

## Sueñan con un cuerpo armonioso: motivaciones de las mujeres para realizarse procedimientos estéticos no reconstructivos

They dream about having a harmonious body: women's motivations to make non reconstructive cosmetic procedures

Jéssica Ibáñez Picón

Licenciada en Educación Física, Magister en Salud Colectiva, Universidad de Antioquia (Colombia).

Correo: [ibanez.jessica@gmail.com](mailto:ibanez.jessica@gmail.com)

*He visto cómo, algunas mujeres, en su afán de agradar al otro, ya sean personas o Instituciones, hacen sacrificios para ser bellas, de acuerdo a las exigencias sociales de la época, creyendo que es un deber hacerlo; sin embargo, lo que desconocen es que las imposiciones de belleza tienen su origen en un sistema patriarcal, que ve el cuerpo de las mujeres defectuoso, con necesidad de ser corregido, sin importar que sea de una manera deshumanizante y cruel. Por ello que dedico este trabajo a todas las mujeres que, por el hecho de existir, son importantes, valiosas, únicas e irrepetibles. (La Autora)*

### Resumen

**Objetivo:** la presente investigación pretende comprender cuales son las motivaciones de las mujeres para realizarse procedimientos estéticos no reconstructivos y las percepciones que tienen sobre su cuerpo después de hacerlo. **Método:** para la comprensión de dicho fenómeno se utiliza la perspectiva cualitativa, con el enfoque metodológico de la teoría fundamentada, por medio del cual se realiza una descripción densa de las percepciones de las mujeres participantes frente a su imagen corporal antes y después del procedimiento estético. El número de participantes, 21, fue determinado por la saturación teórica. Su edad fluctuó entre los 18 y 51 años y son procedentes de los municipios de Medellín y el oriente antioqueño (Antioquia, Colombia). La recolección de la información se hizo a través de entrevistas en profundidad, codificadas de manera abierta, utilizando códigos *in vivo* o sustantivos, que permitieron hallar categorías y subcategorías. Luego se realizó una codificación axial, donde se relacionaron las categorías y las subcategorías encontradas.

**Hallazgos:** se encuentra que las mujeres sueñan con un cuerpo armonioso; para ello se realizan tratamientos que, según sus relatos, no son efectivos, por lo cual acuden a la cirugía. Esta construcción del cuerpo femenino está supeditada por la dinámica cotidiana, donde familia, medios de comunicación y médicos cirujanos influyen en la decisión de realizarse una cirugía estética. Después de la cirugía un grupo de mujeres se sienten satisfechas y aumenta su autoestima. Otro grupo queda insatisfecho y tienen sentimientos de frustración. **Discusión:** lograr la belleza femenina a toda costa no es un problema individual de vanidad, sino una problemática social que afecta la salud psicológica y física de las mujeres.

**Palabras clave:** Belleza femenina, Cuerpo armonioso, Procedimiento estético no reconstructivo.

## Abstract

**Problem:** this research has as main objective to understand what motivations impulse women to get non reconstructive cosmetic procedure and also the perceptions they have of their bodies after getting these kinds of surgeries. **Method:** to understand this issue is applied the qualitative perspective, with the methodological approach of the grounded theory. Through this theory it is developed a dense description of the research-involved women towards their body image before and after the aesthetic procedure. The number of participants was 21 and it was determined by the theoretical saturation. The age range of the participants was between 18 and 51 years old and they come from Medellín and the Antioquia eastern (Colombia). The information was taken by means of deep interviews which were encoded in an open way using substantive codes. These codes allowed finding categories and sub-categories. At last, an Axial Coding was developed in order to relate the categories and sub-categories found. **Results:** in the findings, it is possible to regard that women have gotten procedures that according to them were not effective and for that reason they aim for aesthetic surgeries to change that part of their bodies that breaks the harmony; but this female body building is bowed to the daily dynamics where the family, the media and medical surgeons influence the decision of getting an aesthetic surgery. On one hand, a group of women show satisfaction and their self-confidence grew after the surgeries. On the other hand, other group of women felt dissatisfaction and showed frustration feelings. **Discussion:** achieve female beauty at all costs is not an individual problem of vanity, but a social problem that affects psychological and physical health of women.

**Keywords:** Woman beauty, Harmonious body, Non reconstructive cosmetic procedure.

## Introducción

En la actualidad, el culto al cuerpo lleva a las mujeres a una carrera de riesgos graves para la salud, en la cual están implicadas desde dietas y procedimientos estéticos, hasta cirugías estéticas, todo ello en la búsqueda de la belleza y la “eterna juventud”. Para Rodin (1993) vivimos una época en la cual la sociedad atribuye gran valor al aspecto físico, donde existen unas trampas del cuerpo originadas en las creencias y sentimientos que mantienen angustiadas a las mujeres con respecto a su aspecto, la ansiedad de saber si se está haciendo lo suficiente para ser atractivas y la sensación de vergüenza que genera preocuparse por eso, limitando otros aspectos de sus vidas. Asimismo la civilización actual conspira para mantenerlas en estas trampas al prometer el encanto de un arreglo fácil. En este sentido, la belleza se ha convertido en una industria importantísima cuya propaganda fomenta las preocupaciones por el cuerpo.

Para Castro & Riquer (2003), uno de los problemas abordados tradicionalmente por el feminismo es la violencia contra las mujeres, la cual hace parte de las violencias de género y ha sido definida como una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre los géneros, que han conducido a la dominación de las mujeres por los hombres, a la discriminación contra las mujeres y a la imposición de obstáculos contra su pleno desarrollo (ONU, 1996). Esta violencia tiene su origen en pautas culturales, prácticas y representaciones que construyen los cuerpos de una determinada manera, adjudicándoles unas significaciones culturales y sociales. (Plaza, 2007)

La violencia contra las mujeres es un fenómeno complejo, que se manifiesta de diferentes formas, como la violencia simbólica, ejercida de manera suave, invisible e insidiosa en lo más profundo de los cuerpos femeninos. Es la imposición de la cultura machista, sobre ellas, de una determinada visión del mundo y de la obligatoriedad de cumplir con ciertos roles sociales, entre ellos la búsqueda de aceptación del otro, para lo cual es necesario contar con determinadas características, como tener un cuerpo adecuado (Blanco, 2009). Para Blanco (2009), lo que antes era la exclusiva forma de esclavitud femenina: la confinación al lugar de ama de casa y cuidadoras exclusivas del espacio reproductivo y de los hijos(as), es decir, la ética del cuidado, ahora se desplaza violentamente hacia el cuidado del cuerpo, haciendo creer a las mujeres que tienen el control de sus cuerpos en tanto son libres para pintarse, depilarse, operarse y cambiar quirúrgicamente sus cuerpos, para la satisfacción plena del deseo del Otro.

En ese sentido, en la actualidad, principalmente entre las mujeres, el culto del cuerpo se ha convertido en un fenómeno social de gran significación. La presentación física adquiere

una especial relevancia en el mundo occidental actual, evidenciándose un interés por las dietas, el ejercicio y, en general, por el cuidado del cuerpo. El modelo de cuerpo femenino esbelto, firme y sin grasa se instauro como hegemónico y el mercado publicitario lo muestra sin tapujos (López, 1999). Al analizar dicha tendencia, López (1999) plantea que, desde la década de los años sesenta, se habla de “cuerpos liberados”, pero se ha entendido por “liberados” el cuerpo de las modelos publicitarias, el cuerpo joven, el cuerpo sin problemas de cuerpo.

Mucho trabajo, esfuerzo y dinero dedican millones de mujeres en el mundo a actividades tendientes a moldear su cuerpo, que van desde el fitness, el uso de las cremas, los ungüentos, las dietas, las sustancias modelantes y las intervenciones quirúrgicas. Estas dos últimas tienen un mercado importante que va en aumento debido a que permiten transformar de forma relativamente rápida la parte del cuerpo con la cual se tiene inconformidad, en algunas ocasiones bajo la consideración terapéutica según la cual dicha práctica mejora la autoestima de quien se somete a ella. Estas intervenciones son realizadas, en algunos casos, de forma segura, en instituciones acreditadas científicamente, pero en otros casos se realizan en condiciones que atentan contra la salud, sin ninguna supervisión o cuidado médico (Torres et al., 2010; Gutiérrez & Muñoz, 2008; Prieto et al., 2010).

## Objetivos

### General

Comprender las motivaciones de las mujeres para realizarse un procedimiento estético no reconstructivo.

### Específicos

- Identificar las motivaciones de las mujeres para realizarse un procedimiento estético no reconstructivo.
- Identificar las percepciones de las mujeres respecto a su imagen corporal después de una cirugía estética no reconstructiva.

## Metodología

### Población

La población objeto de estudio la constituyeron mujeres entre 18 y 51 años de edad que se hubiesen sometido alguna vez a cirugías estéticas no reconstructivas, en un tiempo no menor de un año de la última o única cirugía estética. En total se entrevistaron 21 mujeres, procedentes de los municipios de Medellín, Rionegro, La Ceja, Marinilla y el Retiro.

### Tipo de estudio

Para alcanzar los objetivos de la investigación se seleccionó como estrategia la investigación cualitativa, la cual permite abordar las realidades subjetivas e intersubjetivas como objeto legítimo de conocimiento científico (Galeano, 2004). De acuerdo con Patton (1990), la indagación cualitativa explora las experiencias de las personas en su vida cotidiana y es conocida como indagación naturalística al ser utilizada para comprender con naturalidad los fenómenos que ocurren, es decir, el investigador no manipula el escenario en el que ocurren los fenómenos analizados, no controla las influencias externas ni diseña ningún tipo de experimento. Con la investigación cualitativa se trata de comprender desde la interioridad de los actores sociales las lógicas de pensamiento que guían sus acciones (Galeano, 2004). Igualmente, se enfatiza en el conocimiento de la realidad desde la perspectiva de captar el significado particular que a cada hecho atribuye su propio protagonista y de contemplar esos elementos como piezas de un conjunto sistemático (Ruiz, 2002).

Se utilizó el enfoque de la teoría fundamentada o Grounded Theory, para la recolección, el análisis e interpretación de los datos, la cual fue desarrollada por Glaser & Strauss en 1967 y se basa en el interaccionismo simbólico (Glaser & Strauss, 1967). Para Strauss, uno de los autores de este enfoque investigativo, se trata de una metodología de análisis y propone un procedimiento de actuación en el análisis a través de unas técnicas y mediante la aplicación de un método (Trinidad et al., 2006). Por su parte Charmaz (2005), puntualiza que se trata de unas directrices analíticas que permiten a los investigadores focalizar su recolección de datos y construir teorías de rango medio a través de sucesivas recolecciones de datos y desarrollos conceptuales. El planteamiento central del método es que la teoría surge de la interacción con los datos aportados por el trabajo de terreno.

El análisis cualitativo de los datos es el proceso no matemático de interpretación llevado a cabo con el propósito de descubrir conceptos y relaciones y de organizarlos en esquemas teóricos explicativos (Murillo, 2003).

Siguiendo los lineamientos de la teoría fundamentada, el análisis y la recolección de los datos se realizaron en forma simultánea (Glaser & Strauss, 1998) y el número de participantes estuvo determinado por la saturación teórica, la cual se alcanza cuando el investigador entiende que los nuevos datos empiezan a ser repetitivos y dejan de aportar información novedosa (Trinidad et al., 2006).

## Resultados, análisis y discusión

### Buscando el cuerpo soñado: categoría central

Este título, que pareciera ser el de un artículo de una de las llamadas “Revistas femeninas”, las cuales supuestamente “enseñan” a las mujeres a ser bellas mediante una serie de dietas, ejercicios y tratamientos de belleza, es la categoría central del presente trabajo, en el cual se presentan los hallazgos sobre las motivaciones que llevan a las mujeres a someterse a un procedimiento estético no reconstructivo. Para ello se presentan las características que, para las mujeres, debe tener un cuerpo armonioso y como se teje en la dinámica de la cotidianidad la necesidad de conseguir ese cuerpo soñado. Posteriormente se describe el proceso que siguen las mujeres una vez deciden someterse al procedimiento estético, para, finalmente, presentar los sentimientos y percepciones frente al nuevo cuerpo.

### Sueñan con un cuerpo armonioso

Para Turner (1990) el cuerpo es un rasgo necesario de la situación social y personal de cada sujeto y un aspecto fundamental de la alineación personal en el ambiente natural. De acuerdo a lo anterior, se podría decir que, para la gran mayoría de los seres humanos, el cuerpo es importante. Sin embargo, para las mujeres del presente estudio es además fundamental que sea bello y armonioso. Estas mujeres sueñan con un cuerpo simétrico y armonioso, como lo dice una de las entrevistadas:

*Siempre soñé con un cuerpo armonioso que tuviera simetría. E8*

Para las mujeres entrevistadas el cuerpo debe tener algunas características, las cuales difieren de una mujer a otra de acuerdo a la parte de su cuerpo que, según ellas, rompe la armonía. Para algunas son los senos, o muy grandes o muy pequeños, los que no armonizan con el resto; para otras, son “esos gorditos de más” los que desentonan con el conjunto, como lo dice una de las participantes:

*Antes tenía unos gorditos extras, pues, que no me gustaban ni cinco. E3.*

Sea cual fuere la parte de su cuerpo que rompe esa “armonía” anhelada, es constante la búsqueda de una solución a través de la cirugía estética. Según Raich (Salaberria et al., 2007), la imagen corporal es la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente. Y estas mujeres tienen una representación de sí mismas según la cual, por armonioso que sea su cuerpo, siempre hay algo que desentona con el resto y debe ser corregido.

El ideal de cuerpo soñado de estas mujeres se ha ido tejiendo en la dinámica de la vida cotidiana. La familia, la pareja, el trabajo y los medios de comunicación han influido de manera importante en ese ideal de cuerpo. Para Maganto & Cruz (2000) los patrones estéticos corporales son reflejo de los valores culturales de cada momento histórico. La existencia de un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone una presión altamente significativa.

### ¿Qué y quienes influyen en la decisión de las mujeres?

Según Heredia & Espejo (2009) los medios de comunicación ejercen una fuerte influencia en la percepción del ideal de belleza de cada época de la historia. Sin embargo, el poder que ejercen sobre cada persona puede ser diferente y difícil de evaluar. Las mujeres que participan en esta investigación reconocen la influencia de los medios de comunicación y la publicidad sobre su decisión de buscar el cuerpo soñado mediante la cirugía estética, como lo dice una entrevistada:

*Eso fue una goma, en el 2003, eso fue hace nueve años, era una moda y lo quise hacer. E15.*

En el mismo sentido, algunos médicos o centros médicos realizan agresivas y convincentes campañas publicitarias dirigidas a las mujeres, en las cuales presentan como procedimientos sencillos y seguros aquellos tendientes a corregir los defectos del cuerpo femenino, tomando esos cuerpos como una oportunidad para lucrarse económicamente:

*En ese tiempo yo tenía cargo administrativo, [...], un día cualquiera llegaron ellas [compañeras de trabajo] con la revista [Del centro médico]... Yo tomé la decisión, pues me gustaron mucho las fotos, me quería ver más delgada y tomé la decisión porque me gustó, en el momento me gustó... y dije, sí, vamos a hacerlo. E15.*

Según Barreto (2006), los patrones estéticos utilizados por los medios de comunicación y la publicidad se dirigen a hacer creer que los modelos corporales espectaculares exhibidos y representados en los medios son posibles, cuando esos cuerpos perfectos no existen en la realidad. En el mismo sentido, Bernardo (2003) plantea cómo los criterios de belleza vigentes en nuestra sociedad responden más a criterios mercantilistas que a modelos relacionados con la salud y el bienestar.

Aunque pareciera existir una fuerte influencia de los medios de comunicación entre las mujeres participantes del presente trabajo, y a pesar de encontrarse un deseo común en todas las entrevistadas de buscar un cuerpo lo más perfecto posible, se pueden observar dos grupos de mujeres: el primero, constituido por aquellas que dicen anhelar ese cuerpo para sentirse bien consigo mismas, en las cuales, aparentemente, no existen presiones directas de familiares, compañeros sentimentales o amigos:

*Yo no lo hice para el mundo, para el exterior, para que la gente me diga uy, tan lindas, uy te cambió el cuerpo, no. Yo lo hice... para sentirme más linda, para sentirme mejor. E2.*

Ellas dicen tomar la decisión de manera autónoma en tanto lo consideran “como un regalo” E4 que se quieren hacer, por lo demás muy merecido:

*Yo me lo quería hacer porque sentía que me lo merecía” E4.*

Consideran merecerlo debido a los esfuerzos y sacrificios realizados con anterioridad, los cuales no fueron suficientes para lograr ese cuerpo soñado:

*Siempre he sido como muy responsable con mi vida, con mi salud, mi estilo de vida, me gusta comer sano, me gusta hacer ejercicio y tengo claro que es una ayuda pero que no es una solución a ningún problema. E4*

En estos casos las personas cercanas a ellas consideraban innecesaria la cirugía. Una amiga le dice: “...para que te vas hacer eso [la cirugía], vos si sos vanidosa” E10. En el mismo sentido, el compañero trata de disuadirlas sin resultados:

*Mi esposo me decía: no amor a mí me gusta así, no se ponga con bobadas, ya para qué, vea... y yo no, yo sí quiero, yo sí quiero, y, pues, más era como por mí. E20.*

Al respecto Salaberria (2007) plantea cómo la apariencia física y la imagen corporal son dos cosas muy distintas. Una persona puede tener una apariencia física alejada de los cánones de belleza establecidos y sentirse bien con su imagen corporal o puede suceder lo contrario, personas evaluadas como bellas pueden no sentirse así.

El segundo grupo lo constituyen aquellas mujeres en las cuales se evidencia claramente la influencia o presión por parte de personas cercanas como la pareja, los padres o los cirujanos plásticos. En algunas mujeres es el compañero sentimental quien juega un papel determinante, ejerciendo presión para que se modifique una u otra parte del cuerpo mediante la cirugía estética o para que corrija las ya realizadas, con las cuales él no se siente satisfecho, como si ella se tratara de un objeto moldeable a su gusto y necesidad. Los siguientes testimonios recrean la anterior situación:

*Cuando uno tiene pareja, hay una presión, es decir, te dice estás gorda, estás muy fea, estás... E16.*

*...entonces me dijo [el compañero permanente] ¿Sabes qué?, te pusieron esos senos muy pequeños, no me gustaron. E16*

En este grupo de mujeres se observa un alto componente de violencia simbólica por parte de su compañero. El concepto violencia simbólica fue planteado por Bourdieu (2000) y se utiliza para describir las formas de violencia no ejercidas mediante la fuerza física, sino a través de la imposición de una visión del mundo, de unos roles sociales, de unas categorías cognitivas y de unas estructuras mentales por parte de los sujetos dominantes a los sujetos dominados. Como parte de la violencia de género, la violencia simbólica es ejercida con el consenso y el desconocimiento de quien la padece, y esconde relaciones de fuerza que subyacen en una determinada relación. Este tipo de violencia de género implica relaciones de poder desiguales histórica y culturalmente establecidas entre hombres y mujeres. (Bourdieu, 2000)

En este estudio observamos, igualmente, un alto componente de violencia psicológica, denominada también como violencia verbal, hacia este grupo de mujeres por parte de sus compañeros, como lo evidencia el siguiente testimonio:

*Una vez [el esposo] me dijo: pareces una mongola. Eso me traumatizó a mí, y eso lo sostengo yo, pero por él, no. Corrí y miré, y sí, parezco una mongola. E6.*

Para Garda (sf) en este tipo de violencia de género está incluido el menoscabo a la seguridad femenina, a su personalidad, a su capacidad física y mental y a su autoestima.

En otras mujeres son los padres y, principalmente, la madre, quien ha influido en crear una imagen negativa del cuerpo y de la necesidad de modificarlo, como lo refieren dos entrevistadas:

*Mi mamá... pues, mi mamá sí me decía estás gorda, que haz ejercicio, que no te comas esto, no te comas aquello, pero, pues, o sea, yo creo que ella no lo hacía como con el ánimo de ofender sino como de que me pusiera como las pilas. E13*

*Mi mamá sí ha sido muy vanidosa. Entonces ella me dijo un día: ¿a usted no le provocaría colocarse siliconas? [...] yo nunca lo había pensado, pero ah, pues, sí, pues dízque ah, bueno, póngaselas entonces. Entonces ella me dio la mitad y yo di mitad. E18.*

Según Salaberria et al. (2007), uno de los factores para la construcción de una imagen negativa de sí misma son los modelos familiares y se presenta cuando la enseñanza del cuidado del cuerpo, realizada por figuras importantes como los padres, se centra en la preocupación excesiva por el atractivo del mismo, acompañando esta preocupación con continuas palabras negativas sobre el cuerpo y presentando una excesiva atención para que su hijo o hija aprenda esas actitudes. Por su parte Carrillo & Duarte (2009) consideran la familia como uno de los principales forjadores de hombres y mujeres, dando a cada uno de los integrantes el rol que deberá desarrollar, introyectar y posteriormente transmitir a sus descendientes.

Finalmente, en este segundo grupo de mujeres encontramos la influencia ejercida por el cirujano plástico, fundamentalmente para la realización de nuevas cirugías. Su concepto se constituye en un elemento determinante en la cantidad de cirugías realizadas por las mujeres. Si bien ellas llegan al consultorio médico con la idea de modificar una parte de su

cuerpo con la que están inconformes, ellos les sugieren otras cirugías o procedimientos complementarios que mejorarían su figura, como se observa en el siguiente testimonio:

*Por eso, por lo que me dijo el cirujano: ve, yo te arreglo los senos y te ves súper linda, pero si te quito grasita de acá te vas a ver más linda, y si te paro la nalga, entonces, divina, porque entonces, mira se te cayó un poquito. Entonces claro, el cirujano me empezó a vender la idea, y yo de una, hágale, listo, arréglemela. E10.*

En este proceso de convencerlas para la realización de nuevas cirugías les ofrecen diversas oportunidades de pago:

*Es tanto... yo no tenía la plata, a mí me la fio el médico. E16.*

Para Cabrera (2010) las empresas dedicadas a la medicina y la cirugía estética, conscientes de la necesidad creciente de conseguir un cuerpo perfecto, centran sus mensajes publicitarios en ofrecer un cuerpo hecho a medida y acorde a las modas impuestas. Al igual que en la compra de la vivienda o el coche, la reconstrucción corporal se ofrece al alcance del gran público mediante el pago financiado. Según Serret (2008), la publicidad y las ofertas que incitan a las cirugías estéticas han sido objeto de controversia y análisis desde la ética médica, llegando inclusive a prohibir en algunos países.

### El proceso para lograr el cuerpo soñado

Las mujeres participantes del presente estudio, antes de practicarse la cirugía estética realizan un trabajo previo para alcanzar el cuerpo soñado. Buscan todo tipo de procedimientos y medicamentos para mejorar la parte del cuerpo que quieren transformar. Se someten a masajes moldeadores, ingieren pastillas adelgazantes, utilizan relleno para los brasieres, realizan ejercicio físico y siguen dietas:

*Yo me cuido con masajes,... siempre lo he hecho. E3*

*Empecé a tomar unas pastillas... E13*

*Siempre buscaba un brasier que me levantara un poquito, o tratar de rellenar un poquito. E19*

*Hacía ejercicio y dieta. E12.*

Sin embargo, ninguno de estos tratamientos logró los objetivos esperados por ellas y optaron por recurrir a la cirugía, como lo evidencia los siguientes testimonios:

*Aprendí a hacer ejercicio, aprendí a cuidarme con dietas, rebajé y me sostuve, y ya la idea era como pulir algunas cositas. E4*

*Ya había rebajado, ya había hecho ejercicio, ya había hecho dieta, había hecho de todo, había visitado cirujanos, y la única es abdominoplastia [...] yo veía que no era suficiente, que necesitaba la cirugía. E7*

Como se puede observar, estas mujeres se encuentran sometidas a una especie de esclavitud del cuerpo y de la moda, en tanto ser delgadas y con determinadas medidas es un asunto de moda, de la misma manera que en otras épocas el cuerpo femenino debía ser robusto como signo de buena salud e incluso un atributo de belleza. Esta especie de esclavitud a la que están sometidas actualmente las mujeres tiene repercusión social puesto que genera la modificación corporal mediante la cirugía plástica como forma de lograr de manera inmediata la transformación y como tratamiento para la no aceptación de la corporalidad originaria. (Blanco, 2009).

Tomada la decisión de realizarse la cirugía estética, las mujeres siguen un proceso de preparación tendiente a cumplir su objetivo de someterse al procedimiento quirúrgico y transformar la parte de su cuerpo con la que están inconformes. Ese proceso consiste en: conseguir el dinero para pagar la cirugía, convencer al compañero o a los padres sobre la necesidad de realizarse la cirugía, conseguir un buen médico y/o lugar para realizársela, prepararse emocionalmente para un procedimiento que saben es doloroso y, finalmente, someterse al procedimiento. A continuación se describe este proceso.

### Conseguir el dinero

Según las mujeres participantes del presente trabajo, lo primero que hacen es conseguir el dinero requerido puesto que lo demás se soluciona fácilmente:

*Entonces yo empecé... primero que todo el dinero, porque es que clínicas hay muchas, médicos hay muchos, cirujanos hay muchos, yo creo que eso es ya lo último que uno empieza ya a buscar. E21*

Estas mujeres invierten un dinero importante en mejorar la parte del cuerpo con la que están inconformes, asunto que no siempre les resulta fácil:

*La cirugía normalmente está entre cinco millones, solo lo que él [el médico] hace, o sea, hay que pagar anestesiólogo, la clínica, hay que pagar los postquirúrgicos, son muchas cosas. E13.*

Para conseguir el dinero utilizan diversas estrategias, dependiendo de su estado civil y situación económica. Algunas ahorran:

*Empecé a ahorrar, ahorrar, ahorrar, hasta que ajusté para hacérmela. E17*

Para ellas este ahorro equivale a privarse de muchas cosas, lo cual no les importa en tanto la cirugía se constituye en la meta fundamental durante ese periodo de su vida:

*Yo ahorré durante un año, y yo recuerdo que yo me limitaba de muchas cosas con tal de yo saber que estaba ahorrando para esa cirugía. E21.*

En otros casos piden ayuda económica a los familiares o al compañero:

*En la primera [cirugía] fue mi mamá y él. En la segunda fui yo, con mi plata, y la tercera, esta última, él [el esposo] me regaló la mitad y la otra parte yo. E10*

Finalmente, otro grupo recurre a buscar el dinero prestado:

*Es tanto... yo no tenía la plata, a mí me la fío el médico. E16*

Autores como Elliott (2001) consideran la cirugía estética un negocio masivo global, con crecimiento o aumento en el mundo. Así mismo, se plantea cómo las mujeres son quienes gastan más dinero en cirugías estéticas. Según la periodista N. Singer (Elliott, 2001) se observa un aumento importante en el número de personas que financian la cirugía con préstamos y tarjetas de crédito, mostrando una mercantilización de sí misma de manera insidiosa, logrando que el mejoramiento de las partes del cuerpo se incluyan en los presupuestos diarios, semanales o mensuales.

### Convencer a la familia

El segundo paso del proceso es convencer al compañero o a los padres sobre la necesidad e importancia del procedimiento, en los casos que éste no se realiza inducido por el compañero o la familia. Antes de realizarse la cirugía, estas mujeres involucran a la familia

y a la pareja, pues aunque no requieran su permiso, los necesitan como apoyo en el proceso de recuperación:

*Tuve en cuenta a mi esposo y mi familia [...], todas [las hijas] me aprobaban: no mami, muy rico, muy rico, hágale. E17.*

La aprobación del otro implica:

Tranquilidad emocional:

*Pero yo sí quería contar con la aprobación de él, porque yo decía: entro al quirófano, que tal que me pase algo, y él diga, vea, yo no estaba de acuerdo... E19*

Ayuda en las tareas domésticas:

*Ah, no... yo lo tuve en cuenta siempre, porque yo sabía que era una incapacidad larga, que acababa de tener un bebé que tenía tres meses, que obviamente necesitaba ayuda de él, pues, de cuidar los niños, y estar pendiente de todo. E10*

Y, en ocasiones, ayuda para financiar la cirugía:

*Un día mi esposo... yo me había ido a trabajar a Cartagena, y él me puso una noticia, que el niño Dios me iba a regalar la mitad de la cirugía, cuando él ya me dio como el sí. E19.*

Igualmente, esa aprobación del otro, en el caso de la pareja, está ligada a mantener una relación armoniosa, evitando conflictos que la puedan deteriorar:

*Porque, yo pienso, no aguanta hacerse esto sin la voluntad de él [...], yo pienso que eso causa problemas, y más que entre los dos siempre ha habido mucha confianza. E19.*

Lograr la aprobación del otro no siempre es fácil, e incluso puede llevar tiempo, pero las mujeres realizan un persistente trabajo de convencimiento:

*Ese proceso duró por ahí dos años, porque él decía: a mí no me gusta. E19*

*Y mire todos los años que me tocó esperar, porque mi esposo no me dejaba. E7*

*Mucho, mucho, mucho, pero mucho diálogo, y porque él se sentía, en parte, muchas cosas, culpable, entonces accedió a eso, para complacerme a mi. E7*

Mientras un grupo de mujeres necesita convencer al compañero y/o a su familia, otro grupo dice que su decisión de realizarse una cirugía estética no pasó por la aprobación de otra persona:

*Tomo mis propias decisiones, en ese sentido [...] si me voy a morir, me va a tener que buscar en una clínica porque allá me va a encontrar. E6*

*La verdad... fue una decisión muy autónoma. E8.*

Las mujeres hablan de decisiones autónomas, asunto que se debe analizar a la luz del significado de este concepto. Para Álvarez (2012) la autonomía se opone a los modelos de dominación y opresión; condena la imposición heterónoma de principios y normas de conducta; rechaza la dependencia, producto de negar reconocimiento moral a las personas, rechazando de este modo la discriminación y la marginación; condena el autoritarismo en la medida en que representa la negación de la capacidad de elección política. Oshana (Álvarez, 2012) distinguen entre tener la capacidad, en sentido formal, para tomar decisiones puntualmente autónomas, por un lado, y ser autónoma en el sentido de llevar una vida guiada por valores y creencias propias, una vida gobernada por sí misma. Considera que, para ser un agente autónomo, no basta con un enfoque centrado en capacidades psicológicas, sino que hace falta tener en cuenta el tipo de entorno social y de las relaciones en las cuales el agente se desenvuelve. Ser autónoma, en definitiva, comportaría la presencia de un entorno que propicie el autogobierno. Si no se da esta condición, entonces la persona no es autónoma, aunque sea capaz de tomar decisiones autónomas en un sentido local.

### Buscar un buen médico

Otro paso que dan las mujeres en el proceso, es buscar un buen médico y lugar para practicarse la cirugía, pues reconocen que está en juego su vida al someterse a la intervención:

*Cuando te van a hacer la cirugía están ahí, en juego, todos tus signos vitales, tu cuerpo, son muchas cosas en juego, entonces hay que asesorarse de un profesional, y un verdadero profesional. No podemos poner, por decir de alguna manera, nuestra vida en manos de cualquier persona. E1*

Varias características, según ellas, debe tener el cirujano a quien acuden, por lo cual, a veces, les toma tiempo encontrarlo:

*Yo dije, qué rico, qué rico, me voy hacer la cirugía. Averigüé, busqué un muy buen cirujano, eso fue como lo más... lo más demorado. E1*

Según las mujeres participantes en el estudio, el médico debe cumplir con requisitos como el reconocimiento:

*Pues un buen cirujano, con experiencia, que dé mucho, pues, que estuviera como en la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica. E11.*

Como garantía de éxito el lugar debe ser adecuado y reconocido:

*Yo soy de las que estoy de acuerdo que una mujer, si tiene la posibilidad de verse más bonita y hacer la cirugía, hacérsela en un lugar que sea adecuado, que sea reconocido por esa empresa donde reconocen, pues, los doctores, los médicos, todo eso, para que las cosas le salgan bien, no por hacer bonito hagas feo y te pasan cosas inadecuadas en tu cuerpo, que ahora se están viendo mucho. E3*

El segundo requisito es confirmar la trayectoria del médico con personas conocidas:

*Una compañera de la universidad se operó con el cirujano que yo me operé, y se operó la mamá, la hermana, pues, mucha familia, entonces yo ya había visto ese recorrido del cirujano. E2*

*Es un cirujano muy conocido en Medellín, le va muy bien, es muy conocido, mi mamá, pues, siempre lo hemos dicho, él es buen cirujano, él fue el que a mi mamá le operó los senos. E13*

La trayectoria del cirujano con el que se van a operar está por encima de si el procedimiento quirúrgico es barato o caro, pues de esa manera se garantiza la seguridad de la intervención:

*No escogí ni la más cara ni la más barata, sino el cirujano como más reconocido. E2*

*En muchas partes la diferencia era de un millón, de millón quinientos, de ochocientos, pero eran médicos que yo no sabía a quién habían operado, y nunca había visto el trabajo, entonces por eso hablé con mi cirujano, y como ya había pasado por varias personas que yo había visto, entonces me dio más confianza. E2*

El tercer requisito es que explique con claridad el procedimiento quirúrgico:

*El médico ahí mismo cogió el marcador y a uno lo desnudan, le toman unas fotos, entonces muestran las dos apariencias, como lo hacen en las revistas: cómo estás en este momento y cómo será tu cirugía, como quedarías, y yo vi eso, son unas photoshop, que vos quedás demasiado bonita. Y yo dije sí, yo quiero así. E15*

Autores como Emanuel & Emanuel (1999) hablan de la existencia de varios tipos de relación entre el médico y el paciente, entre ellas una llamada “tipo informativo”. Este tipo de relación médico-paciente es también conocida como modelo del consumidor, en la cual el médico proporciona al paciente toda la información necesaria para que éste elija la intervención deseada y, seguidamente, el médico la llevará a cabo. De igual manera, el médico informa al paciente sobre su estado actual de salud y acerca de los beneficios y riesgos de cualquier intervención, para que, finalmente, sea el paciente quien escoja de acuerdo a sus valores. De esta manera, al paciente se le brindan los medios necesarios para ejercer control sobre la situación. Para Emanuel & Emanuel (1999) este tipo de relación médico paciente se adoptó por una terminología de corte financiero de la medicina, en la cual consideran a los médicos como proveedores de la salud y a los pacientes como consumidores. Al respecto Bacca (2002) plantea cómo las inclinaciones mercantilistas de la medicina han llevado a los médicos a generar expectativas a los pacientes, para que éstos soliciten sus servicios.

Otro aspecto relevante considerado por las mujeres participantes en este estudio, es la importancia de la confiabilidad ofrecida por el lugar donde se realiza la cirugía:

*Yo consulté con dos. Uno me pareció terrible, la cirugía era súper barata, en una casa por allá, no tenía letrado, no tenía nada, uno entraba por esa puerta, y simplemente las piezas eran los quirófanos. El otro, o sea, me operé en la Clínica C... o sea, en eso me fijé mucho. E11*

Aunque algunas mujeres deciden realizarse las cirugías en una clínica, estudios muestran que en departamentos como el Valle del Cauca, principalmente en la ciudad de Cali, la economía ha sido jalonada a partir de la estética y antiguos barrios y casas se han

convertido hoy en lugares donde se practica toda clase de procedimientos estéticos (Castillo, 2009). Igualmente, Plata & Torres (2009) señalan el aumento en Colombia de las intervenciones estéticas, algunas veces de manera ilegal y clandestina, con consecuencias como la mutilación y la muerte de quien se la realiza, lo cual es un tema importante hoy en el debate académico. Mencionan la existencia en Colombia de más de nueve mil lugares entre centros de estética, clínicas privadas y hospitales prestando este tipo de servicio, sin contar los sitios ilegales, lo cual muestra que este fenómeno está tomando cada día más fuerza en nuestra sociedad. Según la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, una de cada diez cirugías deja secuelas irreparables y cada tres de diez intervenciones son correcciones de procedimientos anteriores mal realizados en sitios sin la debida reglamentación (Plata & Torres, 2009).

### Enfrentar el miedo

El último paso del proceso es dado por las mujeres después de superar los anteriores obstáculos y consiste en prepararse para enfrentar el miedo. Si bien algunas de las participantes dicen no sentir temor antes de la cirugía, pues en cierta medida tienen un conocimiento previo del procedimiento:

*Pues no me da temor en los quirófanos, vengo de familia médica y tengo fácil acceso a eso. E12*

Otras mujeres manifiestan sentir miedo previamente a la cirugía. Para algunas mujeres es un miedo inespecífico:

*Pero cuando él dijo que sí, a mí ya me dio miedo. E19*

Para otras es el miedo a morir:

*Yo no sé, pues tenía miedo a... morirme. E2*

Para otras mujeres es el miedo a los resultados de la cirugía:

*Pero a uno si le dan como sustos, porque uno dice: qué tal que quede muy rara, que quede muy exagerada, que uno no quede como conforme con ellas. E19*

Barrilero et al. (2008). consideran el sometimiento a una cirugía como un evento estresante en sí, capaz de producir ansiedad y una serie de temores frente a no despertar

de la anestesia, a sentir dolor, a revelar información personal debido a los efectos de la anestesia o a los resultados de la cirugía. Para Orozco et al. (2005) el temor se encuentra relacionado con el desconocimiento del proceso de la cirugía. Por su parte Paz et al. (2006) consideran el miedo como algo simplemente inherente al ser humano, principalmente cuando es sometido a una cirugía. Al respecto Barrilero et al. (2008) agregan que cuando a un paciente se le brinda información sobre la cirugía a la que se va a someter, disminuyen los niveles de estrés y ansiedad.

Para las mujeres del presente estudio la espiritualidad se constituye en la forma de enfrentar sus temores:

*Eso sí, pues, encomendándome a Dios, porque usted sabe que todos los cuerpos no reaccionan igual. E2*

*Entonces siempre da sustico, pero yo me encomendé mucho a Dios. E2*

*Obvio. Yo, Dios mío, que no me pase nada, con dos niños, todo, una niña y un niño. Yo, bueno, a la mano de Dios. E7.*

A lo espiritual es difícil darle un significado. Según Arbeláez & Álvarez (1995), esta definición tiene una construcción a nivel individual de acuerdo a los valores, la formación y la experiencia. Stoll (Arbeláez & Álvarez, 1995) señala que la dimensión espiritual es aquella donde la persona reconoce una conciencia divina relacionada con Dios, que unifica, trasciende las dimensiones físicas, emocionales y sociales, y le da un sentido y significado a la existencia.

### Ver el cuerpo organizado otra vez

Una vez se realizan la cirugía estética, las mujeres manifiestan la alegría de ver su cuerpo organizado:

*El hecho de vos mirarte al espejo, en ropa interior, o verte en una playa con tu vestido de baño y saber que tienes hijos, pero que está tu cuerpo organizadito otra vez, que todo está en su punto, que tus senos están bien, que tu piel no sobra, que no hay gorditos de más, vos estás tranquila, te sentís bien. E10*

Consideran que, después de la cirugía, la vida les cambió radicalmente, mejoró la seguridad en sí mismas y sus relaciones sociales:

*Mira, la experiencia que yo he tenido es que le cambia a uno la vida, pues, de una manera radical, porque uno empieza a tener más seguridad en uno mismo. E3*

Según las mujeres participantes, ver su nuevo cuerpo les mejora la autoestima, se sienten más femeninas, aceptan su cuerpo y crean consciencia de cuidado, lo cual se describe a continuación.

### Mejorar la autoestima

Según Guzmán & Díaz (2008), la palabra autoestima se compone de *Auto*, prefijo del griego autos cuyo significado es uno mismo, y *Estima*, consideración, aprecio, valor. Así, tener autoestima significa tener un concepto positivo de uno mismo, un sentimiento digno, agradable y competente. Montt & Ulloa (1996) definen la autoestima como la autoevaluación efectuada por cada persona de manera estable sobre sí misma y además como un juicio personal de valor exteriorizado en las actitudes y percepciones de sí mismo. Para las mujeres participantes del presente trabajo, con la cirugía ocurre un cambio radical en sus vidas, su autoestima mejora radicalmente, lo cual, consecuentemente hace mejor su vida:

*Lo mejor que a mí me ha pasado con mi cirugía es el autoestima, eso le sube a uno mucho, [...] a mí me subió mucho el autoestima, eso es lo más positivo que yo he visto. E2*

Relacionan la autoestima con su imagen corporal; por lo tanto, sentirse bien consigo mismas es para ellas sinónimo de sentirse atractivas, mejora su autoestima:

*La misma palabra lo dice, la autoestima de uno como mujer [...] yo pienso que no más de uno mismo sentirse bien, que se siente atractiva, uno mismo, pues, eso es mejor que cualquier cosa. E17.*

Igualmente, al tener una nueva figura se sienten más bellas y más seguras de sí mismas:

*Es creer más en uno mismo, a la hora de hacer las cosas hacerlas con más seguridad, mostrarse al público con más seguridad, es muy importante. E3.*

Esa seguridad la relacionan con la imagen proyectada, es decir, depende de cómo creen que las ven los demás:

*Seguridad de vos misma, de la tranquilidad que te da caminar tranquila, con un vestido de baño, caminar en tu ropa interior, y sabes que te estás viendo bonita, y que tu esposo te ve bonita, eh... seguridad de ponerte la ropa apretada, o las cosas que a vos te gustan, y se te ven bien. E10.*

Así mismo, relacionan la autoestima con verse bien al poderse poner y comprar la ropa que desean:

*Pues partiendo del autoestima, que me sentía súper bien, yo me veía bonita con toda la ropa, me veía como mujer atractiva, no, es que todo. E17.*

Para estas mujeres la imagen corporal es fundamental en sus vidas y, por lo tanto, sentirse y verse bonitas, atractivas, les da seguridad y tranquilidad; además, acaba con el temor que han sentido de mostrarse en público, lo cual les facilita las relaciones con los demás:

*De forma muy positiva, es lo que te estaba diciendo ahora, es creer más en uno mismo, a la hora de hacer las cosas hacerlas con más seguridad, mostrarse al público con más seguridad, es muy importante. Entonces me encanta, me encanta. E3*

*Me siento muy cómoda, ah, bueno, yo pienso... hablar de seguridad, el hecho de sentirse cómodo con el físico, uno se va a sentir más seguro con todo. E18.*

Finalmente, la cirugía, según las mujeres, les da la seguridad para alcanzar los objetivos propuestos:

*Ahora tú lo que haces al presentarte con alguien, o lo que sea, todo lo haces con esa seguridad, con esa tranquilidad de que lo estás haciendo bien, y que sos una mujer bonita, que puedes lograr tus objetivos. E3.*

Para Díaz & Cortés (2005) la autoestima está generalmente condicionada a la posesión de objetos o cualidades valiosas para el individuo. Asunto evidente en nuestras entrevistadas, para quienes su objetivo era alcanzar lo que ellas consideran cualidades físicas. Para Montt & Ulloa (1996) el juicio personal y la percepción de sí mismo que tienen las personas está basada en la imagen que consideran los otros tienen de sí mismo, la imagen que tienen de sí mismo en comparación de otros y la imagen que desean alcanzar. Fierro (1991) agrega como la autoestima puede ser modificada por experiencias momentáneas.

En el caso de nuestra investigación, la experiencia de la cirugía sirvió para cambiar la autoestima de las mujeres.

Díaz & Cortés (2005) mencionan la necesidad de ser estimado o reconocido por las personas cercanas al individuo, como necesario para el aumento de la estima sobre sí mismo. Cuando sucede lo contrario ocurren sentimientos negativos sobre la estima propia. Plantean además, aludiendo a S. Freud (Díaz & Cortés, 2005) que “el no ser amado disminuye la autoestima, mientras que serlo lo incrementa”. AsKergaar (Calvo et al., 2009) plantea cómo el cuerpo tiene un rol importante en el performance social, en la autoestima y en la imagen de uno mismo. Además añade que la cirugía cosmética está relacionada con el deseo de mejorar la performance en los roles sociales, donde se trata de mejorar el auto concepto; es decir, cuando el ideal de las aspiraciones está lejos es cuando recurren fácilmente a la cirugía.

La autoestima influye en el bienestar psicosocial, siempre y cuando se trate de dimensiones centrales de las personas. Es decir, el grado de centralidad que ocupa una dimensión concreta de la autoestima, tiene qué ver con el rol social predominante desarrollado por la persona (Cava et al., 2000). En el caso de las mujeres entrevistadas, los lugares que frecuentan les crean, mentalmente, una necesidad de mejorar su cuerpo:

*Uno de pronto sí iba al gimnasio, y las veía con los senos bonitos, pero no, era más por lo que yo veía, y yo decía, pues, yo estoy delgada y de pronto, sí, me pongo un poquito, voy a quedar más compensadita, pero no porque alguien me impulsara a eso. No. E19*

*Yo llevo metida en el mundo del deporte más o menos dieciocho años, y la verdad yo me coloco mis trajes deportivos, y me siento feliz, me siento feliz porque era lo que yo... era lo que yo soñaba. E8.*

### Sentirse más femenina

Las mujeres relatan cómo después de realizarse la cirugía estética se sienten más femeninas:

*Yo... me siento más femenina, me siento más mujer. E6*

Para ellas la feminidad es una cualidad fundamental de las mujeres, algo que está en su esencia y la entienden como un conjunto de movimientos, ademanes propios de las mujeres y caracterizados por la ternura, la delicadeza, la sutileza y una bella figura:

*Ser femenina... son las cualidades que puede tener una mujer, o sea, aparte de lo que uno sea como persona, delicado, sutil, los movimientos, los ademanes, es también la figura, y los senos... implica feminidad. E8*

*La feminidad [...] es [...] sentirse bonita. Yo no sé, como ser bonito, como ser femenino, ser tierna, ser como niña. E13*

En el mismo sentido, para estas mujeres existe una estrecha relación entre feminidad y vanidad, por lo cual se esfuerzan para verse bellas y, de esta manera, femeninas:

*Dentro del rol de la mujer está el ser femenino, y el estar organizada, ser delicada, a mí eso me encanta, entonces yo lo relaciono con el ser vanidoso. E14,*

*Soy una mujer muy vanidosa, y creo que la feminidad de pronto toca un poquito como esa vanidad, pues esa feminidad está ahí, latente. Yo busqué otra alternativa que da el mercado para sentirme muy femenina. E12.*

El concepto de feminidad tiene múltiples connotaciones y se ha abordado desde diferentes perspectivas. Para Tubert (2010) el concepto de feminidad no tiene un contenido fijo y universal y no hay respuesta unívoca al interrogante sobre lo que significa ser mujer, ni al enigma de la diferencia entre los sexos. De esta manera, se han creado mitos y teorías al respecto, representaciones que actúan como modelos ideales que, a su vez, influyen en la estructuración psíquica del sujeto mujer. Según Tubert (2010) estos valores son transmitidos por la familia y otras redes sociales y, mediante un proceso de identificación, se integran en la personalidad conformando el Ideal del Yo. Las representaciones de la feminidad se configuran como estereotipos, que son fuente de coerción y alienación, pues se impone la exigencia de asumir modelos generados independientemente de las propias necesidades, deseos y aspiraciones y, además, esos estereotipos denigran la feminidad.

Según Butler (Bartky, 2008) nacemos hembras o varones, pero no masculinos ni femeninas. La feminidad es un artificio, un logro, un modo de actuar y de volver a poner en escena normas de género recibidas que emergen como un número de estilos de la carne. Plantea que el cuerpo femenino ideal se construye a través de prácticas

disciplinarias, las cuales producen un cuerpo practicado y sometido, es decir, un cuerpo sobre el cual se ha inscrito un estatus inferior. Existen diferencias de género importantes en los gestos, la postura, los movimientos, y en todo el comportamiento corporal en general. Considera que el imperativo de ser femenina sirve a los intereses de dominación, pues la mujer que no se somete a estos estereotipos padece de una sanción social y son las mismas mujeres quienes se castigan a sí mismas cuando no son como las otras, pues el cuerpo sirve para juzgar la disciplina de una mujer. Una mujer sin maquillaje es defectuosa, y su cuerpo debe verse infantilizado, es decir, sin manchas, sin vellos, sin señales de carácter, ese mismo que se admira en los hombres. Aunque anteriormente los roles de la feminidad estaban dirigidos en ser madres y amas de casa, ahora centran su interés en el cuidado del cuerpo, donde son las mujeres quienes costean la disciplina en sus cuerpos, quedando exonerados los hombres de responsabilidad. (Bartky, 2008)

Para Bartky (2008) el cuerpo femenino se expone como defectuoso y para ello desarrollan la tecnología, pues ese proyecto disciplinario de la feminidad “vanidad” es una trampa. Cuando el cuerpo de la mujer es deficiente, su físico es sometido a vergüenza argumentando que ello se debe a la falta de cuidado. Tubert (2010) menciona prácticas como la dieta y el ejercicio que se reproducen y preparan al cuerpo femenino para la docilidad y la obediencia. Sin embargo, las mujeres experimentan estas prácticas como fuente de poder y control, ya que las perciben como medios para alcanzar la belleza y la aceptación social, laboral y sexual.

García (2008), apoyado en las investigaciones de Bem (1974), Cheng (2005) y Lippa (2001) afirma la existencia de comportamientos culturales designados como conductas de género, las cuales son asignadas a la feminidad: modestia, cariño, preocupación por la calidad de vida. De la misma manera otras son asignadas a la masculinidad: asertividad, fuerza y la orientación a logros materiales. Es decir, las expectativas socioculturales de cada persona dependen en gran medida del sexo y el género. Para Lagarde (1990) las características de la feminidad son patriarcalmente asignadas como atributos naturales, eternos e históricos, inherentes al género y según la cual cada mujer debe realizar actividades, tener comportamientos, actitudes, sentimientos, creencias, formas de pensamiento, mentalidades, lenguajes y relaciones específicas que demuestren que en verdad son mujeres.

Para López & Recio (2008) la masculinidad y la feminidad son construcciones sociales. Las personas influenciadas por su cultura han hecho suyas las creencias, ideas, estereotipos, correspondientes a un sexo u otro, estableciéndose así dos mundos distintos y contrarios para hombres (masculino) y mujeres (femenino). Martínez (2007) considera lo masculino y

lo femenino no solo como construcciones sociales, sino también como un filtro cultural, construcción subjetiva e interpretación genérica del mundo; además, considera que son coordinadas espacio-temporales que se ubican en un momento histórico, en una clase social, en una etnia y cultura determinada y parte de una experiencia íntima y profundamente subjetiva.

### Conciencia sobre el cuidado del cuerpo

Después de realizarse la cirugía estética, cuando las mujeres sienten su cuerpo “organizado otra vez”, empiezan a tener conciencia del cuidado de su cuerpo:

*Uno ya está consciente de que está más delgado y que se tiene que cuidar más. E7*

Para aquellas que no lo hacían antes de la cirugía, cuidarse se convierte en una preocupación y empiezan a introducir una serie de cuidados como masajes, ejercicio físico y alimentación balanceada, los cuales varían de una mujer a otra. Para algunas, son los masajes:

*Después de la cirugía, yo me mantengo es a punta de masaje, (...) de todas maneras son procedimientos delicados que uno debe de cuidar. E3*

*Eso es de por vida. Yo me hago masajes, a mí me hacen masajes hasta dos y tres veces en la semana. E6*

Otras mujeres optan por el ejercicio físico:

*Yo decía: no soy capaz de sentarme a hacer ejercicio, no, no me da, pues, qué pereza, y desde el momento que me hice la cirugía dije, no, tengo que empezar desde hoy, y estoy súper juiciosa. E13*

Finalmente, otras mujeres se cuidan con una alimentación balanceada:

*Así sea una persona delgada y no como en exceso, una sabe que si se comió un chicharrón, bueno, listo, pues se lo comió, pero después de uno hacerse una cirugía estética uno ya está más pendiente mirar. E11*

### Insatisfechas con la cirugía: *uno es muy inconforme*

Si bien un grupo de mujeres queda muy satisfecho con los resultados del procedimiento estético realizado, otro grupo manifiesta algún grado de insatisfacción. Para algunas mujeres, la inconformidad radica en querer más:

*Aunque uno siempre quiere más, uno es muy inconforme, uno dice: ay, pero mirá, me quedó este gordito. E7*

*A uno sí le pasa: ¿será que me hubiera puesto más? E19.*

Como se puede observar en estas mujeres, pareciera que nada es suficiente, siempre queda la posibilidad de mejorar lo mejorado.

Para otras mujeres, la inconformidad radica en una insatisfacción con su imagen corporal, la cual se mantiene aun obteniendo resultados exitosos, de acuerdo a las personas que se encuentran a su alrededor:

*La gente me ve más flaca, pero yo no me veo más flaca, yo lo que quiero es verme más flaca. E13.*

En estos dos grupos de mujeres pareciera que el aspecto logrado no es el que se supone se debería tener y, por lo tanto, por más que se intente o se desee, la imagen corporal ideal y real entran en conflicto. En estos casos, de acuerdo con López & Sallés (2005), las personas se vuelven más vulnerables a las dudas sobre sí mismas y a sus sentimientos de insuficiencia. En el mismo sentido Cardenal & Sánchez (2007), analizan las últimas revisiones sobre el tema, en las cuales se sostiene que las mujeres, a partir de la adolescencia, presentan niveles más bajos que los hombres en su autovaloración.

En algunas mujeres la insatisfacción obedece a efectos colaterales del procedimiento realizado, lo cual afecta su calidad de vida:

*De alguna manera, si tiene una implicación es ahora que mi prótesis es diferente, o sea, yo no tengo vida sexual, pero me daría mucho susto que alguien, mi pareja, se dé cuenta que tengo una más dura que otra, es que eso es una roca muy tenaz, y no se ve mucho, se tiene que detallar mucho, pero de todas maneras no me siento tan bien como antes. [...] perdí la sensibilidad, [...] yo en los senos no siento absolutamente nada. E14.*

Al respecto, Von-Perling et al. (2011) señalan los efectos colaterales del aumento de mama, y uno de ellos es el “cambio sensorial” en la zona de la intervención. Hermoza (2004) menciona los efectos adversos de la utilización de silicona, como la paniculitis fibrosante por la infiltración de silicona en la piel y se caracteriza por empastamiento, dolor y prurito. También se puede presentar granuloma y fibrosis, entre otras manifestaciones (Peña & Jiménez, 2009; Rubio et al., 2005; Serrano et al., 2007), por lo cual las personas que se hacen implantes de silicona requieren un seguimiento a largo plazo (Cervera et al., 2006).

Según Berrocal (2012), con frecuencia, en la cirugía estética mamaria, las mujeres quedan insatisfechas, pero poco se ha profundizado sobre los posibles factores de riesgo, ni se ha cuantificado de manera sistemática los resultados no deseados para poder conocer la dimensión del problema. Considera que los factores que predisponen al paciente a sufrir resultados no deseados o complicaciones pueden agruparse en factores dependientes del paciente o del médico. Entre los del paciente se encuentran las ideas preconcebidas, las falsas expectativas, las enfermedades asociadas y las alteraciones psicológicas, como el dimorfismo corporal. Entre los dependientes del médico se encuentran los médicos complacientes con falta de experiencia y/o dominio de una sola técnica para todos los casos, dar información inadecuada e insuficiente referente a los implantes, la selección de los implantes basada en su bajo costo y no en la garantía de calidad que puedan ofrecer y las deficiencias locativas para la ejecución del procedimiento, instrumental y material inadecuados.

Así mismo, el hecho de “querer más” o de estar inconformes con los resultados, conlleva a algunas mujeres a someterse nuevamente a una cirugía estética:

*Ya me veía con los senos muy grandes y muy ancha de acá [cintura], y me veía muy gorda... ¿y yo ahora qué hago? Entonces ya me veía era peor: no me puedo quedar así, yo ahora, si quisiera quedarme así, no puedo, porque ya me veo deforme. Volví otra vez al quirófano, ¿yo ahora qué hago?, con tal de uno estar bonito, me fui otra vez para el quirófano con anestesia local. E16.*

Otras mujeres contemplan la posibilidad de realizarse nuevamente una cirugía para mejorar otras partes de su cuerpo que pueden requerir unos retoques:

*Pues de pronto, cuando tenga cuarenta seis años, que ya vea necesario, de pronto hacerme la cirugía de los párpados, estirarme un poquito la piel... yo me la haría.*  
E8.

## Conclusiones

Llama la atención en este estudio, la tendencia de las mujeres a homogeneizarse en la belleza, lo cual puede observarse en la búsqueda de características similares de su cuerpo a través de la cirugía estética, como son el tamaño de los senos y los glúteos, la forma del abdomen y la cintura, con la extracción de “los gorditos extras”; así mismo, son similares las rutinas de belleza. Es importante resaltar cómo la belleza ha sido considerada históricamente como un atributo de la feminidad y se han creado normas sociales reguladoras, de acuerdo a la época, para apreciar los cuerpos femeninos como perfectos y, en el caso de esta investigación, evidenciamos las rutinas de cuidado como el vehículo para alcanzar la belleza hegemónica.

Aunque estas mujeres relacionan la cirugía estética con el cuidado de su cuerpo y con beneficios sobre su salud, es importante tener en cuenta, al analizar tal situación, las cifras alarmantes de muertes por procedimientos estéticos y el aumento de costos en Salud Pública debido a los procedimientos quirúrgicos mal realizados (Plata & Torres, 2007). No cabe duda que asimilar el cuerpo delgado y bello al cuerpo saludable, obedece más a modelos mercantilistas, donde los únicos beneficiados son empresas cosméticas, gimnasios y cirujanos estéticos, que reciben el dinero invertido por las mujeres en el mantenimiento del cuerpo.

En los últimos años, la promoción de la salud se ha encaminado a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de acciones colectivas y de cooperación comunitaria (Vílchez, 2011). Para lograrlo, Escobar & Torres (2001) plantean la necesidad de desmedicalizar la salud y utilizar enfoques cualitativos que se acerquen de manera más comprensiva a la realidad que se quiere intervenir. En esta perspectiva, la presente investigación pone de manifiesto la existencia de un problema de salud pública en la necesidad de lograr la belleza femenina a toda costa, a la vez que se acerca al conocimiento detallado de este fenómeno. A partir de estos conocimientos podemos plantear, desde la promoción de la salud de las mujeres, los siguientes asuntos:

- Entender que el deseo de alcanzar ideales de belleza en las mujeres no es un problema individual de vanidad. Por el contrario, constituyen una problemática social que afecta la salud psicológica y física de las mujeres en general, debido a la

presión que ejercen sobre su cuerpo y las prácticas a las que se deben someter, que atentan contra su salud, su calidad de vida e incluso las puede llevar a la muerte.

- Entender este fenómeno como un problema social, contribuye a lograr una mayor voluntad política para crear políticas públicas que beneficien la salud de las mujeres de manera contextualizada e incluir diferentes sectores en su promoción.
- Las iniciativas para promocionar la salud de las mujeres de manera íntegra, deben tener en cuenta que la sola evaluación cuantitativa no determina la efectividad de los programas, por lo que es fundamental crear una estrategia evaluativa eficiente que contenga la parte cualitativa.
- Los programas que se creen enfocados a Promover la Salud de las mujeres no deben durar un periodo electivo de un alcalde o un gobernador. Por el contrario, se requieren leyes que garanticen su continuidad para lograr resultados efectivos.
- La promoción de la salud no debe verse como un campo asignado al sector de la salud, es fundamental la transdisciplinariedad para garantizar sus resultados.

## Referencias

- Álvarez S (2012). *La autonomía personal de las mujeres. Una aproximación a la autonomía relacional y la construcción de las opciones*. España: Universidad de Palermo, Facultad de Derecho.
- Arbeláez C, Álvarez T (1995). La espiritualidad como fuente de alivio en la fase terminal. *Iatreia*, 8(2):79-84.
- Bacca J (2002). Aspectos de responsabilidad en cirugía plástica. *Revista Médico Legal*, 8(1):40-8.
- Barreto CM (2006). Arquitectura corporal: pasiones deportivas e identificaciones estéticas. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populare*, 61(2):59-77.
- Barrilero JA, Casero JA, Cebrián F, Córdoba CA, García F, Gregorio E, Hernández A, Pérez J, Tébar F (2008). Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. *Revista de Enfermería*, 8.

- Bartky SL (2008). Foucault, la feminidad y la modernización del poder patriarcal. *Revista Manzana de la Discordia*, 3(1): 137-52.
- Bernardo JM (2003). Pensar los media, interpretar la complejidad. En: JM Bernardo, J Gavalda, N Pellisser (Coords), *El debate sobre la cultura de la imagen*. Valencia: NauLlibres.
- Berrocal M (2012). Mamoplastia de aumento secundaria: evaluación de problemas, resultados insatisfactorios y alternativas de solución. *Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana*, 38(1):9-26.
- Blanco J (2009). Rostros visibles de la violencia invisible. Violencia Simbólica que sostiene el patriarcado. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32):63-70.
- Bourdieu P (2000). *La dominación masculina*. España: Editorial Anagrama.
- Cabrera Y (2010). El cuerpo femenino en la publicidad. Modelos publicitarios: entre la belleza real, la esbeltez o la anorexia. *ICONO14 Revista de Comunicación y Tecnologías Emergentes*, 8:223-43.
- Calvo MM, Meinero MV, Sicardi N (2009). *Medicina Estética: deseos que sustentan una demanda creciente* (Tesis de maestría). Argentina: Universidad del Cema.
- Cardenal V, Sánchez M (2007). *Mujeres, trabajo y salud*. España: Editorial Complutense.
- Carrillo C, Duarte E (2009). Masculinidad-Feminidad: el aporte de madres y padres a sus hijas e hijos. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 8:243-69.
- Castillo MP (2009). El bello negocio de la cirugía plástica. *Posiciones*, 2:58-66.
- Castro R, Riquer F (2003). La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1):135-46.
- Cava MJ, Musitu G, Vera A (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 17(2):151-61.
- Cervera M, Martínez F, Sola J, Valentí V, Pastor C, Poveda I, Martí P, Zornoza G (2006). Secuelas tras inyección ilegal de silicona líquida como técnica de aumento mamario: presentación de 2 casos. *Cir Esp*, 80(4):227-9.
- Charmaz K. Grounded theory in the 21st Century: application for advancing social justice studies. En: N Denzin, YS Lincoln, *Handbook of qualitative research*. 2<sup>nd</sup> ed. (pp.507-37). California, USA: SAGE.
- Díaz VE, Cortés N (2005). Efectos del tratamiento de ortodoncia en la imagen del cuerpo y la autoestima de los adolescentes. Informe final. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 16(1-2):125-34.
- Elliott A (2001). Plástica extrema: auge de la cultura de la cirugía estética. *Anagramas*, 9(18):145-64.
- Emanuel EJ, Emanuel LL (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: A Couceiro, *Bioética para clínicos* (pp. 109-26). Madrid: Editorial Triacastela.

- Escobar ML, Torres BP (2001). *Estado de la discusión y de la práctica de la promoción de la salud en Colombia 1991-1999* (Tesis de maestría). Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería.
- Fierro A (1991). Autoestima en adolescentes: estudio sobre su estabilidad y sus determinantes. *Estudios de Psicología*, 45:85-108.
- Galeano E (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- García T (2008). Cultura tradicional y masculinidad feminidad. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1):59-68.
- Garda R (sf). Complejidad e intimidad en la violencia de los hombres. Reflexiones en torno al poder, el habla y la violencia hacia las mujeres [internet]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia – Facultad de Salud Pública y Administración. Programa de hombres que renuncian a su violencia.
- Glaser B, Strauss A (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York, USA: Aldine.
- Glaser B, Strauss JM (1998). *Basis of qualitative research*. Thousand Oaks, USA: SAGE.
- Gutiérrez E, Muñoz R (2008). Síndrome de embolia grasa secundaria a infiltración de polimetilmetacrilato en región glútea. *Cirugía Plástica*, 18(2):78-80.
- Guzmán D, Díaz MT (2008). Obesidad y autoestima. *Enfermería Global*, 7(2):1-11.
- Heredia N, Espejo G (2009). *Historia de la belleza*. Bogotá: Asociación Colombiana de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello.
- Hermoza J (2004). Paniculitis fibrosante por silicona líquida. *Dermatología Peruana*, 14(3):201-3.
- Lagarde M (1990). *La identidad femenina*. México: CIDHAL.
- López GM (1999). *El cuerpo, el sujeto, la condición de la mujer*. Buenos Aires: Biblos.
- López JM, Sallés N (2005). *Prevención de la anorexia y la bulimia. Educación en valores para la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario*. Valencia: NauLlibres.
- López M, Recio C (2008). Masculinidad y feminidad: división errónea de la persona: aportaciones desde la Didáctica de la Lengua. *Didáctica. Lengua y Literatura*, 20:247-90.
- Maganto C, Cruz S (2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 30:45-8.
- Martínez M (2007). La construcción de la feminidad: la mujer como sujeto de la historia y como sujeto de deseo. *Actualidades en Psicología*, 21(108):79-95.
- Montt ME, Ulloa F (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud Mental*, 19(3):30-5.

- Murillo J (2003). *Teoría fundamentada o grounded theory* [Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- ONU Organización de las Naciones Unidas (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer*. New York: Naciones Unidas.
- Orozco LC, Rangel R, López LE, Rueda E, Ortiz AF (2005). Eficacia de las intervenciones de Enfermería en el control del temor prequirúrgico: un ensayo clínico controlado. *Actualidades en Enfermería*, 8(1):8-13.
- Patton MQ (1990). *Quatitative evaluation and research methods*. 2<sup>nd</sup> ed. Newbury Park, CA: SAGE.
- Paz C, Prego C, Barzaga E (2006). Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 29(3):159-67.
- Peña J, Jiménez MF (2009). Estado confusional, lesión pulmonar y glúteos que languidecen. Efectos secundarios de procedimientos estéticos. *Acta Médica Costarricense*, 51(1):48-9.
- Plata PV, Torres SA (2009). Sentidos de la corporalidad en cuerpos intervenidos por la cirugía estética. *Revista Panorama*, 7:28-37.
- Plaza M (2007). Sobre el concepto de “violencia de género”. Violencia simbólica, lenguaje, representación. *Extravío. Revista Electrónica de Literatura Comparada*, 2:132-45.
- Prieto R, Cardenas RJ, Cerezo R, Rincón L, Torres B, Haddad JL (2010). Enfermedad humana por moldeantes. Análisis de sustancias con espectrometría de resonancia magnética. *Cirugía Plástica*, 20(3):120-3.
- Ramírez R (2012). Bella y a la moda ¿feliz y amada? Programas televisivos que transforman la apariencia física de las mujeres a través de mecanismos de violencia de género. *Derecho a Comunicar*, 4:140-54.
- Rodin J (1993). *Las trampas del cuerpo: cómo dejar de preocuparse por la propia apariencia física*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Rubio C, Martín M, González J, Díaz R (2005). Granuloma por silicona líquida. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 96(9):598-601.
- Ruíz JI (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. 5<sup>a</sup> ed. España: Universidad de Deusto.
- Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8:171-83.
- Serrano P, Mascaróy JM, Iranzo P, Navarra E, Ferrando J (2007). Productos de relleno inyectables en dermocosmética. Tipos y efectos secundarios. *Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana*, 35(5):209-18.
- Serret P (2008). Aspectos médicos y éticos en cirugía plástica, reparadora y estética. *Bioética & Debate*, 14(52):6-8.

- Torres B, Medrano G, Priego B, Peláez I, Burgos R (2010). Enfermedad por infiltración de sustancias modelantes con fines estéticos. *Cirugía Plástica*, 20 (3):124-32.
- Trinidad RA, Carrero PV, Soriano RM (2006). *Teoría fundamentada "Grounded Theory": La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Tubert S (2010). Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres. *Quaderns de Psicologia*, 12(2):161-74.
- Turner B (1990). *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en la teoría social*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Vílchez V (2011). Construcción del concepto de promoción de la salud en la práctica transdisciplinaria. *REVENF Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 19:1-12.
- Von-Perling ML, Høimyr H, Finnerup K, Jensen TS, Finnerup NB (2011). Persistent pain and sensory changes following cosmetic breast augmentation. *European Journal of Pain*, 15(3):328-32.