su trabajo interdisciplinario objetivan preparar los tejidos para la intervención quirúrgica, acelerar la recuperación postoperatoria y prevenir y controlar algunas complicaciones comunes.

Por otro lado, a pesar de que la mayoría de los participantes destacaron la importancia de los psicólogos, no fueron encontrados muchos psicólogos trabajando dentro de los equipos de cirugía plástica. Solamente en Río de Janeiro, los psicólogos trabajaban en las clínicas con los médicos. Para los participantes del estudio, el psicólogo minimiza la angustia y la ansiedad, favorece la expresión de los sentimientos y ayuda en la

comprensión de la situación vivida. También proporciona un clima de confianza entre el paciente y el equipo de salud ayudando en la adaptación a la nueva imagen corporal. Sin embargo, la actuación de los psicólogos se ha mostrado más evidente en los casos de cirugías de reasignación sexual, cirugías barométricas y algunas modalidades de reconstructivas, no siendo muy practicada en cirugías plásticas estéticas.

Con relación a los antropólogos, ningún médico cirujano plástico entrevistado en este estudio dijo tener algún contacto con ese profesional. Algunos participantes comentaron que el antropólogo podría ayudar de forma holística dando una visión general de los problemas en salud por los comportamientos y culturas de una sociedad. Se ha visto que el antropólogo que trabaja con salud en un equipo interdisciplinario de cirugías plásticas aproxima su trabajo al uso de la antropología aplicada, pues emplea conceptos teóricos con el objetivo de evitar futuros problemas biológicos, psicológicos y sociales como una complicación quirúrgica, un arrepentimiento o un aislamiento social por vergüenza del resultado. Entretanto, esta investigación ha demostrado que hay poco conocimiento de su trabajo fuera de la parte teórica.

Incumbe a los profesionales del área de salud posibilitar la introducción del antropólogo en los equipos interdisciplinarios. Además, él mismo debe instrumentalizarse adecuadamente para luchar, por su conocimiento, por el valor de su trabajo y por su dedicación, su espacio dentro de los equipos quirúrgicos.

En cuanto a su papel dentro de un equipo interdisciplinario de cirugías plásticas, el único profesional que mostró no entender bien su contexto directamente en el tema fue el antropólogo. Por otro lado, los psicólogos tenían claro cuál era su papel dentro de un equipo de cirugía plástica, el de discutir casos, conocer la expectativa del paciente, tomar cuestiones de la personalidad del sujeto, estimularlo y ayudarlo a volver a su vida diaria con una nueva imagen corporal y autoestima. Los fisioterapeutas del estudio también conocían su papel en las cirugías plásticas que era el de hacer que el paciente sufriera menos haciendo que los tejidos volviesen a su normalidad en el menor tiempo posible, evitando complicaciones y potenciando el resultado de la cirugía.

En este sentido, quedó claro que los profesionales que más conocían su papel dentro de un equipo interdisciplinario de cirugía plástica son los propios cirujanos plásticos que dijeron que su papel era de ser un mediador entre un deseo y una realidad y que para eso, ellos deberían ser racionales usando el conocimiento científico, el dominio técnico, la seriedad, la responsabilidad y también un poco de sensibilidad.

En este estudio, también se observó que existe una cierta jerarquía entre los profesionales involucrados en las cirugías plásticas y que el médico cirujano plástico está en la punta de la pirámide, seguido por el enfermero, el técnico de enfermería, el anestesista, el fisioterapeuta, el psicólogo y, por último, el antropólogo. Sin embargo, se debe destacar, que no todos los profesionales en salud se encuadran en esta tipología.

También se ha constado que, a pesar de haber una relación entre los profesionales, existe un trabajo más multidisciplinario que interdisciplinario porque la mayoría de los participantes hacen un trabajo independiente, incluso trabajando en la misma clínica. Esto porque, generalmente, los problemas fueron resueltos primero por el médico y luego por los otros profesionales en cuestión, sin ninguna solución integral de todo el equipo, pues, de acuerdo con uno de los participantes "cada profesional vende su pescado".

De esta manera, se constató que los equipos interdisciplinarios necesitan asociar y usar las informaciones de todos los profesionales involucrados, pues en sus propias formaciones en salud hay una jerarquía que dificulta en diálogo entre los profesionales que trabajan con las cirugías plásticas.

El otro objetivo de esa investigación buscó conocer la diferencia entre las representaciones simbólicas de las cirugías plásticas en Río de Janeiro y en Barcelona. Los entrevistados de Barcelona relataron que hay una resistencia en aceptar ese procedimiento quirúrgico como algo puramente estético, pues ellos comentaban que las cirugías plásticas deberían ser realizadas solamente en casos de real necesidad por algún accidente o una malformación congénita. También se notó que existía un cierto tabú, una especie de vergüenza de quién se realizó el procedimiento, siendo que algunos tuvieron la necesidad de esconderse o mentir sobre la intervención a esos procedimientos.

Este resultado fue totalmente opuesto al observado en el Río de Janeiro en que los participantes trataban el tema con más naturalidad. Además, la mayoría de los participantes dijo sentir una presión social para estar en forma y que las cirugías plásticas se convirtieron en una alternativa frecuente. También comentaban que se sentían orgullosos de hablar a los amigos, como si eso fuera un estatus social que denunciaba un determinado poder adquisitivo.

En ese sentido, también se notó que existía una diferencia con respecto a las expectativas de los participantes. En el trabajo de campo, se vio que los entrevistados de Barcelona buscaban resultados más

naturales y, por otro lado, los de Río de Janeiro querían llamar la atención y exhibir sus nuevas formas. Se percibió que existía una cierta preocupación de los participantes, en justificar la insatisfacción que sentían en relación a su cuerpo, pues ellos explicaban que habían realizado la cirugía plástica por tener una desproporción en relación a su estructura corpórea que los interiorizaban ante los otros y causaban sentimientos de vergüenza, inseguridad y baja autoestima.

Otro punto destacado en las entrevistas, se refirió a los precios de las cirugías plásticas. Se constató que en España, generalmente, esas operaciones costaban más que en Brasil. Por eso, muchos españoles viajaban a otros países para realizarse las cirugías plásticas con un precio más accesible, principalmente las cirugías plásticas de reasignación sexual que generalmente ya son más costosas que las demás. Otra característica que varió fue la manera de colocar la prótesis de silicona en la cirugía de mamoplastia de aumento.

En Barcelona la mayoría de las incisiones quirúrgicas se realizaron por debajo del músculo pectoral para obtener un resultado lo más natural posible. Sin embargo, en Río de Janeiro la incisión de la prótesis era normalmente colocada por encima del músculo, lo que deja el resultado quirúrgico aún más evidente. Es decir, algo simple como la manera de operar puede causar reflexiones sobre la cultura de una población en relación al cuerpo.

También se buscó identificar los principales problemas bio-psico-sociales relacionados con las cirugías plásticas. Los problemas encontrados fueron divididos en biológicos, psicológicos y sociales. El biológico se refiere a las alteraciones anatómicas y químicas que ocurren en el cuerpo en el período trans y postoperatorio de una cirugía plástica. Entre las complicaciones post-quirúrgicas más comunes se encontraron los hematomas, seromas, infecciones en la cicatriz quirúrgica, dehiscencia, necrosis cutánea y grasa, alteraciones cicatriciales, asimetrías, retracciones, cicatriz queloide, entumecimiento u hormigueo, sangrados, entre otros. Las complicaciones por las que los cirujanos plásticos más se preocuparon fueron las relacionadas con la calidad de la cicatrización. Los fisioterapeutas buscaban, principalmente, evitar las fibrosis y adherencias. Y los psicólogos reducir la ansiedad que esas casualidades podrían causar.

La segunda categoría encontrada de problemas asociados a las cirugías plásticas fueron los psicológicos, que interfieren directamente en la satisfacción del resultado quirúrgico. En este sentido, la dificultad más citada por los participantes fue la expectativa irreal de los pacientes en relación a la cirugía plástica. Otro problema bastante comentado fue el trastorno dismórfico corporal (TDC) que causa un frecuente descontento

con el resultado quirúrgico independiente de estar estéticamente bien o no. Por lo tanto, se considera el trabajo del psicólogo importante tanto en el preoperatorio, para evaluar las expectativas del paciente, como en el postoperatorio, para incentivar los cuidados del paciente y asegurar su adaptación y su vuelta a la sociedad.

El último problema encontrado en relación a las cirugías plásticas fue denominado social. Se encuadraron en esa categoría, la falta de especialización de los profesionales que realizan cirugías plásticas de manera clandestina, sin ninguna prevención a infecciones, anestesia o conocimiento de la cirugía. Varios participantes citaron las complicaciones generadas por ese tipo de profesional que opera sin la especialización necesaria, llevando a muchos pacientes a muerte o a graves complicaciones.

En ese contexto, también fue bastante comentado que los tratamientos de fisioterapia en el postoperatorio, muchas veces, eran realizados por profesionales no cualificados en cirugías plásticas tanto por fisioterapeutas, que no conocen las técnicas, como por otros como esteticistas e incluso peluqueros. La democratización de las cirugías plásticas parece no permitir que exista una atención a los cuidados en el postquirúrgico, pues, a menudo, las personas ya gastaron mucho dinero en la cirugía y no podían pagar más por tratamientos adecuados.

El otro problema social encontrado se refiere a la motivación de los participantes en realizar cirugías plásticas influenciadas sólo por la sociedad, amigos, conjugados, medios o cualquier otra fuente externa. Así, si la persona se sometió a una cirugía plástica motivada por las miradas y comentarios de los demás, se considera que existe un problema social. Además, muchos participantes no perciben la gran influencia externa que contenía en sus discursos, pues seguían hablando de su vida como si el deseo viniera de ellos, muchos porque, al final de la cirugía, les gustó el resultado quirúrgico.

Otro objetivo investigado buscó describir el contexto sociocultural de las cirugías plásticas de reasignación sexual. En ese sentido, se vieron los principales momentos de la trayectoria de una mujer transexual lesbiana que destruyó antiguos conceptos sobre la transexualidad limitados por la sociedad binaria heteronormativa. El punto fuerte en la formación de la identidad del género de la participante ocurrió cuando ella se dispuso a aceptarse, para sí y para los demás, abriendo un abanico de nuevas oportunidades de ser feliz, incluso con diversas batallas socioculturales a combatir. Ella inició un tratamiento psicológico, hormonal y, luego, quirúrgico detallando cada etapa de su transición de género. En esta cirugía, el psicólogo,

el endocrinólogo y el cirujano plástico trabajan en conjunto para una adaptación completa del individuo a su nuevo cuerpo.

Se puede comprender que habitar un cuerpo sacionormativo con el cual el sujeto no se identifica causa sufrimiento y marcas emocionales que no pueden ser superadas, llevando a muchas personas transexuales a cometer suicidio, entrar en depresión o auto mutilarse. Por lo tanto, ante los datos obtenidos, se puede afirmar que la transición de género, más que proporcionar el género y la sexualidad ansiada, buscó la perpetuación de la salud por el del bienestar físico y emocional proporcionado. Además, a través de ese estudio, se reflexionó sobre cómo la sociedad puede influenciar directamente en todas las fases de la vida de las personas transexuales desde la infancia hasta la vejez, etapa que debería ser liberadora y no llena de límites.

También, con el fin de complacer la observación participante y las entrevistas semiestructuradas, algunos participantes del estudio respondieron a la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) e hicieron la prueba del Dibujo de la Figura Humana (DFH). En el estudio, ninguno de los participantes, ni de Río de Janeiro ni de Barcelona, presentó índices mayores de cinco puntos demostrando que todos tenían un buen nivel de autoestima.

En Río de Janeiro, tres participantes, de un total de cinco, se realizaron cirugías plásticas presentaban una puntuación un poco más elevada en la EAR que los demás, pero aún así, ninguno de ellos llega a tener una autoestima media o una baja autoestima. En este mismo sentido, también se observó que los participantes que no realizaron cirugías plásticas poseían una puntuación aún más baja en la EAR, de cero y uno, representando una autoestima con un nivel elevado. Por lo tanto, tanto los participantes del Río de Janeiro que se operaron como los que no, poseen una buena autoestima.

Por otro lado, en Barcelona parece ser al revés, el nivel de autoestima fue más bajo en los participantes que no hicieron ninguna cirugía plástica. La mayoría de los participantes de Barcelona, cuatro de cinco, se realizaron cirugías plásticas tuvieron una puntuación de cero en la EAR, por lo tanto, representando una óptima autoestima. Los participantes que no realizaron cirugías plásticas presentaron una puntuación de tres y dos puntos en la EAR, datos que también indican que los participantes poseen una buena autoestima, pero no tan alta como los participantes que realizaron alguna cirugía plástica.

Sin embargo, se debe resaltar que analizando solamente esa escala no se sabe exactamente si ese óptimo

nivel de autoestima de los participantes se debe al hecho de haber realizado una cirugía plástica o si ya se sentían bien antes de la cirugía, pues la EAR fue aplicado sólo después de la cirugía plástica. Entretanto, comparando esos índices con el contenido de los discursos de las entrevistas de esos mismos participantes, se constata que la autoestima de la mayoría de los participantes mejoró después de la cirugía plástica, pues proporcionó una mayor confianza en sí mismo y seguridad cuando cambiaron algo en el cuerpo que no estaba de su agrado.

También se realizó el Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH), con el objetivo de entender mejor las representaciones simbólicas de los participantes acerca de las percepciones de cuerpo, imagen corporal, autoestima y para ver si los retratos diseñados coincidían con sus palabras. Se encontró en la interpretación de la prueba que cada persona dibujaba algo íntimamente relacionado con sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad. Se debe enfatizar que los cuatro dibujos solicitados a los participantes, fueron interpretados antropológicamente, siendo la conversación fundamental para la total interpretación.

En el primer dibujo, se pidió a los participantes que dibujasen una persona sin especificar el género para saber cuál sería el primero, considerado el culturalmente dominante. Sin embargo, de acuerdo con las palabras y conversaciones, se observó que el orden de los dibujos no tuvo influencia en el comportamiento cultural, ni en los modos de ser y ni en la búsqueda de igualdad de género de los investigados en sociedad, considerándose el orden de los dibujos aleatorio.

Luego, en el siguiente dibujo se solicitó a los participantes que retratasen una persona del género opuesto al del primer dibujo. Se notó que la mayoría de las participantes mujeres de Río de Janeiro diseñaron un hombre que se parecía a su pareja actual o al tipo de novio que les gustaría tener. Además, estas mujeres diseñaron hombres de acuerdo con el patrón estético actual proyectado por los medios, caucásicos, con cabellos cortos y con ropa de estilo casual. Este resultado puede denunciar que la mayoría de las mujeres buscan un patrón de belleza que es constantemente exhibido por los medios y que se automatiza en las representaciones de ideales de hombre.

El tercer diseño solicitado, fue el de sí mismo, considerando que cuanto más detallado fuera el retrato, más relación tendría con la vanidad y la autoestima del participante. En este sentido, se percibió que los participantes del Río de Janeiro hicieron diseños muy detallados de sí mismos y, generalmente con sonrisas y

expresiones de felicidad. De igual manera, comparando los dibujos con los discursos de sus entrevistas y con los índices de la EAR, se puede observar que esas participantes tenían una buena autoestima y una apurada percepción de su imagen corporal expresando en los dibujos una alegría y vanidad. Por otro lado, los participantes de Barcelona se dibujaron a sí mismos con expresiones más serias y sin sonrisa.

Es importante considerar que los participantes residiesen en países con distintas culturas, puede reflejarse en la manera que las personas quieren ser vistas por los demás o de sentirse ante la sociedad. Además, fue encontrado en las entrevistas, que en Brasil las personas consideran la vanidad como sinónimo de éxito y felicidad, pero en España la vanidad es más bien asociada a la futilidad y la superficialidad, pudiendo la sonrisa, o la falta de ella, ser un modo de expresión del comportamiento cultural de cada país.

Otro punto a destacar que ha aparecido en los dibujos fue el retrato de dos participantes mujeres transexuales que se dibujaron a sí mismas con una cierta ambigüedad y mezcla de géneros. Estos retratos pueden representar sus experiencias de vida de transición de género, una mezcla de lo que son actualmente con lo que eran en el pasado. Este resultado muestra que a pesar de la transición y de la buena aceptación de sí mismos, esas participantes todavía se perciben como una persona andrógina que mezcla los dos géneros socio-normativos.

El último retrato se basó en un dibujo libre y, sorprendentemente, los dibujos fueron similares tanto en Río de Janeiro como en Barcelona. Tres participantes dibujaron flores, cinco retrataron paisajes de playa, otros cuatro representaron una casa. Una participante dibujó una persona y otra un gato. Se considera que los dibujos libres representan las experiencias felices vividas, lugares y cosas que hicieron al individuo feliz en algún momento de su vida.

Por último, se reitera que las pruebas anteriores se realizaron con el fin de complacer las entrevistas semiestructuradas, pero los datos obtenidos mostraron que sin la utilización de esos instrumentos algunos puntos importantes habrían pasado desapercibidos. También se hace hincapié que las informaciones encontradas en los test de EAR en Río de Janeiro y en Barcelona no fueron tan discrepantes denunciando que los participantes se diferenciaban más por sus discursos en las entrevistas que por su nivel de autoestima.

En cuanto a la imagen corporal observada en la prueba del DFH, se notó que los diseños se basan en los modelos de cuerpos que las personas conocen y en los detalles de moda que se consideran bonitos y significativos. El diseño de sí mismo comparado con el diseño del individuo del mismo género denunció que,

la mayoría de las veces, las personas se sienten más feas e inferiores que los sujetos que admiran.

Por lo tanto, se ha constatado que las cirugías plásticas están asociadas tanto al plano simbólico del cuerpo como a su plano mecanicista y que, incluso este plano está constituido de un sistema de racionalizaciones que desarrollan y ratifican concepciones que están enraizadas en demandas intelectuales y estructuras simbólicas, pudiendo denominar las cirugías plásticas de "cirugías psico-plásticas", pues modifican directamente el cuerpo e indirectamente las representaciones simbólicas de sí mismo del individuo que se opera.

Esto porque las personas psicológicamente inestables pueden ser guiadas más por la emoción que por la razón, siendo importante que los profesionales que trabajan con las cirugías plásticas, principalmente los cirujanos plásticos y los psicólogos, actúen en conjunto analizando el estado psicológico y aclarando todos los pasos del procedimiento para que el sujeto pueda comprender si existe una indicación de operarse o no. Se observó que muchos pacientes, incluso con el avance tecnológico de las cirugías y anestесias, sienten un intenso malestar emocional, pues imaginan su futuro incierto, pues no saben cómo serán los cambios en su imagen corporal y, consecuentemente, en sus vidas.

De esta manera, se piensa que esta tesis ha cumplido las expectativas esperadas en el plan de investigación y también ha podido traer nuevos enfoques que antes no estaban previstos, pero que fueron relevantes para el estudio, como la transexualidad. Entender el proceso de resignificación de los cuerpos y de la mente con un sesgo antropológico ayuda en el entendimiento de los profesionales de la salud de una manera más holística con respecto a los pacientes que incluyen los aspectos culturales que influyen en sus decisiones. A partir de esos resultados, se considera posible usar esta tesis doctoral como un material de consulta y de formación de estrategias en salud para la utilización de los equipos interdisciplinarios de cirugía plástica, pues fue abordado el trabajo y la visión de diversos profesionales involucrados en esa área del conocimiento médico de una manera integral.

Se percibió que existe un gran interés en investigaciones que asocien la antropología con los discursos que aborden cuestiones culturales de la salud, del cuerpo y de sus repercusiones en fenómenos interdisciplinarios. En este sentido, este estudio destaca, pues pocos estudios trataron las cirugías plásticas con un abordaje tan interdisciplinario como el utilizado en esta tesis que buscó esclarecer, universalizar y

actualizar conceptos y simbologías asociadas al cuerpo que parecen ser corrientes, pero que hasta hoy son temas de discusiones.

Sin embargo, algunas limitaciones están presentes, pues fue difícil establecer relaciones causales exactas entre las variables encontradas en la EAR y en la prueba del DFH, siendo una interpretación subjetiva de una población pequeña y específica. Con todo, se piensa que aspectos importantes de disfunción física y psicológica fueron tratados utilizando un instrumento poco familiar para los antropólogos, pero que se mostraron complacientes a los discursos de las entrevistas semiestructuradas, trayendo representaciones visuales importantes y poco abordadas en otras investigaciones. Se sugiere, para un futuro, considerar investigaciones antropológicas adicionales sobre la imagen corporal y autoestima con una muestra mayor que pueda permitir el perfeccionamiento de la comprensión de los diversos aspectos mentales y corporales rutinariamente vividos por los pacientes de cirugía plástica.