

# UACM

Universidad Autónoma  
de la Ciudad de México

*Nada humano me es ajeno*

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**El impacto de las cirugías estéticas sobre la salud física y psicológica de mujeres jóvenes y adultas: un abordaje desde su subjetividad y los significados de salud, belleza, ser mujer y percepción del cuerpo.**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A

**BELÉN JIMÉNEZ SÁNCHEZ**

D I R E C T O R

**Mtro. Porfirio Miguel Hernández Cabrera**

Ciudad de México, marzo de 2019.

## SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

### RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

#### DERECHOS RESERVADOS<sup>©</sup>

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

*A mi madre y a mi padre,  
con mi más profundo amor y una gran admiración.*

*A mi sobrina y sobrino,  
con inmensa ternura.*

*A mi hermano y cuñada,  
con mucho cariño.*

## AGRADECIMIENTOS

Porque la elaboración de este trabajo incluyó la valiosa, estimulante y ardua aportación de distintos partícipes, quiero agradecer enormemente a todas y todos ellos.

Antes que todo, agradezco inmensamente a Dios por poner en mi camino a quienes me apoyaron de diferente manera para elaborar y concluir mi tesis. Asimismo, por darme dirección y método al iniciar; facultad para desarrollar e interpretar; madurez al progresar; fortaleza y sabiduría al expresar; y humildad al terminar.

Mi más profunda gratitud a mi querida madre María de los Ángeles Sánchez y a mi querido padre José Miguel Jiménez Hernández —guerrera y guerrero incansables frente a la vida y sus adversidades—, por darme la vida, amor incondicional, valiosa educación, constante protección, permanentes enseñanzas y valores; compartir extraordinarias odiseas y anécdotas; y porque fueron mi mayor pilar y motivación para culminar mi tesis.

Agradezco enormemente a un honorable ser humano y catedrático responsable, seguro de sí, perseverante, gentil, inteligente, carismático..., a mi director de tesis y mentor Porfirio Miguel Hernández Cabrera, por el apoyo, el tiempo, la dedicación, la paciencia, el notable sentido crítico, la revisión y la explicación minuciosa, y por el acompañamiento para iniciar, elaborar y culminar la tesis. También, por ser cómplice e impulso en eventos académicos para fortalecer mi formación; por parir valiosos cuestionamientos para enriquecer mi investigación; por las recomendaciones de diferentes obras literarias; y por compartir sus alentadoras e innumerables enseñanzas significativas para el ámbito profesional y la vida.

Inmensa gratitud a mis apreciables lectoras, la Mtra. María Eugenia Covarrubias Hernández, la Dra. Leticia Romero Chumacero y mi estimado lector, el Mtro.

Eduardo Flores Soto, además a la gentil Mtra. Patricia Huerta Encarnación, por el tiempo dedicado en la revisión de mi investigación, su interés para dialogar, su calidez en el trato, y por aportarme puntuales y relevantes observaciones para enriquecer la presente tesis.

A todas las mujeres que me apoyaron en mi investigación al compartir sus valiosas experiencias, brindarme su tiempo, abrirme las puertas de su subjetividad, y recibirme con una hermosa sonrisa y simpatía. Solicité su colaboración para el estudio y al empezar la interpretación de su subjetividad se me dificultó elaborarla al sentir que las estaba criticando, pero no era así porque la finalidad de la investigación es meramente académica. En este sentido, aprendí a separar el afecto, los temores y la investigación, y no por ello dejé de considerar la amistad de cada una de mis informantes.

Finalmente, con un especial reconocimiento a mi casa de estudios, a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), por formarme como promotora de la salud y fortalecer los aprendizajes, las habilidades, las actitudes y las experiencias para los siguientes ciclos profesionales y personales; por el apoyo otorgado para la impresión y empastado de mi tesis; y, por los logros académicos obtenidos.

## Resumen

México ocupa el quinto lugar a nivel mundial y el segundo en América Latina en cirugías estéticas, y las mujeres son la población que recurre más a estas prácticas, aunque también lo hacen los hombres, las personas transgénero, etc., pero en menor frecuencia. Además, es preciso señalar que nuestra nación tiene el segundo lugar en cirugías cosméticas realizadas por personas no profesionales y que ponen en peligro la salud y la vida de las mujeres. Aunado a esto, están surgiendo establecimientos sin la normatividad ni las condiciones necesarias para practicarlas. Así pues, se considera a las cirugías estéticas como un problema de salud pública porque siguen generando consecuencias perjudiciales sobre la salud física y psicológica de las mujeres, trascendiendo edades y capas sociales. La situación actual de las cirugías estéticas en nuestro país es importante desde el análisis de la Promoción de la Salud por la relación que tienen con la salud de las mujeres y por considerarse un problema de salud pública.

La presente investigación es de carácter básico, se orienta al estudio exploratorio de la subjetividad de las mujeres que recurren a las cirugías estéticas desde la perspectiva de la Promoción de la Salud como disciplina de estudio, partiendo de una formación humanística, crítica, ética y científica con base en el perfil de egresada de la licenciatura en Promoción de la Salud. Lo anterior resulta relevante porque se conoce poco sobre este tema desde esta perspectiva en nuestro país. El estudio fue realizado desde los enfoques bioético y de género. A partir del primero, se analizaron los contenidos éticos y morales que generaron estas prácticas y su relación con los motivos; se indagaron los principios éticos que son relevantes para considerar autónomas las decisiones de las mujeres; y se abordó la relación con la deontología del cirujano plástico. El segundo, se enfocó en reflexionar acerca de los factores socio-culturales involucrados en las expresiones de “ser mujer”, lo “femenino”, la “belleza física” y su vinculación con la subjetividad y la corporalidad.

El objetivo general fue analizar el impacto -negativo y positivo- de las cirugías estéticas sobre la salud física y psicológica de mujeres jóvenes y adultas en la Ciudad de México.

Para llevar a cabo este estudio se utilizó el método cualitativo de enfoque fenomenológico, mediante entrevistas en profundidad realizadas a 12 mujeres dentro del rango de edad de 18 a 60 años (con base en un guión de entrevista previamente establecido y afín a los objetivos de la investigación) desde el mes de junio de 2015 hasta julio de 2017. Lo anterior, permitió obtener una indagación profunda sobre las vicisitudes, las experiencias, las emociones, las valoraciones corporales, las motivaciones y las representaciones de las entrevistadas en relación con las cirugías estéticas, lo cual enriqueció el proceso interpretativo.

Los principales hallazgos con base en los objetivos de la investigación son: las nociones de salud de las mujeres fueron subjetivas (experiencias, reflexiones, creencias y emociones personales), socio-culturales (autocuidado corporal tradicional asociado con estilos de vida saludables) y biológicas (relación entre el cuerpo y la enfermedad mediante la prevención de patologías, padecimientos físicos y desniveles bioquímicos en el organismo), algunas de éstas influyeron en

los motivos para recurrir a las cirugías estéticas, formando parte de los estilos de vida; las ideas de “ser mujer”, de belleza y el cuerpo consistieron en construcciones heteronormativas tanto asumidas por la mayoría como cuestionadas por la minoría, pero significativas para todas las mujeres, y también determinaron la decisión de modificar el cuerpo; los motivos para recurrir a dichos procedimientos fueron subjetivos (opiniones y sentimientos surgidos por las vivencias), de carácter práctico (método rápido y eficiente), promovidos (moral, social y familiarmente) y autónomos (percepciones asociadas con reflexiones y opiniones éticas que dirimieron los miedos, las dudas y los chantajes de las parejas); los procedimientos más frecuentes fueron: el aumento de senos, seguido de la liposucción y la rinoplastia, siendo más comunes en las edades de entre 20 y 50 años; y la mayoría de las mujeres tuvieron más resultados perjudiciales, temporales y permanentes, en su salud física, en su cuerpo y en sus ámbitos personales al recurrir a las cirugías estéticas, lo cual sólo en 6 de ellas repercutió negativamente en su salud psicológica a modo de baja autoestima, depresión, miedo y preocupación. Mientras que en 6 mujeres el impacto de estos procedimientos y los resultados fueron satisfactorios en el aspecto emocional.

A partir de la presente investigación se puede concluir que, desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, los datos encontrados aportaron más evidencia empírica sobre la importancia de considerar a las cirugías estéticas como un problema de salud pública en nuestro país, esto debido a diversas implicaciones negativas en la salud física y psicológica, en la vida y en la autonomía de las mujeres jóvenes y adultas estudiantes, profesionistas, empleadas y madresposas de los estratos sociales medianos en la Ciudad de México y Área Metropolitana. Es preciso que las instituciones de salud, tomen en cuenta este estudio, así como otros afines, para que generen programas sociales, políticas públicas, acciones normativas, etc., con el propósito de abatir las situaciones de riesgo en la salud y la vida de las mujeres, y problemas derivados de la falta de ética profesional de los cirujanos plásticos y del incremento de los espacios ilegales de intervención.

# ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	11
<b>CAPÍTULO I. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA MUJER</b> .....	18
I.1 Salud .....	18
I.1.1 Salud física .....	21
I.1.2 Salud psicológica .....	22
I.1.2.1 Emociones .....	22
I.1.2.2 Autoestima .....	23
I.1.2.3 Desarrollo cognitivo en la adultez temprana y media de la mujer .....	25
I.2 Promoción de la salud .....	27
I.2.1 Campos de acción de la Promoción de la Salud .....	33
I.2.2 Enfoques de la Promoción de la Salud .....	34
I.2.2.1 Estilos de vida saludables .....	34
I.2.2.2 Determinantes de la salud .....	37
I.3 Salud de la mujer .....	39
I.3.1 La apariencia corporal y la salud .....	41
I.3.2 Conferencias Mundiales de la Mujer .....	42
I.3.3 <i>Convención sobre la eliminación de todas las formas de                 discriminación contra la mujer (1979)</i> .....	44
<b>CAPÍTULO II. BIOÉTICA Y CIRUGÍAS ESTÉTICAS</b> .....	46
II.1 La perspectiva bioética .....	46
II.2 Corrientes de la bioética .....	54
II.2.1 El principalismo .....	57
II.2.2 Éticas feministas (bioética de la mujer) .....	63
II.3 Las cirugías estéticas y la bioética .....	68
II.3.1 Las cirugías estéticas: aspectos históricos, conceptuales y deontológicos.....	68
II.3.2 Las cirugías estéticas: ¿decisión ética o moral de las mujeres? .....	75
II.3.3 Las cirugías estéticas de las mujeres como problema de salud en México .....	78
<b>CAPÍTULO III. GÉNERO Y CIRUGÍAS ESTÉTICAS</b> .....	86
III.1 La perspectiva de género .....	86
III.2 El papel ornamental de la mujer en una sociedad patriarcal ..	95
III.2.1 Las cirugías estéticas como prácticas de belleza en las mujeres .....	95
III.2.2 Controversias sobre la violencia de género implícita en las cirugías estéticas .....	104
III.2.3 Cirugías estéticas y subjetividad de la mujer .....	109

<b>CAPÍTULO IV. MÉTODO</b> .....	115
IV.1 Tipo de investigación .....	115
IV.2 Planteamiento del problema .....	119
IV.2.1 Preguntas de investigación .....	120
IV.2.2 Objetivos general y específicos .....	120
IV.2.3 Justificación del tema de investigación en el marco de la promoción de la salud .....	121
IV.3 Escenario .....	123
IV.4 Población .....	123
IV.5 Procedimiento .....	124
Tabla N°1. Características socio-demográficas y datos sobre las cirugías estéticas de las mujeres entrevistadas (Fase 2) ..	127
IV.6 Las experiencias subjetivas como investigadora previas y durante el trabajo de campo .....	131
 <b>CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....	 136
V.1 Características socio-demográficas y datos sobre las cirugías estéticas de las mujeres entrevistadas .....	136
Tabla N° 2. Características socio-demográficas y datos sobre las cirugías estéticas de las mujeres entrevistadas (Fase 3) .....	139
V.2 Procedimiento de clasificación y procesamiento de los datos.	140
V.3 Análisis de datos .....	140
V.3.1 SIGNIFICADOS DE SALUD .....	145
V.3.1.1 La salud como un discurso subjetivo, socio- cultural y biológico .....	145
V.3.1.2 La salud, los estilos de vida y la “belleza corporal” .....	146
V.3.2 SIGNIFICADOS DE “SER MUJER”, DE BELLEZA Y PERCEPCIÓN DEL CUERPO .....	148
V.3.2.1 “Género femenino” multifacético .....	148
V.3.2.2 Significados sobre “belleza física” y “belleza interior” .....	150
V.3.2.3 “Belleza física”: estatus socio-cultural .....	155
V.3.2.4 Diferencia entre “belleza física” y “belleza interior” (“buena persona”) .....	157
V.3.2.5 Percepciones subjetivas corporales antes y después de las cirugías estéticas .....	159
V.3.3 MOTIVOS PARA LA PRÁCTICA DE LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS .....	161
V.3.3.1 “Sentirme bien conmigo misma” .....	161
V.3.3.2 Las cirugías estéticas y las amigas .....	163
V.3.3.3 Las cirugías estéticas y los estereotipos de belleza .....	164

V.3.3.4 Autonomía corporal de las mujeres .....	169
V.3.3.5 “Mi papá me invitó una cirugía estética” .....	170
V.3.3.6 La burla y los apodos .....	173
V.3.3.7 Reflexiones éticas y morales sobre los motivos de las informantes .....	174
V.3.4 IMPLICACIONES ÉTICAS Y MORALES DE LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS .....	178
V.3.4.1 Ni “en contra” ni “a favor” de las cirugías estéticas .....	178
V.3.4.2 El consentimiento informado .....	182
V.3.4.3 Las cirugías estéticas: una cuestión de elección y no de obligación .....	184
V.3.4.4 La cuestión de mantener oculta o no una cirugía estética .....	186
V.3.4.5 Las cirugías estéticas <i>versus</i> naturaleza humana .....	188
V.3.4.6 Las cirugías estéticas no son magia .....	189
V.3.5 EXPERIENCIAS PRE Y POST A LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS .....	190
V.3.5.1 Expectativas subjetivas sobre el uso de las cirugías estéticas .....	190
V.3.5.2 Influencia <i>versus</i> no influencia de las cirugías estéticas en las esferas personales .....	192
V.3.6 IMPACTO DE LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS EN LA SALUD FÍSICA Y PSICOLÓGICA .....	200
V.3.6.1 Experiencias sobre resultados perjudiciales en la salud física .....	200
V.3.6.2 Subjetividad e impacto de las cirugías estéticas en la salud psicológica .....	205
V.3.6.3 El miedo a las cicatrices y a los implantes rellenos de gel con silicona .....	209
V.3.6.4 Cirugías estéticas y violencia de género .....	212
V.3.6.5 La obsesión por las cirugías estéticas .....	215
V.3.6.6 Los dilemas de una siguiente cirugía estética .	218
V.3.7 OPINIÓN SOBRE EL SERVICIO REALIZADO Y DEL LUGAR .....	220
V.3.7.1 Las experiencias con el cirujano plástico .....	220
V.3.7.2 Las percepciones sobre el lugar .....	225
V.3.7.3 Los costos de las cirugías estéticas y su relación con los resultados .....	226
<b>CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>230</b>
V.I.1 Síntesis de los hallazgos más relevantes de la	

investigación .....	230
V.I.2 Alcances de los resultados .....	233
V.I.3 Autocrítica metodológica .....	234
V.I.4 Propuestas para futuras investigaciones con base en los hallazgos del estudio .....	236
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b> .....	241
<b>ANEXOS</b> .....	251
Nº. 1 Carta de consentimiento informado .....	252
Nº. 2 Cuestionario de selección de las informantes .....	253
Nº. 3 Guión de entrevista .....	255
Nº. 4 Glosario de términos .....	260

## INTRODUCCIÓN

En un inicio las cirugías estéticas no se conocieron como tales, sino como cirugías plásticas, cuyo propósito se relacionaba con la funcionalidad al trabajar con aspectos lesionados en el rostro, la piel, los tejidos y los genitales por causas congénitas, patológicas o accidentales. Más adelante, a finales del siglo XIX, se nombraron como cirugías estéticas, bajo la opinión de ser con fines “estéticos”. Aún en nuestros días esta idea se mantiene porque se les asocia con discursos socio-culturales de feminidad, estereotipos de belleza y corporalidad. De esta manera, desde el feminismo surgen posturas opuestas hacia las cirugías estéticas; por una parte, se consideran prácticas del patriarcado porque revalidan los estereotipos de género y de belleza, las cuales han sido cuestionadas por los movimientos feministas. Por otro lado, se perciben como un derecho que las mujeres tienen y pueden ejercer sobre su cuerpo a través del ejercicio de su autonomía. Además, cuando hay un resultado satisfactorio, se considera que favorece la autoestima y, por tanto, la salud psicológica.

En México, el *boom* de las cirugías estéticas comenzó en los años cincuenta con operaciones practicadas en el rostro. En un inicio se les vinculaba con personas del medio artístico porque resultaban muy costosas, y todavía lo son. Esto trajo consigo la aparición de varios establecimientos ilegales e inadecuados que no cuentan con el equipo necesario y tampoco con el personal profesional ni ético para realizarlas, pues se aplican sustancias dañinas al cuerpo y se realizan procedimientos sin el conocimiento suficiente, originando consecuencias “negativas”<sup>1</sup> físicas y psicológicas, así como la muerte de las mujeres que recurren a tales espacios.

A inicios del siglo XXI, los avances técnicos de las cirugías estéticas, la globalización, los medios de comunicación y la publicidad fueron partícipes de su divulgación. De este modo, México es uno de los países donde este tipo de cirugías se siguen realizando en espacios ilegales y por charlatanes como una

---

<sup>1</sup> Las comillas en esta palabra y las siguientes, indican que se discutirá sus significados con base en los resultados de la presente investigación.

forma de negocio a costa de la salud, y las mujeres siguen recurriendo a estos lugares poniendo en riesgo su vida. Ante esto, es necesario que las instancias encargadas de vigilar y normar estas prácticas, continúen ocupándose exhaustivamente para regular dichos establecimientos y sancionar a los responsables.

A la fecha, la práctica de las cirugías estéticas ya abarca gran parte del cuerpo, siendo el aumento de senos el tipo de procedimiento más elegido por las mujeres. En la actualidad, han surgido formas de créditos bancarios, facilidades de pago y paquetes de descuento para hacerlas ver más accesibles, económicamente hablando. Así pues, hoy día mujeres de diferente situación económica, profesión, oficio, edad, nivel educativo, ocupación laboral, estado civil, etc., están recurriendo a estas prácticas.

Por todo lo anterior, es importante reflexionar sobre las implicaciones de salud, bioéticas y de género que siguen provocando las cirugías estéticas en México.

El estudio de las cirugías estéticas en nuestro país ha sido abordado por diferentes áreas del conocimiento como: los estudios de género, la antropología, la sociología, el feminismo, la medicina y la psicología, entre otras. A través de sus alcances de investigación han aportado información novedosa e importante sobre el fenómeno a manera de datos históricos, conceptuales, etnográficos, posturas teóricas e ideológicas y evidencia empírica sobre las consecuencias “negativas” en la salud física y psicológica, entre otros aportes. Sin embargo, con base en la investigación documental realizada, no se han abordado en nuestro país desde la Promoción de la Salud. Por ello, es necesario indagar este tema como un primer acercamiento de investigación desde esta perspectiva, retomando los elementos descritos en el perfil de egresada en Promoción de la Salud; por otro lado, para evidenciar a las cirugías estéticas como un problema de salud pública que ha trascendido sexos, edades y capas sociales, elevándose a escala latinoamericana y mundial. Específicamente, es preciso indagar la manera en que han repercutido de forma perjudicial en la salud y la vida de las mujeres. Asimismo, el presente estudio dirige su atención en las cirugías estéticas para conocer el impacto

“positivo” en la salud psicológica; el estudio de la subjetividad (significados, opiniones, creencias, sentimientos, etc.) de las mujeres; el ejercicio de la autonomía sobre el cuerpo (cuando se conocen los pros y contras, así como los estereotipos de género y de belleza que las tiñen); y para seguir evidenciando el impacto “negativo” de estos procedimientos en la salud. Así pues, las cirugías estéticas no sólo son una cuestión de mera “belleza física” o “vanidad”, de hecho, existen diversos significados que giran alrededor de estas prácticas y diferentes motivos. Por tanto, ¿por qué no considerarlas también como un derecho de las mujeres para modificar su cuerpo al igual que los derechos educativos, laborales, sexuales, reproductivos, etc.?

El enfoque central de la presente investigación es la Promoción de la Salud, pero se recurre también a las perspectivas de género y bioética para ampliar el análisis. De tal modo, la Promoción de la Salud posee tres campos de acción que son: 1) la práctica profesional; 2) la práctica social; y 3) la disciplina de estudio. El primer campo es de carácter aplicado y radica en el papel profesional del promotor o promotora de la salud para trabajar sobre un problema de salud (socio-cultural, ambiental, nutricional, etc.) utilizando sus habilidades y sus conocimientos teórico-metodológicos obtenidos durante su formación académica para ofrecer posibles labores en beneficio de ciertos grupos o de la sociedad en general.

El segundo campo consiste en el compromiso que tiene el ser humano sobre su salud a partir de realizar prácticas saludables; evitar el consumo de sustancias dañinas para su salud; y cuestionar o prescindir de las acciones que puedan ser riesgosas o perjudiciales para su vida.

Sin embargo, este trabajo se centrará en el tercer campo porque la investigación es de carácter básico con la intención de explorar el tema de las cirugías estéticas para conocer: el estado de estas prácticas en las mujeres; cuáles son las circunstancias sociales o personales que las incentivan y analizar el impacto que generan sobre la salud física y psicológica. No obstante, el objeto de estudio también se analiza desde los otros dos campos.

Por otro lado, la visión de género permite incursionar en la identidad “femenina” atribuida a las mujeres a través de los estereotipos de género y de

belleza, y revisar con base en los géneros impuestos cómo los determinantes socio-culturales influyen sobre los cuerpos, los significados y las percepciones de las mujeres.

Por su parte, la perspectiva bioética permite abordar los dilemas éticos y bioéticos que las cirugías estéticas generan. En este sentido, provocan dilemas bioéticos por implicar una cuestión de maleficencia al producirse riesgos “innecesarios” en la salud o al ponerse en riesgo la vida, involucran problemas de beneficencia porque sólo después del servicio profesional y ético, al terminar la recuperación física y los cuidados especiales, se observan los resultados favorables; implican responsabilidades sobre el consentimiento informado ya que es necesario tener la información oportuna sobre los riesgos antes y después de la intervención y conllevan elementos discutibles acerca de la autonomía de las mujeres y los determinantes externos (socio-culturales, laborales, económicos, tecnológicos, etc.) que inciden en las cirugías estéticas. Así pues, los cuatro principios bioéticos (no maleficencia, beneficencia, información y autonomía), mencionados anteriormente, se determinan, complementan e interrelacionan. En este sentido, resulta necesario el enfoque bioético porque aporta elementos reflexivos en la investigación para abordar éticamente estos dilemas que surgen.

Debido a que no se ha hecho investigación sobre las cirugías estéticas desde la perspectiva de la Promoción de la Salud y dado que la información que existe es poca, es necesario realizar investigación exploratoria desde la metodología cualitativa porque permite tener una aproximación del fenómeno y del estudio de la subjetividad a partir de conocer las experiencias, las emociones, los significados, las creencias, las opiniones, las normas, los valores, etc. como constructos sociales y compartidos que determinan las acciones a través de “un proceso de interpretación”. De este modo, en la medida en que se conozca la subjetividad de las informantes a través de entrevistas en profundidad, se podrá entender cómo perciben los acontecimientos y fenómenos de forma abierta y flexible, y generar más conocimiento empírico.

Específicamente, el objetivo general de la investigación consistió en analizar el impacto de las cirugías estéticas sobre la salud física y psicológica de

mujeres jóvenes y maduras, para profundizar en las implicaciones éticas y morales de sus vivencias particulares antes y después de acudir a estas prácticas, así como los contenidos subjetivos de sus nociones de salud, belleza, “ser mujer” y percepción del cuerpo.

Para ello se realizó investigación documental y de campo, quedando el trabajo constituido de cinco apartados, de los cuales los tres primeros exponen el marco teórico del que se partió. En el capítulo I se abordan los conceptos de salud, salud física y psicológica, las emociones, la autoestima y el desarrollo cognitivo en la adultez temprana y media de la mujer. Se analiza el papel de la Promoción de la Salud como prácticas social y profesional, y como disciplina de estudio, así como la vinculación de éstas con la salud como proceso psico-social, para lo cual se retoman los conceptos de estilos de vida saludables y los determinantes de la salud como procesos multifactoriales y subjetivos que permean la salud. Se enfatiza en la salud de la mujer, la apariencia corporal y se hace una breve revisión de las Conferencias Mundiales de la Mujer, así como de la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* (1979).

En el capítulo II se explica la perspectiva bioética, sus características, su historia, su trascendencia en diversas disciplinas y la relación de dos de sus corrientes con las cirugías estéticas. La primera es el principalismo para identificar los principios bioéticos que son necesarios en la actuación de las mujeres al recurrir a las cirugías estéticas y la relación de estos con su salud; y también para describir el deber ético y profesional del cirujano plástico en el servicio proporcionado. La segunda son las éticas feministas para indagar en la autonomía de la mujer sobre su cuerpo y en las concepciones de “ser mujer”. También, se explican algunos aspectos históricos, conceptuales y deontológicos de las cirugías cosméticas; y se revisan las cuestiones éticas y morales de estos procedimientos. Por último, se analizan estas prácticas como un problema de salud y se mencionan algunas estadísticas relevantes actuales en México.

Después, en el capítulo III se indaga en el enfoque de género y en sus particularidades, como una visión que aborda, cuestiona y actúa en contra de los

estereotipos de género y de belleza, la violencia de género y el patriarcado. Se discute sobre la violencia de género implícita en las cirugías cosméticas; se explican las posturas teóricas (estudios de género, la antropología) e ideológicas (feminismo) de ciertas académicas feministas sobre estas prácticas, por una parte, las que las desaprueban al considerarlas riesgosas, normadas y de sometimiento del cuerpo de las mujeres ante lo hegemónico y, por otro lado, las que las conciben como una forma para ejercer el derecho sobre el propio cuerpo; y se revisan algunos significados acerca de la subjetividad de la mujer.

Posteriormente, en el capítulo IV se expone la metodología realizada en el trabajo de campo. Primeramente, se describen el enfoque metodológico cualitativo empleado; las características de la técnica de entrevista en profundidad; las particularidades del enfoque fenomenológico utilizado para el análisis de la información; y el nivel de alcance exploratorio del estudio. Después se detallan el planteamiento del problema (los objetivos general y específicos y las preguntas de investigación); la justificación del tema de estudio en el marco de la Promoción de la Salud; el enfoque centrado en la investigación básica; y los criterios usados para justificar el alcance. Finalmente, se explican el escenario y la población de estudio; el procedimiento para la recolección de la información (a través de tres fases); algunas sugerencias para llevar a cabo las entrevistas en profundidad; y la estrategia para determinar el número de entrevistas a realizar.

En el capítulo V se realiza el análisis de los datos. Se mencionan las características socio-demográficas y los datos sobre las cirugías estéticas realizadas por las 12 mujeres entrevistadas en la Ciudad de México y el Área Metropolitana; se explica el procedimiento de clasificación y procesamiento de la información recopilada en los testimonios; y, por último, se analizan los datos más significativos del estudio, primero dando una visión general de los mismos y después analizándolos en el mismo orden en que se presentan los rubros del guión de entrevista. Para ello, se crearon una serie de categorías analíticas con base en los testimonios de las informantes.

En el capítulo VI se presentan algunas consideraciones finales sobre el estudio efectuado, para lo cual se hace una valoración de los datos más

significativos; el alcance de los hallazgos para la perspectiva de la Promoción de la Salud, para el conocimiento, y para las mujeres en particular y la sociedad en general. Se discute el cumplimiento de los objetivos de la investigación. También, se realiza una autocrítica metodológica que considera el papel de la investigadora en la búsqueda de las informantes y en la aplicación de las entrevistas. Por último, se exponen algunas propuestas de investigación futura con base en las derivaciones del presente estudio.

Finalmente, en los siguientes apartados se presenta una sección de anexos que contiene los instrumentos utilizados para la selección de las informantes y la obtención de la información, y un glosario con los términos sobre las cirugías estéticas mencionadas por las entrevistadas, el cual se elaboró con base en la revisión bibliográfica.

## CAPÍTULO I. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA MUJER

Este capítulo se enfoca en el carácter instrumental de la Promoción de la Salud; específicamente, en su perspectiva interdisciplinaria para el abordaje de los problemas de la realidad social y en los enfoques de los modelos de estilos de vida y determinantes de la salud que servirán como marco para la presente investigación. Para ello, se analiza la percepción de la salud humana desde la Promoción de la Salud, abarcando la salud física y la psicológica. La Promoción de la Salud implica la intervención y la investigación sobre problemas en salud, cuestionar la forma en que ésta es pensada y asumir una visión holística de la salud para dirigir las acciones. Por lo cual, con base en los objetivos de la investigación, se enfatiza en la salud de las mujeres, analizando los determinantes psicológicos y socio-culturales que la influyen. En la última parte, se rescatan aspectos que se plantearon sobre la salud de la mujer y la discriminación en las Conferencias Mundiales de la Mujer y en la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*.

### I.1 Salud

El concepto de salud humana cambia a través del tiempo y lugar. Las diversas profesiones, perspectivas y posturas han fragmentado la salud humana porque se enfocan a un aspecto (un ejemplo es la medicina<sup>2</sup>, que se enfoca en la salud física), más que a analizar la diversidad en su significación y su vinculación con las prácticas humanas como se explicará más adelante en otros apartados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: “el completo estado de bienestar biológico, psicológico y social, y no sólo la ausencia de la enfermedad” (citada en Guzmán, Angulo, García y Gómez, 2012: 82). Definición que, por un lado, se reconoce que no se centra en la idea de la enfermedad, sino en la salud del individuo como ser bio-psico-social y, por otro lado, se critica por el hecho de ser una definición idealista al mencionar un “completo bienestar”, lo cual resulta inalcanzable, y por ser un concepto estático al

---

<sup>2</sup> Es necesario reconocer que la medicina, y demás profesiones enfocadas a un aspecto de la salud, no dejan de ser importantes al reducir la salud humana a un aspecto, pues han tenido aportes relevantes en su área (salud física, salud mental, salud sexual, etc.).

considerar la salud como un estado, pues la salud es un proceso cambiante y un discurso cultural y subjetivo (Guerrero y León, 2008). Lo cultural se refiere a que la noción de salud es una construcción socio-cultural con base en necesidades y transformaciones sociales, y lo subjetivo a que las significaciones se basan en ideas, experiencias y emociones de cada persona. También, se censuró la concepción estática de la salud de la OMS porque: “la salud es [...] algo dinámico y cambiante, es algo que puede ir alcanzándose o deteriorándose día a día debido a causas biológicas, a la influencia del medio ambiente o al estilo de vida” (Mayobre y Caruncho, 1998, citados en Padilla, Quintero y Velázquez, 2012: 14).

El sector salud, a partir de las iniciativas internacionales, ha modificado sus propuestas teóricas, esto se hace evidente cuando el Sistema Nacional de Salud (SNS) en México, modifica su concepción sobre la salud: “La salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, emocional, mental y social; determinado por factores no sólo biológicos, sino además por el contexto social, político y económico en que viven” (Padilla y col. 2012: 24). Concepción aceptada por la OMS en consonancia con los acuerdos de las conferencias internacionales dirigidas a las mujeres como El Cairo (1994), Beijing (1995) y las sucesivas. Sin embargo, por un lado, se le critica porque la percepción de salud sigue siendo utópica, al considerarla como “pleno bienestar”; por otro lado, se le reconoce que contemple el estado emocional y la influencia de determinantes no sólo biológicos, sino sociales, políticos y económicos.

La misma complejidad para conceptualizar provoca que la OMS presente otro concepto de salud en 1984: el alcance del que un individuo o grupo es capaz, por un lado, para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro lado, para cambiar o hacer frente al ambiente. Padilla *et al*, (*Ibíd.*: 14), mencionan que: “esta nueva definición superó algunas deficiencias de la anterior, ya que tiene un carácter más integrador al considerar la salud como algo dinámico, como un medio y no como un fin”.

Mientras que Gómez y Rabanaque (2000: 4) señalan que: “Desde el punto de vista del lenguaje humano, el término de salud ha sido considerado analogía de plenitud, totalidad o armonía [...] incluye, además, un cierto matiz subjetivo,

sensación de plenitud y bienestar, etc.". Estos aspectos se influyen, además, por determinantes socio-culturales, biológicos, psicológicos, éticos y morales.

La salud "[...] puede entenderse de formas diferentes, lo mismo pasa con el concepto de cuerpo, de enfermedad, de Promoción de la Salud. El significado de estos hechos lo construimos a partir de los referentes simbólicos que les atribuimos, tanto desde nosotros como sujetos, como desde nuestra cultura"<sup>3</sup> (Guzmán y col., 2012: 76). La salud es un concepto construido, una idea que ha ido cambiando a lo largo del tiempo, es decir, un proceso socio-cultural. Para Gálvez (citado en Gómez y Rabanaque, 2000: 3): "el concepto de salud comprende la idea, pensamiento o abstracción mental, teniendo en cuenta las circunstancias [...]".

Por su parte, Chapela y Contreras (2011: 59) sostienen que: "los cambios en los conceptos de vida humana, de muerte, de cuerpo, de medicina, etcétera, intervienen decisivamente en la concepción de lo que es la salud. Otros fenómenos sociales tienen un impacto semejante, como la lucha contra el *apartheid*, contra la homofobia, contra la discriminación hacia las mujeres [...]".

Otro aspecto importante de la salud, es en el ámbito legal. El derecho a la salud se refleja en varios instrumentos jurídicos nacionales, uno de ellos es la Ley General de Salud en México, que en su artículo 2º refiere a la protección de la salud y contempla de forma más general a la salud. En el plano internacional, se encuentra la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CETFDCM), el *Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC), etc., este último: "[...] reconoce el *derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental* [artículo 12] [...]" (Güezmes, 2014: 18).

En resumen, la salud humana tiene que ser considerada como un derecho humano de todos y todas, que sea integral, abarcando las dimensiones bio-psico-social y las necesidades humanas. El significado de salud es una construcción subjetiva, socio-cultural, histórica y dinámica que está permeado por factores

---

<sup>3</sup> Para Lagarde el término cultura se refiere "al contenido de la construcción histórica de los seres humanos, producto de la relación entre ellos mismos, en su acción sobre la naturaleza y sobre la sociedad" (Lagarde, 1990: 14).

internos (biológicos y subjetivos) y externos (estilos de vida, condiciones de vida, medio ambiente, etc.). Estas concepciones resaltan la forma de percibir la salud desde la Promoción de la Salud, para orientar la investigación y acciones futuras. Con base en los objetivos del estudio se abordará la salud física como algo más que mera ausencia de enfermedad, también se enfatizará en la salud psicológica sobre el aspecto de las emociones y lo subjetivo, y no en la parte de los trastornos mentales que más se relacionan con la salud mental. Sin ignorar la relación con la dimensión socio-cultural, pues permean la salud psicológica.

### I.1.1 Salud física.

El concepto de salud de la OMS comprende la salud física, la salud mental y la salud social. Este trabajo abordará la salud física<sup>4</sup> y, con mayor énfasis, la salud psicológica. Por salud física Yuste (1988: 7) concibe: “la ausencia de enfermedad en los individuos y el bienestar del cuerpo”. De esta manera, por salud física se entiende la ausencia de enfermedad, lesión, dolor, infección, hemorragias, hinchazón, traumas físicos, adormecimiento, pérdida de sensibilidad y disfunción de algún órgano del cuerpo que impacta en la esfera física de la salud de una persona.

La salud física también implica el buen funcionamiento fisiológico de células, tejidos, órganos y sistemas del cuerpo humano, así como correctos procesos biológicos, por ejemplo: la respiración, la circulación sanguínea y los sentidos. De esta manera, para Dee la fisiología (2009: 2): “[...] es el estudio del funcionamiento normal de un organismo vivo y las partes que lo componen, incluidos sus procesos químicos y físicos”. Lo cual forma parte de la salud física.

Hay factores internos (genéticos o mutaciones dentro del cuerpo humano) y externos (partículas volátiles y sustancias tóxicas) que influyen negativamente en el aspecto fisiológico de la salud física, estos últimos pueden ocasionar: alergias, irritaciones, mareos, dolores, manchas, fatiga, etc. Fox (2014: 2) señala que la

---

<sup>4</sup> Con base en la presente investigación se encontró que, por un lado, es limitada la información confiable que explique como tal el concepto y, por otro lado, los autores revisados la incluyen muy poco como parte del término de salud.

fisiología humana: “[...] es el estudio de cómo funciona el cuerpo humano, con énfasis en los mecanismos específicos causa y efecto”.

En suma, en este trabajo la salud física se entenderá más allá de la ausencia de enfermedades y dolencias físicas. Considerándola como la ausencia de un conjunto de alteraciones y sensaciones “negativas” en el organismo, las cuales pueden presentarse de diferentes formas y en distintas partes del cuerpo, cuyo origen no siempre se debe a bacterias, virus, sustancias químicas nocivas, contaminantes (en aire, agua, suelo), etc., sino que también pueden ser causadas por factores socio-culturales y económicos que determinan la cotidianidad, las condiciones y los estilos de vida de las personas.

### I.1.2 Salud psicológica.

Antes de abordar la salud psicológica, es relevante aclarar que se retoman definiciones de salud mental porque al realizar investigación documental los autores refieren más a ésta. Sin embargo, los conceptos expuestos de salud mental tienen relación con la salud psicológica, aunque en la investigación no se van a considerar como lo mismo, pues en el trabajo se abordarán las emociones, deseos, conductas, opiniones, etc., retomando estos elementos subjetivos de la salud psicológica, y no los trastornos mentales.

Para la OMS (citada en Sandoval, 2013: 5), la salud mental es el: “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales [...]”.

Por su parte, Sandoval (*Ibíd.*: 4) menciona que la salud mental: “está determinada por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, etc. [...]”.

#### I.1.2.1 Emociones

Las emociones son parte fundamental de la salud psicológica ya que pueden determinarla de forma favorable o perniciosa dependiendo de diferentes factores internos o externos. De este modo, Núñez y Ortiz (2010: 165) mencionan que la

emoción: “[...] incluye elementos experienciales, conductuales y fisiológicos, por medio de los cuales el individuo intenta lidiar con una cuestión o suceso personalmente significativo”. Por lo tanto, para ellas, las emociones juegan un papel importante para la salud, contribuyen a potenciar una conducta saludable; por el contrario, si son negativas son un riesgo para la salud.

Las emociones son diversas y dinámicas en cada persona a lo largo de su vida, éstas pueden ser la alegría, la tristeza, el odio y el temor. Raber y Dyck (1991: 15) definen a las emociones como: “[...] los sentimientos asociados a todos los acontecimientos y actividades de nuestras vidas diarias”. Al respecto, se desprende la “salud sentida” como un estado emocional.

En este estudio, el concepto “salud sentida”<sup>5</sup> es de interés porque alude a la subjetividad (emociones, opiniones y significados), la cual se describe como: “La interpretación que la persona hace de sus experiencias de salud y de sus estados precarios de salud en el contexto de la vida diaria. Este juicio se basa por lo general en la información y los conocimientos disponibles, modificados por la experiencia previa y las normas sociales y culturales” (Nutbeam, 1996: 401). También juegan un papel determinante la burla, los traumas psicológicos y las experiencias desagradables sobre la salud psicológica de las personas.

En resumen, la salud psicológica no sólo implica la ausencia de trastornos mentales en las personas, también abarca los aspectos cognitivos, afectivos o emocionales, conductuales y la subjetividad.

#### I.1.2.2 Autoestima

La autoestima es una parte relevante en la salud psicológica del ser humano y requiere su atención en el marco de la Promoción de la Salud, pues llega a ser determinada por factores externos<sup>6</sup>. El desarrollo favorable de la autoestima a lo largo de la vida depende de aspectos que empiezan desde la infancia como: la educación, el respeto, el apoyo, la afectividad, la independencia personal, y el reconocimiento de los logros por parte de la madre y el padre. Posteriormente, la

---

<sup>5</sup> Concepto y definición descrita en un glosario de Promoción de la Salud elaborado por Nutbeam Don como herramienta sujeta al análisis y mejora (Nutbeam, 1996).

<sup>6</sup> Más adelante se abordan.

realización personal y profesional, la independencia, la autonomía, la participación en diferentes ámbitos personales, también son elementos fundamentales de la autoestima (Perea, 2004).

El concepto de autoestima se refiere al: “Grado en que una persona valora la autopercepción de su propia imagen” (Nutbeam, 1996: 388). Esta valoración puede ser, por un lado, “positiva” o “negativa” dependiendo del estado emocional (felicidad o tristeza) y las causas que la produjeron; por otro lado, puede ser favorable o perjudicial en la salud psicológica.

Mientras que Perea (2004: 11) señala que la autoestima:

“[...] hace referencia a esa valoración positiva, a la imagen ideal de lo que a uno le gustaría ser. Cuando la imagen que uno tiene de sí y esa imagen real coincide con la imagen ideal de cómo le gustaría ser, estaremos hablando de autoestima positiva; en la medida que los logros o éxitos alcanzados por la persona responden a su nivel de aspiración ésta se sentirá más satisfecha consigo misma, aunque también conviene señalar que un nivel de aspiración excesivo puede llevar a una pérdida de autoestima y frustración”.

La autoestima se ve afectada cuando surgen experiencias desagradables. Tener alta autoestima favorece la salud psicológica y también brinda seguridad personal. De esta manera: “[...] una elevada autoestima proporciona a la persona un mayor grado de independencia que la capacita a su vez para elegir más libremente y adoptar decisiones libres relacionadas con la salud (por ejemplo, librarse de la presión de los compañeros)” (Nutbeam, 1996: 389). Sin embargo, la baja autoestima: “[...] es un factor de riesgo para la salud ya que ciertos estados de ansiedad, depresión, insomnio e incluso falta de defensa inmunológica se relacionan con la baja autoestima [...]” (Perea, 2004: 11). Los aspectos o conductas que también pueden influir de forma “negativa” sobre la autoestima pueden ser:

“[...] una actitud excesivamente crítica con uno mismo, excesiva sensibilidad a críticas externas, necesidad de la aprobación continua de los demás, la indecisión en las actuaciones por miedo a equivocarse, el decir siempre sí a todo por miedo a perder la estima de los demás, manifestar una tendencia negativa en la

interpretación de la realidad, tendencia a evaluar las situaciones de forma extremista [...]” (*Ibíd.*: 12).

El bienestar tiene relación con la autoestima ya que ésta se refiere como: “Valoración subjetiva del estado de salud que está más relacionada con sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a una comunidad mediante la integración social, que con el funcionamiento biológico” (Nutbeam, 1996: 389). No obstante, también se vincula con los aspectos físico y social.

### I.1.2.3 Desarrollo cognitivo en la adultez temprana y media de la mujer.

Las habilidades cognitivas permiten a las personas controlar sus decisiones sobre su salud, su cuerpo y su vida, así como la resolución de problemas (Nutbeam, 1996). Estas forman parte del desarrollo humano de las personas y se describen a continuación retomando sólo dos etapas.

La presente investigación abarcó dos ciclos de vida en la mujer, estos sirvieron de referencia para establecer dos rangos de edad para la selección de las informantes. Tales etapas intentan describir y entender la salud psicológica de la mujer considerando aspectos conductuales, emocionales y cognitivos que pueden estar determinados por factores externos. Así pues, la primera es la “adultez temprana”<sup>7</sup>, en esta fase, se llevan a cabo decisiones sobre la salud, las cuales pueden estar determinadas por estilos de vida, condiciones socio-culturales y ambientales, y por aspectos biológicos. Papalia, Wendkos y Duskin (2010: 424) refieren que: “La relación entre la conducta y la salud ilustra la interrelación entre los aspectos físicos, cognitivos y emocionales del desarrollo. Lo que las personas saben acerca de la salud influye en lo que hacen, y lo que hacen incide en cómo se sienten”.

Respecto al desarrollo cognitivo en la “adultez temprana”, de acuerdo con la teoría e investigación neopiagetana<sup>8</sup>, se observan dos formas de pensamiento. La primera se refiere al pensamiento reflexivo, el cual: “puede aparecer en la adultez,

---

<sup>7</sup> Comprende las edades entre los 20 y 40 años. También conocida como “juventud”.

<sup>8</sup> Nuevas formas de pensamiento en la adultez basadas en la teoría de Piaget (epistemólogo, lógico y pedagogo suizo) (Papalia *et al*, 2010).

involucra una evaluación activa continua de la información y las creencias a la luz de la evidencia y las consecuencias”. La segunda consiste en el pensamiento posformal, es el “tipo maduro de pensamiento que se basa en la experiencia subjetiva, la intuición y la lógica; es útil para lidiar con la ambigüedad, la incertidumbre, la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso” (*Ibíd.*: 436). Papalia y col. además, refieren que:

“El pensamiento inmaduro considera las cosas en blanco y negro (el bien contra el mal, intelecto contra sentimiento, mente contra cuerpo), mientras que el pensamiento posformal percibe matices grises. Igual que el pensamiento reflexivo, a menudo se desarrolla en respuestas a sucesos e interacciones que establecen formas no acostumbradas de ver las cosas y cuestionan una visión simple y polarizada del mundo”.

Los pensamientos reflexivo y posformal, situados en el aspecto cognitivo, permiten entender el posicionamiento y resolución ante problemas sociales.

El segundo ciclo de vida fue la adultez media (abarca entre los 40 y 65 años), también llamada edad madura. Surgen valoraciones diversas sobre cuándo empieza o termina esta fase de la vida, así como de los determinantes biológicos o sociales y tecnológicos que determinan la salud. Papalia y col. (*Ibíd.*: 484) señalan: “Aunque algunos cambios fisiológicos son resultado del envejecimiento biológico y la composición genética, factores conductuales y de estilos de vida arrastrados desde la juventud pueden afectar la probabilidad, momento y extensión de un cambio físico”.

Durante el desarrollo cognitivo de la adultez media, el pensamiento maduro representa una nueva etapa, es decir, “[...] una ‘forma especial de inteligencia’ (Sinnott, 1996, p. 361, citado en *Ibíd.*: 505) la base de las habilidades maduras de trato personal y contribuyen a lograr la solución de problemas prácticos”. Al respecto, se distinguen dos inteligencias, que Papalia y col. (*Ídem*) definen de la siguiente manera:

- “La inteligencia fluida es la capacidad de resolver problemas nuevos que requieren pocos conocimientos previos o ninguno [...] comprende percibir relaciones, formar conceptos y hacer inferencias [...].

- La inteligencia cristalizada es la capacidad para recordar y usar la información aprendida en la vida, como encontrar el sinónimo de una palabra [...] depende en gran medida de la educación y la cultura”.

El desarrollo del pensamiento maduro incorporado en las inteligencias permite generar diferentes soluciones y decisiones ante las situaciones cotidianas con base en las experiencias personales.

Respecto al pensamiento posformal en la adultez media: “los adultos maduros integran la lógica con la intención y la emoción, concilian ideas y hechos contradictorios y añaden nueva información a lo que ya sabe [...] En lugar de aceptar algo por lo que parece, lo filtran a través de su experiencia y aprendizaje de toda la vida” (*Ibíd.*: 507).

Papalia, Wendkos y Duskin (2010) establecen dos rangos de edad para las fases de la vida anteriormente mencionadas, pero en este estudio, la adultez “joven” abarcó de los 18 años a los 30 años y la adultez “madura” desde los 30 años y hasta los 60 años, generando así una clasificación relacionada con el inicio de la adultez en México (18 años).

En lo que se refiere a los aspectos afectivos y conductuales de los “adultos tempranos”, buscan establecer relaciones firmes, estables, cercanas y comprometidas. Papalia *et al*, (2010: 461) mencionan que: “las relaciones íntimas requieren de autoconciencia, empatía, capacidad para comunicar emociones, resolver conflictos y respetar los compromisos [...]”. Mientras que en la adultez media, las relaciones íntimas o sociales son un factor importante del bienestar, de salud y satisfacción, pero, por otro lado, pueden ser un factor de riesgo: “las relaciones también generan exigencias estresantes” (Lachman, 2004, citado en *Ibíd.*: 531).

## I.2 Promoción de la Salud.

Al existir distintas nociones de salud, hay diferentes maneras de entender y hacer Promoción de la Salud. Empecemos por mencionar que algunas disciplinas, así como la investigación, han dedicado esfuerzos preferentes a la enfermedad y atención a aspectos de la salud (física y mental). La perspectiva sobre salud

pública<sup>9</sup> más reciente se ocupa de identificar factores de riesgo de las enfermedades, planificar e implementar programas orientados a cambiar las conductas de las personas y, por tanto, disminuir los riesgos de enfermedad. Pocos estudios se han planteado cuestiones como ¿dónde se crea la salud?, ¿qué es lo que produce salud?, es decir, no se ha indagado mucho en factores que producen salud. La investigación epidemiológica<sup>10</sup> se enfoca en identificar factores que producen enfermedad. Aunque cabe mencionar que los campos antes mencionados han realizado grandes avances en investigación para disminuir los riesgos de enfermedad (Colomer y Álvarez-Dardet, 2000).

En opinión de quien esto escribe, la Promoción de la Salud difiere de las anteriores disciplinas en cuanto a las concepciones de salud e intervención, aunque tiene cierto conocimiento de dichas áreas para abordar el problema de salud. El interés de la Promoción de la Salud radica en: considerar los aspectos que promueven la salud (aun cuando se está sano); realizar una investigación interdisciplinaria (integrar varias disciplinas que, en una relación simétrica, dinámica e interactiva, conjugan perspectivas de análisis propias de cada una para enriquecer la mirada del objeto de estudio); y ser flexible para ser novedosa. Así, de acuerdo con Colomer y Álvarez-Dardet (*Ibíd.*: 31): “La investigación y la práctica de la promoción de la salud son necesariamente intersectoriales porque los determinantes de la salud son biológicos, psicológicos, emocionales y sociales [...]”.

Para Green y Kreuter (1991, citados en Restrepo, 2001: 43), Promoción de la Salud: “es una combinación de apoyos educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones que contribuyen a la salud”.

Algunos autores como Ashton, Seymour y Kickbusch (*Ídem*) consideran que la Promoción de la Salud es una función esencial de la salud pública, al pensarla

---

<sup>9</sup> “Campo del conocimiento y de la práctica sanitaria que incluye tres componentes” (Quevedo, citado en Harold y Sánchez, 2011: 37). El primero de ellos consiste en la epidemiología clínica, el segundo componente es una estructura y dinámica articulada de un conjunto de disciplinas que producen conocimiento en torno al proceso salud-enfermedad-atención, el último elemento, es la acción a partir de políticas públicas orientadas por el Estado y otras instituciones públicas.

<sup>10</sup> Disciplina que estudia la distribución de frecuencia de las enfermedades o eventos y fenómenos de salud en grupos sociales y los factores que influyen sobre la ocurrencia y variación de esta distribución (Colimon, 1990).

como la “nueva salud pública”, pero, una promotora o promotor de la salud ético difiere de esta idea, por muchas razones importantes, entre ellas: concibe a la salud en forma integral; la salud está determinada por factores socio-culturales, biológicos, políticos, económicos y ambientales; la salud es un derecho humano de todos y todas; la salud requiere de acciones en promoción más que de prevención; y la salud es responsabilidad intersectorial y multidisciplinar.

Es importante explicar brevemente la diferencia entre prevención y Promoción de la Salud, porque se han realizado acciones más de prevención, como en las disciplinas de salud pública y epidemiología o en el campo de la medicina preventiva, en nombre de la Promoción de la Salud, más que realmente de promoción; además, éstas se pueden igualar y confundir. De esta manera, Ferreira (1986, citado en Czeresnia, 2008: 54) explica la diferencia entre ambos términos: “[...] ‘prevenir’<sup>11</sup> tiene significado de ‘preparar; llegar antes de; disponer de manera que evite (daño, mal), impedir que se realice’”. Al respecto con esto, las acciones preventivas se definen como: “[...] intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia [...] Los proyectos de prevención y de educación en salud se estructuran mediante la divulgación de información científica y de recomendaciones normativas de cambio de hábitos” (*Ídem*).

Mientras que sobre el vocablo promoción y las acciones acordes a Promoción de la Salud se menciona que: “‘promover’<sup>12</sup> tiene el significado de dar impulso a: fomentar, originar, generar (Ferreira, 1986). Promoción de la salud se define, tradicionalmente, de manera más amplia que prevención, pues se refiere a medidas que ‘no se dirigen a una enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales’” (*Ídem*).

En consideración propia, y en relación con la mentalidad comercial prevalente socialmente, la idea falsa de Promoción de la Salud, o en su caso también la salud, se está convirtiendo en un bien de consumo de artefactos y prácticas, y es empaquetada, etiquetada y vendida o repartida en franquicias

---

<sup>11</sup> Comillas en el original.

<sup>12</sup> Comillas en el original.

mediante técnicas de publicidad. Por ello, es importante mencionar cinco principios fundamentales de la Promoción de la Salud, propuestos en un programa de Promoción de la Salud de la Oficina Regional para Europa, de la Organización Mundial de la Salud:

1. Se centra en la población en su conjunto en un contexto determinado.
2. Pretende influir en los determinantes de la salud.
3. Combina enfoques diversos que sean complementarios.
4. Se orienta específicamente a conseguir la participación concreta y específica de la población.
5. Los profesionales de salud deben desempeñar un papel de gran importancia en la defensa y facilitación de la salud.

De igual manera, señala cinco áreas temáticas:

1. Acceso a la salud.
2. Desarrollo de un entorno facilitador de la salud.
3. Refuerzo de las redes y apoyos sociales.
4. Promoción de los comportamientos positivos para la salud y de las estrategias de afrontamiento adecuadas (un objetivo esencial para la promoción de la salud).
5. Aumento de los conocimientos y difusión de la información relacionada con la salud (Kickbusch, 1996).

Los factores de riesgo más elegidos como centro de atención de la Promoción de la Salud han sido biológicos o del comportamiento, pero se han ignorado otros importantes que tienen más relación con la Promoción de la Salud, los cuales son: la pobreza; la discriminación; las malas condiciones de vivienda; la insuficiencia educativa, de atención médica y de recursos comunitarios; la falta de respeto a los derechos humanos; etc. (Milio, 1996).

La 77ª Conferencia Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública enunció seis estrategias para la Promoción de la Salud:

1. Garantizar el acceso a la información sobre salud;

2. Estimular el consenso acerca de aspectos particulares de la salud;
3. Iniciar la investigación como respaldo de la promoción de la salud;
4. Favorecer la participación de la población;
5. Defender la participación enérgica del sistema de salud (especialmente en lo que se refiere a los servicios de salud comunitarios); y
6. Coordinar las políticas intersectoriales (Epp, 1996).

Para Epp: “la promoción de la salud [...] comprende educación, formación, investigación, legislación, coordinación de políticas y desarrollo comunitario” (*Ibíd.*: 29) como disciplina, orientada a lo colectivo, pero también se enfoca a lo individual. Asimismo, menciona tres mecanismos intrínsecos de Promoción de la Salud que se describen por su relación con los estilos de vida, los determinantes de la salud y la autonomía de las personas con respeto a su salud. Estos son: 1) autocuidado, decisiones y acciones de las personas para favorecer su propia salud (realizar ejercicio físico con regularidad); 2) tendencias ejecutadas para el apoyo mutuo o comunitario (compartir experiencias, ideas e información sobre consecuencias negativas o favorables y apoyo emocional); y 3) la importancia de establecer entornos sociales que propicien la salud (la creación de políticas y prácticas para erradicar la violencia, la desigualdad, la contaminación, riesgos a la salud, etc.) (*Ídem*).

El objetivo central de las acciones de Promoción de la Salud: “[...] no se limita únicamente a proporcionar a los individuos los **conocimientos de salud**<sup>13</sup> y las **técnicas de toma de decisiones** necesarios, sino que supone también ofrecer a los individuos o comunidades una amplia gama de posibilidades entre las cuales poder elegir” (Nutbeam, citado en *Ibíd.*: 393).

Contemplar sólo la prevención para tener salud es insuficiente si no se consideran las condiciones o factores que pueden permearla. Papalia *et al* (2010: 424) mencionan que: “*No es suficiente*<sup>14</sup> tener información acerca de los buenos (y malos) hábitos de salud. Con frecuencia, la personalidad, las emociones y el

---

<sup>13</sup> Negritas en el original.

<sup>14</sup> Cursivas en el original.

entorno social pesan más que lo que las personas saben que deberían hacer y las conducen a una conducta poco saludable”. Por lo tanto, es necesario resaltar el papel de la Promoción para abordar la salud, la cual examina y considera los factores internos (biológicos, cognitivos y subjetivos) y externos (estilos de vida, aspectos económicos, laborales, ambientales, tecnológicos, educativos, sanitarios, etc.) para investigar, informar y ejecutar acciones.

La salud se ha medicalizado<sup>15</sup> por lo que se le relaciona más con el área de la medicina; asimismo, el sector sanitario se reduce a la atención preventiva de la enfermedad y la rehabilitación de los padecimientos físicos y mentales. Se necesitan buscar las causas o determinantes que influyen sobre la salud física y psicológica de las personas o la población. Ante esto en la Carta de Ottawa se menciona que: “El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. [...] La orientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria [...]” (Restrepo, 1996: 370).

En opinión de quien esto escribe, la Promoción de la Salud es entendida como un conjunto de prácticas diversas, de investigación, de cuestionar la forma en que la salud está siendo concebida y de tener una visión holística de la salud. Así como la relación de dilemas bioéticos con la salud humana<sup>16</sup>. Por lo que un promotor o promotora de la salud se apoya en perspectivas y técnicas de distintas áreas de estudio que coadyuvan a identificar y entender los problemas de salud, algunos de ellos poco cuestionados. Las acciones de la Promoción de la Salud se orientan hacia las personas (individual) y la población (comunitario). De este modo, su análisis contempla los estilos de vida, y los determinantes de la salud que influyen en la salud humana. Estos aspectos se explicarán más adelante.

---

<sup>15</sup> Término que se refiere como: “El proceso que trata las funciones corporales normales o las cuestiones sociales como problemas que requieren una solución médica. [...] por ejemplo las relaciones familiares, los nacimientos y el desarrollo infantil, y el comportamiento sexual” (Nutbeam, 1996: 397).

<sup>16</sup> Aspecto que se abordará en el siguiente capítulo.

### I.2.1 Campos de acción de la Promoción de la Salud.

Resulta necesario explicar los tres campos de acción de la Promoción de la Salud, a saber: 1) como práctica profesional; 2) como práctica social y 3) como disciplina de estudio, aunque anteriormente se hayan descrito algunos aspectos que les conciernen. El primer campo tiene que ver con la práctica profesional del promotor o promotora de la salud, lo cual implica asumir una postura ética, humanista, crítica y científica para desarrollar sus actitudes, habilidades y conocimientos adquiridos durante su formación académica (prospectiva, interdisciplinaria y holística) para abordar distintos problemas de salud de tipo socio-cultural, tecnológico y científico, sanitario, ambiental, nutricional, de conducta, entre otros, en diversas poblaciones (niños, mujeres, hombres, adultos mayores, personas sexualmente diversas y con necesidades especiales, entre otras) y en diferentes contextos sociales e institucionales (rural, urbano, hospitalario, académico, laboral, entre otros).

El segundo campo, de la práctica social, se refiere a la responsabilidad individual, grupal y colectiva que la población tiene sobre su salud mediante la realización de una serie de actividades o conductas para, por ejemplo, llevar a cabo estilos de vida saludables, como una alimentación balanceada; practicar actividad física; ejecutar hábitos de higiene; evitar el consumo de bebidas o sustancias dañinas para la salud y la vida; recurrir a las pruebas de laboratorio y a los estudios para prevenir futuras enfermedades; etc.

Por último, el campo de la disciplina de estudio, que consiste en la investigación básica con el propósito de visualizar y explorar una diversidad de temas emergentes para conocer su impacto sobre la salud (física, psicológica, sexual, etc.) y cómo se comporta el fenómeno en cuestión en cierto grupo o sociedad, lo cual implica aportar evidencia empírica para generar más conocimiento sobre el tema analizado y su articulación con la disciplina de la Promoción de la Salud (López y Col., 2018). Además, con base en los datos obtenidos del estudio, este campo genera reflexión crítica; permite abordar, desarrollar, apoyar o refutar teorías, enfoques e ideologías; y generar ideas o propuestas futuras para realizar investigación aplicada y de otro tipo. Para llevar a

cabo el estudio se puede utilizar un enfoque metodológico cualitativo, cuantitativo o mixto y elegir entre las diferentes técnicas para la obtención de la información (entrevistas en profundidad, estudios de caso, etnografías, cuestionarios, diseños experimentales y no experimentales, etc.), dependiendo los objetivos del mismo. El presente estudio se inserta en este campo de acción, aunque también se sugieren acciones para el primero y se analizan cuestiones del segundo.

### I.2.2 Enfoques de la Promoción de la Salud.

En este trabajo se reconoce que la Promoción de la Salud es interdisciplinaria porque integra varias disciplinas que favorecen el análisis de los problemas de salud y los aspectos que intervienen en la misma. Asimismo, se considera que la salud está determinada por factores biológicos, socio-culturales, psicológicos, tecnológicos, sanitarios, ambientales, entre otros; por ello, se emplean las perspectivas bioética y de género en el marco de los estilos de vida y determinantes de la salud como modelos de la Promoción de la Salud para la realización del presente trabajo. Éstos se comentan a continuación.

Un aspecto relevante de la Promoción de la Salud es su carácter instrumental, el cual consiste en promover estilos de vida saludables, abordar los factores de riesgo e impulsar políticas para la mejora de los servicios públicos (Carmona, Rozo y Mogollón, 2005).

#### I.2.2.1 Estilos de vida saludables.

El término de estilos de vida se ha vinculado como un modelo de Promoción de la Salud, como un proceso social en que las personas las identifican como prácticas saludables de salud. Al respecto, la decisión saludable se entiende como: “[...] la elección que realizan los individuos o las comunidades entre las alternativas a su alcance con miras a fomentar la salud. Estas opciones se ven limitadas inevitablemente por el entorno global” (Nutbeam, 1996: 393).

Sólo a manera de retomar la noción de salud humana y sus determinantes, se alude a la publicación federal en Canadá en el año de 1974 nombrada “*A New Perspective on the Health of the Canadians*” (Una nueva perspectiva acerca de la

salud de los canadienses), la cual señaló que: “[...] la salud de las personas depende de muchos factores: la biología humana, el estilo de vida, la organización de la atención de salud y los entornos físicos y sociales que rodean [...]” (Epp, citado en *Ibíd.*: 26). A esto también se le suma el factor cultural.

Para Lalonde, la noción de estilo de vida (citado en *Ibíd.*: 4) se refiere al: “[...] conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control”. De esta manera, tales acciones pueden favorecer la salud física y psicológica o bien convertirse en hábitos perniciosos de riesgo contra la salud y la vida. Por tanto: “El modo de vida de una persona puede dar lugar a patrones de conducta que son beneficiosos o perjudiciales para la salud” (Nutbeam, citado en *Ibíd.*: 387). Las acciones de la Promoción de la Salud se dirigen en lo individual (estilos de vida, significados moralmente compartidos) y también hacia los factores externos (socio-culturales, ambientales, etc.) que permean la salud.

Por su parte, Salgado y Reyes (2014: 273) mencionan que los estilos de vida: “[...] pueden actuar como factores protectores o poner a las personas en riesgo de desarrollar enfermedades”. Para quien esto escribe, los estilos de vida están determinados por la representación social del género en el contexto socio-cultural y económico de vida de las personas. Asimismo, los estilos de vida son socio-culturalmente diferentes en las mujeres y los hombres, lo que influye positiva o negativamente su salud. Por ello, es necesario considerar la perspectiva de género para analizar la relación entre la identidad y el rol de género “femenino” y, los estilos de vida y la salud.

Otro punto a resaltar es, como bien señalan Salgado y Reyes (*Ibíd.*: 284), que: “[...] los estilos de vida han desempeñado un papel importante por medio de intervenciones preventivas”, y no de Promoción de la Salud, pues esta última enfoca sus acciones para analizar los determinantes socio-culturales, económicos, tecnológicos, sanitarios, educativos y políticos que influyen en los estilos de vida y que afectan la salud de las personas. Para Buck (1996: 10) es posible llevar a cabo estilos de vida saludables: “[...] cuando se cuenta con los conocimientos, las oportunidades y la voluntad de hacerlo”.

Los estilos de vida tienen relación con los procesos de socialización, es decir, con modelos de conducta reproducidos por las personas, cuyas figuras representativas pueden ser la familia, las amistades, o por la influencia de los medios de comunicación, la escuela, el entorno socio-cultural, entre otros. Así pues, la noción de estilo de vida se usa:

“[...] para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre **las condiciones de vida**<sup>17</sup>, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales. [...] se suelen considerar en el contexto de las experiencias individuales y colectivas, así como en relación con las condiciones de vida” (Nutbeam, citado en *Ibíd.*: 387).

La libertad de decisión en los estilos de vida conlleva asumir responsabilidad de las acciones, es decir, la reflexión sobre los contras de tales decisiones (Basurto y Vergara, 2011). Ello no implica culpar a las personas de sus actos y su estado de salud porque intervienen los determinantes de la salud. En este sentido, Basurto y Vergara, (*Ibíd.*: 227) señalan que: “[...] existen importantes diferencias en el estado de salud de las personas según distintos atributos socioeconómicos, sociodemográficos, geográficos, étnicos o de género”.

En síntesis, los estilos de vida no están aislados de la subjetividad y del contexto o entramado socio-cultural. La opinión de tener un estado único de salud es subjetivo y dinámico al igual que los estilos de vida saludables. De esta manera, Nutbeam (1996: 387) señala que: “[...] así como no existe un estado ideal de salud, no hay tampoco estilos de vida prescritos como ‘óptimos’<sup>18</sup> para todo el mundo”. Así, la forma de vida es reflejo de lo social en lo individual, incluye creencias y comportamientos en relación con la alimentación, el consumo de sustancias dañinas al organismo, la actividad física, la sexualidad, la autoestima, las emociones, el estrés y al entorno físico (Basurto y Vergara, 2011).

---

<sup>17</sup> Negritas en el original.

<sup>18</sup> Comillas en el original.

### I.2.2.2 Determinantes de la salud.

La Promoción de la Salud considera los factores que influyen en la salud, los cuales están interrelacionados, abarcando los aspectos biológicos, los estilos de vida, el acceso a servicios sanitarios, los entornos ambientales y socio-culturales, y el uso de la tecnología (Martínez, 1998). Tales factores son relevantes en el marco de la Promoción de la Salud para entender los problemas o fenómenos sociales que afectan la salud integral humana, en este caso en la mujer; por ello, se retoman en este estudio. En relación con lo anterior, los determinantes de la salud se definen como un: “Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el *estado de salud*<sup>19</sup> de los individuos o poblaciones” (Nutbeam, 1998:16).

Los determinantes influyen o reinciden en la toma de decisiones y, por ende, en los estilos de vida. Al respecto, los determinantes de la salud están vinculados con el plano de las personas y el plano de lo social de la bioética (Hottois, 2011). El primer plano porque analiza las implicaciones éticas, morales y de salud de las prácticas y los comportamientos. El segundo debido a que un problema de salud comprende diversos aspectos sociales determinantes para su reflexión.

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud efectuada en Ottawa, 1986 se orientó en los determinantes de la salud (*Ídem*). Después se realizó la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Bogotá, 1992, a la que México acudió junto a otros países de América Latina para plantear compromisos de Promoción de la Salud. En relación con lo anterior, algunos compromisos afines con el presente estudio son: 1) impulsar el concepto de la salud determinado por los determinantes de la salud; 2) incentivar políticas públicas hacia la equidad y la creación de ambientes y opciones favorables; 3) eliminar la inequidad sobre la mujer; y 4) el desarrollo de la investigación en Promoción de la Salud divulgando el conocimiento resultante (*Ídem*).

---

<sup>19</sup> Cursivas en el original.

Los factores de salud pueden resultar “a favor” o “en contra”, por ello el objetivo de la Promoción de la Salud es hacer que esas condiciones sean favorables para la salud (*Ídem*). No obstante, algunas disciplinas, como la medicina, responsabilizan o culpan a las personas por su estado deteriorado (físico) de salud y las conciben como víctimas, enfocándose sólo en las conductas o estilos de vida. De esta manera, la noción de culpabilización de la víctima alude a:

“[...] la creencia de que la responsabilidad de la salud y los problemas de salud recaen principalmente, si no exclusivamente, sobre el individuo, menospreciando la influencia de los **entornos físico, social y económico**<sup>20</sup>, y las limitaciones que estos factores imponen sobre **estilos saludables de vida**” (Nutbeam, citado en *Ibíd.*: 392).

Los significados de los factores externos son los siguientes: 1) socio-culturales, tienen que ver con los aspectos ideológicos o creencias compartidas de cada persona dependiendo de las costumbres; 2) ambientales, incluyen a todos aquellos factores externos que pueden dañar la salud, por ejemplo: la contaminación (del aire, del agua, del suelo, el ruido y lo visual), los accidentes, la violencia social, etc. (*Ídem*); 3) laborales, implican las condiciones, sustancias y conductas saludables y de riesgo a la salud de las personas (*Ídem*); 4) económicos, se relacionan con situaciones de empleo, desempleo, la falta de ingresos monetarios y con altos precios en productos y servicios relacionados con la salud (*Ídem*); 5) educativos, se vinculan con la falta de información real, precisa y oportuna sobre aspectos relevantes de la salud; 6) políticos, tienen que ver con la carencia de programas y normas orientadas a los temas de salud, así como el acceso a los servicios de salud integral como un derecho constitucional; 7) sanitarios, se describen como la falta de legislación, vigilancia y normatividad de procedimientos médicos, quirúrgicos, tratamientos medicinales y cosméticos y de salubridad alimentaria; y 8) tecnológicos, estos se relacionan con los perjuicios que ocasionan a la salud de diferentes maneras más que producir resultados favorables. Sobre esto, la bioética cuestiona los factores que pueden repercutir

---

<sup>20</sup> Negritas en el original.

perjudicialmente en la salud y la vida, mediante la discusión de las decisiones morales, la falta de ética profesional, los avances tecnológicos, las prácticas corporales (por mencionar algunos) y sus implicaciones negativas.

Así pues, por un lado, la salud humana no sólo abarca la parte física del cuerpo ni depende únicamente de la medicina a través de sus diferentes tratamientos como: medicación, rehabilitación, quimioterapia, diálisis, operación quirúrgica para combatir alguna enfermedad. La salud es dinámica y cotidiana, es decir, está determinada por diferentes situaciones externas, ideologías y opiniones. Por otro lado, el objetivo de la Promoción de la Salud no:

“[...] se ocupa solo de promover el desarrollo de las **habilidades personales**<sup>21</sup> y la capacidad de la persona para influir sobre los factores que determinan la salud, sino que también incluye la intervención sobre el entorno para reforzar tanto aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables como para modificar aquellos otros factores que impiden ponerlos en práctica” (*Ibíd.*: 385).

### I.3 Salud de la mujer.

Debido a que en esta investigación se enfatiza en la mujer, es relevante señalar aquellos aspectos que determinan su salud de manera favorable o perjudicial. Al respecto, a continuación se abordan la salud y la apariencia física (socio-cultural) de la mujer.

La salud de una mujer y un hombre tienen la misma importancia constitucional, pero socio-culturalmente se ha diferenciado y desvalorado con base en la condición biológica. De este modo, por un lado, mientras en México se da más atención o divulgación de información, campañas y programas sobre la salud de la mujer que en la salud integral del hombre, por otro lado, las acciones hacia la salud de la mujer no contemplan los determinantes socio-culturales, económicos, políticos, educativos, laborales, ambientales, sólo incluyen los aspectos biológico y de conducta (estilos de vida y cognitivos). Por tanto, algunos autores refieren que la salud de la mujer y del hombre es diferente por una cuestión biológica y que hay una desigualdad en salud no sólo por “ser mujer”,

---

<sup>21</sup> Negritas en el original.

sino al ser indígena, ser de bajos recursos económicos, tener una edad mayor o elegir una preferencia sexual diversa. En lo que se refiere al “ser mujer” (tema que atañe al presente estudio), la salud de la mujer se relaciona con los estereotipos de género y de belleza, los cuales la sujetan socialmente como un ser para el cuidado de los otros (hijos, pareja, hermanos, etc.) o placer para la pareja o los hombres. Ante el desgaste físico, psicológico y el descuido de su propia salud, ésta se puede ver perjudicada. Así, para Blazquez (2014: 152-153):

“La salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos<sup>22</sup> (genéticos y fisiológicos) que se manifiestan de forma distinta en la salud y en la enfermedad. Desigual porque hay otros factores explicados por el género, que influyen de una manera injusta en la salud de las personas, sobre todo cuando se relaciona con otras categorías como la clase social, la etnia, la edad o la preferencia sexual”.

La cita anterior también hace referencia a la forma en que se conceptualiza a la mujer o al hombre en las sociedades en que vivimos. Aunado a esto, se agrega la apariencia física de las mujeres, la cual está determinada y relacionada con la idea de que la salud es igual a tener una apariencia joven, delgada y atractiva, y vinculada con la edad. Como afirma Turabián (1992: 153): “la salud de la mujer está inevitablemente conectada con el lugar de la mujer en la sociedad”.

Hacer mayor hincapié en la salud de la mujer no significa que la salud del hombre sea menos importante, sino que no hay que generalizarlas por igual. Al respecto, Levine, Glassman y Schneidman (2001: 11) mencionan que: “En los ámbitos de la medicina y de la salud pública los problemas de salud de la mujer y del hombre siempre se han tratado como si fuesen iguales, aunque existen importantes diferencias biológicas y fisiológicas que deben tenerse en cuenta al identificar las intervenciones apropiadas”, asimismo es necesario considerar las diferencias socio-culturales que se hacen por cuestiones de género.

---

<sup>22</sup> “[...] cromosomas, los órganos sexuales internos y externos, la distribución de las hormonas y los caracteres sexuales secundarios” (Dieterlen, 2014:167).

### I.3.1 La apariencia corporal y la salud.

La apariencia física o la imagen corporal<sup>23</sup> es otro aspecto importante en la salud de las mujeres, la cual repercute en la percepción y valoración de su salud, por un lado, realizando prácticas para conservarla y, por otro lado, adoptando estilos de vida “saludables”, que pueden ser conductas, actitudes y creencias amenazantes a la salud. De esta manera, la imagen percibida surge: “[...] a través de su actuación en diversos contextos como es el ámbito social, profesional, familiar, ético-moral” (Perea, 2004: 12).

Lagarde (1990:48) señala que: “el sinfín de actividades, trabajos, sentimientos y formas de vida de las mujeres han sido definidos históricamente como producto de sus cualidades naturales, biológicas” reducidas a su sexualidad de ser mujer. Por tanto: “las mujeres tienen problemas particulares que afectan su salud, tales como: el desgaste por la responsabilidad de la crianza de los hijos, el desempleo, el acoso sexual, la violencia intrafamiliar y laboral; todas estas situaciones afectan su salud física y psicológica” (Buendía, 1998, citado en Vergés, Allen, Salazar y Name, 2000: 15). Aunado a esto, los estereotipos de género también influyen en la salud de las mujeres, provocando un impacto en su salud psicológica. Los medios de comunicación y la publicidad, reproducen imágenes degradantes y humillantes del cuerpo de la mujer. En este sentido, Bernard (2010: 189) expresa que: “la industria de la moda y la belleza a través de los medios de comunicación, ha contribuido a la obsesión por el culto al cuerpo y la fijación de estereotipos que presentan un modelo de mujer con unos cánones de belleza muy concretos: joven, bella y muy delgada”. Se refuerzan mensajes explícitos e implícitos a través de la reproducción masiva de estereotipos de belleza hegemónicos y diversas formas que discriminan el cuerpo de las mujeres, considerados “imperfectos”, “anormales” y “feos”, generando violencia de género hacia las mujeres, tanto simbólica, como psicológica y sexual, donde el cuerpo de la mujer se concibe como mero objeto de belleza, ente de mercancía en uso y desuso, causando un rechazo al cuerpo y una baja autoestima en las mujeres por

---

<sup>23</sup> “Es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo” (Slade, 1994, citado en Baile, 2003: 7).

no corresponder a los cánones de belleza o estar socialmente desdibujadas. Al respecto, Limón (2004: 71) señala que: “La publicidad no se limita a informar sobre determinados productos, sino que transmite implícitamente «formas de ser, de estar y de actuar», «crea estereotipos de cómo debe ser la figura de la mujer a comienzos de este milenio, crea moda...»”.

Así pues, el autoconcepto se describe como:

“[...] la imagen que uno tiene de sí mismo, independientemente de la valoración personal. Cuando pedimos a alguien que haga una descripción de sí, que manifieste aquellas cualidades o notas que le caracterizan de forma individual, nos mostrará una representación mental de cómo se percibe a sí mismo; alto, rubio, grueso, simpático, etc., ello no significa que estas cualidades o atributos sean de su agrado, que le gusten o no” (Perea, 2004: 11).

Sobre lo anterior, puede resultar que las personas quieran recurrir a tratamientos o prácticas quirúrgicas corporales para modificar su aspecto físico percibido como obeso, con sobrepeso, “envejecido” o no “atractivo”.

En resumen, la salud de la mujer como un derecho constitucional, debe ser considerada en su totalidad (no sólo la física) y no meramente abarcar los aspectos biológicos y de conducta, sino también los determinantes psicológicos, socio-culturales, políticos, económicos, laborales que la influyen favorable o perniciosamente, como por ejemplo; la discriminación social por “ser mujer” y la violencia de género (física, psicológica, sexual, reproductiva, laboral, etc.).

### I.3.2 Conferencias Mundiales de la Mujer.

En este punto se mencionan brevemente algunas conferencias mundiales dirigidas a garantizar los derechos humanos específicos de las mujeres, para rescatar elementos abordados sobre la salud y algunas cuestiones de discriminación hacia las mismas; también, porque en México se deben implementar acciones, instrumentos jurídicos, etc., que coadyuven en los puntos tratados en las conferencias, o bien elaborar programas de información, de reflexión ética o de acción relacionados con las cirugías estéticas.

En seguida se resumen los puntos claves de las conferencias que abordaron algunas problemáticas de interés para esta investigación:

La Primera Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, efectuada en México del 19 de junio al 2 de julio de 1975, estuvo enfocada a eliminar la discriminación de género, la subordinación y la exclusión. En tal conferencia se concluyó que la discriminación hacia las mujeres es incompatible con la dignidad humana, lo cual constituye un obstáculo para el pleno desarrollo de las mujeres (UNIFEM, 2005).

La Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer, desarrollada en Nairobi en 1985, reconoció que la cuestión de género no es algo aislado, sino que abarca todos los ámbitos de la vida: salud, educación, empleo, industria, comunicaciones, medio ambiente, etc. Además, se reconoció que existen diversas formas de violencias hacia las mujeres en la vida cotidiana de todas las sociedades (Instituto de Hegoa, 2015).

La Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, realizada en Beijing, China, del 4 al 15 de septiembre de 1995, señaló la importancia de prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, así como defender los derechos y la dignidad humana personal de las mujeres a través de varios instrumentos internacionales de derechos humanos, como es la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* (ONU, 1996).

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos se llevó a cabo en Viena, Austria, del 14 al 25 de junio de 1993. La declaración reafirmó el compromiso para que los Estados cumplan sus obligaciones de promover el respeto universal, y la observancia y protección de todos los derechos humanos. Reconoció que las esferas médica y tecnológica pueden tener consecuencias adversas para la integridad, la dignidad y los derechos humanos, así como tipos de violencias fundadas en prácticas de discriminación contra la mujer, por ello solicitó la cooperación internacional para velar por el pleno respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas (UNIFEM, 2005).

### I.3.3 *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979).*

La *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CETFDICM o también conocida por sus siglas en inglés CEDAW), de 1979, es un tratado internacional de derechos humanos que protege los derechos y libertades fundamentales de las mujeres, también compromete a los Estados parte a cumplir una serie de obligaciones (UNIFEM, 2008). Tal convenio nos da elementos para entender la desigualdad de la mujer. Esta declaración define la discriminación hacia la mujer como:

“[...] toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad de hombre y mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera” (León, citado en Hernández, 2007: 66).

Respecto a la salud de la mujer, Güezmes (2014: 19) menciona que en la misma CEDAW se enfatiza: “El derecho de las mujeres a gozar de salud integral a lo largo de todo su ciclo vital es así un derecho humano universal. La salud integral responde a factores biopsicosociales y depende del lugar que las mujeres ocupan en la sociedad, [...] con igualdad de oportunidades, exenta de discriminación y de violencias”. Actualmente, hay 187 países que han ratificado la CEDAW, incluido México. Se destaca que no basta con la igualdad formal o de derecho; no es suficiente con que las leyes, políticas públicas, planes y acciones gubernamentales aseguren la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Los Estados están obligados a hacer más; se requieren medidas temporales o de acción afirmativa para eliminar las desigualdades, la discriminación y la violencia contra las mujeres.

La salud de las mujeres es determinada por causas biológicas y psicológicas y ante situaciones socio-culturales, económicas, etc., que influyen en las decisiones que se toman respecto a la salud. Por lo cual, el siguiente capítulo, incorpora la perspectiva bioética retomando aspectos éticos para analizar y comprender las prácticas que llevan a cabo las personas, como es el caso de las

cirugías estéticas. Ante el incremento de estos procedimientos estéticos, es necesario generar reflexiones éticas pues, como toda cirugía, implica riesgos en la salud física cuando hay falta de información confiable y una inadecuada intervención del cirujano plástico.

## CAPÍTULO II. BIOÉTICA Y CIRUGÍAS ESTÉTICAS

En este capítulo se aborda la perspectiva bioética para analizar el impacto de las cirugías estéticas<sup>24</sup> sobre la salud en las mujeres. Se exploran diversas corrientes de la bioética y se enfatiza en dos en particular, la primera es el principalismo, la cual examina cuatro principios éticos que rigen el actuar de los o las solicitantes de las cirugías estéticas y de los o las profesionistas en general, en este caso el cirujano plástico; la segunda son las llamadas éticas feministas, las cuales indagan en el significado de “ser mujer” y algunas consideraciones sobre el cuerpo.

También, se describe brevemente la historia e implicaciones conceptuales y deontológicas de las cirugías estéticas y su vinculación con la bioética; se discuten las implicaciones éticas y morales de las decisiones de las mujeres sobre esas cirugías y, por último, se analizan esas prácticas estéticas como un problema de salud en México. Para ello, se abarcan algunos puntos que se describen en el perfil de egresada en Promoción de la Salud desde una perspectiva ética para referir los principios bioéticos y su relación con las cirugías estéticas en las mujeres y con la deontología profesional del cirujano plástico.

### II.1 La perspectiva bioética.

En este apartado se explicará el concepto de bioética, su surgimiento, sus usos y aplicaciones, así como los problemas que aborda en diferentes disciplinas y planos.

La medicina científica siempre ha estado vinculada con la experimentación, por lo que la era de la medicina experimental empieza en el siglo XIX. Al respecto, se ha afirmado: “La historia de la experimentación médica con sujetos humanos en el siglo XIX conoció serios abusos de índole ética. No obstante, para comprender el nacimiento de la bioética, podemos comenzar nuestra historia con los horrores de los experimentos realizados por los científicos de la época nazi” (Sánchez, 2004: 129). Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, se impidió que situaciones

---

<sup>24</sup> Se utilizan los términos cirugía estética y cirugía cosmética como sinónimos para no cansar al lector o lectora.

semejantes y perjudiciales con seres humanos se repitieran. Es así como surge el Código de Núremberg (1946-1976). Éste implementó la formulación de normas más precisas para proteger la integridad de los seres humanos en la experimentación biomédica. Después, las declaraciones de Helsinki (1964) y de la Asociación Médica Mundial (1946) han protegido los derechos de todas las personas en materia de la investigación (*Ídem*).

El Código de Núremberg (1946-1976) es un documento que precisa las condiciones de la experimentación en seres humanos, bajo el espíritu de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). De dicho documento emana el principio fundamental de la investigación humana, “el consentimiento voluntario”, disposición esencial, sin el cual no procede ninguna experimentación o tratamiento en humanos, hoy se le conoce bajo el nombre de “consentimiento informado” (Kraus y Cabral, 1999). Las finalidades del consentimiento informado son: la protección de las personas que están siendo investigadas con medicamentos o procedimientos quirúrgicos; proporcionar información adecuada y completa a la persona de estudio; consentimiento del paciente mediante la firma de un documento especial; el respeto de la metodología científica más avanzada; una evaluación de los riesgos implicados, en relación con los beneficios esperados; y la reversibilidad de los daños eventuales (Hottois, 2011). Así, el consentimiento informado: “[...] consiste en una decisión de participar en una investigación, tomada por un individuo competente que ha recibido la información necesaria, la ha comprendido adecuadamente y, después de considerar la información, ha llegado a una decisión sin haber sido sometido a coerción, intimidación ni a influencias o incentivos indebidos” (Sánchez, 2004: 133). Dicho consentimiento protege y respeta la autonomía de las personas.

El Código de Núremberg surgió como respuesta ética para demarcar los derechos de los pacientes cuando están siendo sujetos de investigación. Algunos derechos que emanaron son: 1) el derecho de participar o no en protocolos de investigación, para proteger a los enfermos; 2) el derecho a la privacidad. El médico debe mantener la confidencialidad del paciente, sólo puede compartirlo con otros profesionales en medicina o en salud, que tampoco podrán difundirlo, los

pacientes deben tener acceso a los expedientes médicos; 3) el derecho a no aceptar tratamiento, aprobar o rechazar procedimientos; y 4) el derecho a la información clara y oportuna sobre su enfermedad y tratamiento. El uso de estos derechos permite a los pacientes participar en el proceso de salud-enfermedad-atención (Kraus y Cabral, 1999). La Declaración de Helsinki (1946) integra estos principios. Además, propuso por primera vez la creación de comités de ética en todos los hospitales en los que se llevan a cabo investigaciones en seres humanos (Organización Panamericana de la Salud, 1990).

La bioética emerge desde diferentes puntos de partida. Con la aparición de nuevos recursos terapéuticos como la anestesia o los antibióticos que brindan al paciente nuevas y mejores oportunidades para su salud. Además, el desarrollo industrial, el crecimiento poblacional, los riesgos ambientales, influyeron para que el ingeniero forestal Aldo Leopoldo publicara el libro *La tierra ética, un sonido del condado almanaque*, en 1946. Libro que enfatizaba en: “[...] la preocupación de profesionistas no médicos de la responsabilidad sobre la salud y la vida [...] (Hernández, 2002: 17) de todos los seres vivos sobre la tierra.

El término bioética fue introducido en 1971 por Van Renselaer Potter<sup>25</sup> en un artículo titulado “Bioética, la ciencia de la supervivencia”, en el que escribió: “La humanidad necesita urgentemente una nueva sabiduría que le proporcione el ‘conocimiento de cómo usar el conocimiento’ para la supervivencia del hombre y la mejoría de su calidad de vida” (Kraus y Pérez, 2007: 25). La bioética nace en ese año debido a que surge en una sociedad posmoderna en donde “todo se vale”, en la que la vida se ha medicalizado por términos médicos y hay una mayor manipulación de la tecnología referente al genoma humano. El progreso tecnológico siempre implica un riesgo para la humanidad, además surgen implicaciones morales y éticas. Sobre esto, González (2007: 19) refiere que: “El uso del saber y del poder tecnocientífico ha de ser, ciertamente, *ético, no sólo eficaz; no ha de tener un mero valor técnico, económico y político, sino ético y*

---

<sup>25</sup> Bioquímico estadounidense con preocupaciones humanistas.

*socia*<sup>26</sup>. Ha de ser resultado de la búsqueda en común de consensos, de la liberación conjunta, de las decisiones compartidas”.

Posteriormente, en la década de los ochenta del siglo pasado la bioética se fue extendiendo a otros planos. Su desarrollo se dio en el plano institucional en Europa y bajo el impulso de Francia que creó el Comité Consultivo Nacional de Ética en 1983, orientado para las ciencias de la vida y de la salud. De esta manera, Hottois (2011: 16) resalta la importancia de la bioética en la esfera institucional:

“[...] se trata de un nuevo tipo de institución centrada en la ética, próxima pero, en principio, independiente de los poderes jurídicos y políticos, compuestos por expertos provenientes de diversas disciplinas y que ha de reflejar el pluralismo de la sociedad democrática. La creatividad institucional de la bioética es en verdad notable. Se da tanto en las universidades como en los hospitales: cátedras, maestrías, doctorados en bioética; funciones y profesiones nuevas como las de bioeticista, de eticista o de consultor en (bio)ética; instancias nuevas, principalmente los comités de bioética locales (comités de la investigación en el seno de facultades y de hospitales universitarios; comités clínicos que debaten los casos médicos que implican problemas éticos no ligados a la investigación)”.

En los años noventa surgió la mundialización de la bioética y, por tanto, su encuentro con todos los problemas vinculados a la globalización.

En el plano de la naturaleza, la bioética fue conducida a abordar la parte ecológica: especies y ecosistemas destruidos, amenazados, perturbados; biodiversidad, experimentación y derechos en animales; desequilibrio de la biosfera: contaminación, efecto invernadero, capa de ozono degradada, desarrollo sostenible y principio de precaución: genotrasplantes, organismos y alimentos genéticamente modificados, etc. En el plano de las personas, la bioética abarca y analiza los problemas éticos de: procreación medicamente asistida, experimentación humana; eutanasia; cuidados paliativos; encarnecimiento terapéutico; trasplante de órganos y de tejidos; cirugías estéticas; definición del principio y fin de la vida humana; etc. Y por último, pero no menos importante, en

---

<sup>26</sup> *Cursivas en el original.*

el aspecto social, político, jurídico y económico se enfoca en: política de la salud y subsidio limitado de recursos; información y bases de datos personales; patentes de seres vivos y no humanos; legislar o no sobre las cuestiones relevantes tanto para la conciencia individual en una sociedad pluralista (desde las decisiones procreativas a las de elección del fin de la vida); etc. (*Ídem*).

La complejidad de la bioética implica la tendencia a fraccionarse en otras disciplinas como la deontología, la ética médica, la ecoética o ética ambiental, la biopolítica, la biogénesis y, por último, la biotecnología. La deontología es el “tratado de los deberes profesionales” sobre lo ético y conveniente dentro del ejercicio de una profesión; se aplica a la medicina, aunque también en otras profesiones. La ética médica tiene parecido con la deontología, está centrada en la relación médico-paciente (trato ético sobre la enfermedad y el tratamiento a seguir en el paciente), y se vincula con las normas específicas que tiene el médico hacia sus pacientes, otros profesionales y su entorno. La ecoética, o ética ambiental, ha mantenido relación con colectivos de interés y de defensa del medio ambiente, de los animales, etc., y con grupos políticos que se interesan en el ambiente. La biopolítica ha adoptado una actitud en la que plantear, elaborar y resolver las cuestiones bioéticas no es una cuestión sólo científico-técnica o meramente ética; todo ello compromete también de un extremo al otro presupuestos e intenciones políticas, de las elecciones de la sociedad (*Ídem*). La biogénesis sugiere que todo ser vivo procede de otro ser vivo, que hay descendencia de todos los organismos vivos, y concibe a la evolución biológica *darwiniana* (evolución del ser humano por selección natural). Y por último, la biotecnología, que consiste en una acción multidisciplinaria para el estudio integral y la manipulación de los sistemas biológicos (microbios, plantas y animales), en busca de usar la biodiversidad para el desarrollo de tecnología en sectores: agropecuario, industrial y ambiental; así como el estudio de la manipulación genética del ser humano y el diseño de órganos artificiales (Kraus, 2007).

La bioética no sólo ha abarcado diversas disciplinas y campos, también se fue extendiendo a otros países hasta llegar a México, cuando el Dr. José Kuthy Porter se interesa por los aspectos humanistas de la medicina, y después funda el

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac. En 1980, la Ciudad de México fue sede de la Conferencia Internacional del Consejo Internacional de Organizaciones Internacionales Médicas (CIOMS), en que la Academia Nacional de Medicina se ocupó de elaborar y revisar los trabajos realizados en torno a la: “Propuesta de normas internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos” y proporcionó soluciones a los problemas planteados durante las mesas de trabajo (Kuthy y De la Escosura, 1990). Más tarde, el reglamento de la Ley General de Salud (publicado en 1987) en materia de investigación para la salud, estableció en sus artículos 13 y 14 todos los aspectos éticos que se deben seguir al realizar investigaciones en seres humanos.

En México existen diversos institutos de investigaciones en bioética en varios estados (Hernández, 2002). En la Ciudad de México es fundada la Comisión Nacional de Bioética (CNB) en 1992, como un órgano con autonomía técnica y operativa, cuya misión es coadyuvar a desarrollar una cultura bioética en el país, así como el estudio y la observancia de valores y principios éticos en la actuación, atención médica y en la investigación en salud. La CNB tiene como propósito: “[...] fomentar una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial de los temas vinculados con la salud humana, y desarrollar normas éticas para la atención, la investigación y la docencia en salud”<sup>27</sup> (Luengas, Feinholz y Soberón, 2007: 31). Actualmente, también existe la biblioteca de la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA), espacio físico y virtual que cuenta con un catálogo amplio de libros, obras de consulta, publicaciones periódicas, archivos históricos, etc., orientado al conocimiento de la bioética en general. Asimismo, brinda diversos servicios y actividades de investigación que realizan grupos colegiados en bioética, así como la población en general.

Es momento de pasar a explicar el concepto de bioética. Las definiciones que han surgido sobre la bioética son muy diversas y reflejan la variedad de enfoques y concepciones. El origen etimológico del vocablo bioética proviene de

---

<sup>27</sup> “Decreto Presidencial, Diario Oficial, miércoles 7 de septiembre” (Luengas y col., 2007: 31).

las palabras griegas: *bios* (vida) y *ethos* (ética). Su propósito, es hacer intercalarse estas dos realidades: vida y ética. Por tanto, bio representa los conocimientos biológicos y/o médicos, y ética; constituye los sistemas de principios y valores humanos (García, 2003). Asimismo, el término abarca tanto al ser humano como a los efectos que ocasiona en su medio y en la tierra. Por su parte, Gispert (2005: 10) explica que la bioética:

“abarca al hombre [sic] en cuanto a la preservación de su microambiente y macroambiente; su salud; seguridad; población; y además, a todos los seres del reino animal, vegetal y mineral, con preservación, conservación y equilibrio ecológico; en la atmósfera: contaminación y polución ambiental, pérdida de la capa de ozono; en la tierra: conservación de ríos, lagos, mares, lluvia ácida, deforestación, desechos [sic] radiactivos, etc.”.

Es así que hoy la bioética aborda las normas que rigen la conducta de los seres humanos entre sí, con otros seres vivos y los efectos de la conducta humana sobre el ambiente.

La bioética puede concebirse, según Brussino (2012: 563), como: “una reflexión crítica sobre la vida y la salud, como una nueva forma de tomar decisiones en los diferentes ámbitos que atañen a la vida y la salud, como un movimiento de reforma social y también como una disciplina académica”. La bioética es interdisciplinaria porque abarca aspectos: filosóficos, científicos, sociales, antropológicos, psicológicos, técnicos, legales, del cuidado de la salud y de la investigación en salud, etc., y es aplicable a problemas reales y cotidianos (Luengas y col., 2007).

Para González (2008: 81-82), la bioética abarca problemas sobre la salud humana que:

“se derivan de la relación entre la aplicación y las repercusiones del incremento de conocimiento de las ciencias biológicas y de las nuevas tecnologías con las ventajas, riesgos y peligros que representan, y que ello implica tanto abordajes derivados de puntos de vista teóricos y de la necesidad de definir políticas generales, como dirimir los dilemas que afectan a individuos particulares en su vida diaria”.

Es importante mencionar que: “la bioética es el uso creativo del diálogo para formular, articular y, en lo posible, resolver los dilemas que plantean la

investigación y la intervención sobre la vida, la salud y el medio ambiente” (Álvarez, Lolas y Outomuro, 2006: 18). Por lo anterior, Gutiérrez (2011: 30) explica que un dilema ético: “[...] es una situación en la cual una persona puede escoger entre por lo menos dos cursos de acción, cada uno de los cuales parece estar bien apoyado por algún estándar de comportamiento”. El sentido de los dilemas remite a la ambigüedad de las cosas, a la doble proposición o alternativa. Por su parte, González (2007: 18) asevera que: “Un dilema se caracteriza ciertamente por lo extremo de la disyuntiva que plantea, por la profunda incógnita que conlleva; por la incertidumbre, incluso, de no saber cuál es la opción positiva, cuál la negativa y cuáles sus alcances”. Respecto a la parte medible que concierne a los dilemas bioéticos, Ricardo Neri Vela<sup>28</sup> (citado en Gutiérrez, 2011: 28) refiere que la bioética: “es la parte ética de las ciencias de la salud que busca ayudar al hombre [sic] a diferenciar lo que es técnicamente posible y éticamente viable”.

Así pues, un dilema bioético se relaciona con:

“Las soluciones [...] podrían emerger de la toma de decisiones y debate, fundamentos en aspecto bioéticos. [...] Los parámetros del cómo actuar, en relación a la humanidad y la tecnología, no están escritos, por ello el aspecto fundamental de la Bioética se basa en el debate de los aspectos, consecuencias y la moral. ‘Todo implica posiciones éticas’” (*Ibíd.*: 31).

En resumen, un dilema ético implica el cuestionamiento y la elección ética entre dos asuntos (éstos pueden ser morales). Mientras que un dilema bioético, consiste en la reflexión crítica y la resolución ética sobre asuntos que conciernen a la vida, la salud y el medio ambiente, para lo cual no existe una única decisión y que ésta, a su vez, involucra plantear o suponer un nuevo problema. Además, la bioética también implica: “[...] la capacidad ética de valoración moral puesta en diálogo interdisciplinario con el ánimo de cuestionar qué sentido tiene, qué importancia tiene, qué repercusión tiene la acción del hombre [sic] [...]” (Bermúdez, 2006: 39).

---

<sup>28</sup> Presidente del Centro Nacional de Bioética del Hospital Benito Juárez, de la Secretaría de Salud (Gutiérrez, 2011).

En cuanto a la extensión y diversidad del campo temático de la bioética, es una cuestión de ángulos de aproximación en las disciplinas, por lo tanto, es multidisciplinaria<sup>29</sup>, interdisciplinaria<sup>30</sup> y transdisciplinaria<sup>31</sup>, ya que fue creada y se desarrolló bajo el impulso de médicos, biólogos, teólogos, fisiólogos, psicólogos, juristas, y más recientemente por sociólogos, politólogos y economistas. Además ha trascendido de lo supuesto a lo práctico:

“El quehacer de la bioética no es meramente teórico, ni unívoco, ni solitario, ni mucho menos dogmático, definitivo y cerrado. [...] No se caracteriza solamente por su naturaleza multi e interdisciplinaria, sino por su pluralidad y su carácter controversial y colectivo, teórico y práctico, reflexivo y activo, por su capacidad de buscar consensos y, a la vez, de asumir los disensos” (González, 2007: 19).

En suma, la bioética es entendida como una herramienta académica y profesional, etc., que permite la discusión y el análisis tanto crítico como ético sobre dilemas socio-culturales, económicos, de salud, médicos, del medio ambiente, etc. Por lo anterior, es fundamental resaltar la bioética como disciplina ética que permite analizar y entender las implicaciones de los avances tecnológicos en las cirugías estéticas sobre la salud humana de las personas que se las realizan, retomando corrientes bioéticas para su discusión.

## II.2 Corrientes de la bioética.

La bioética se sustenta en la ética y las prácticas de la historia de la filosofía, pero además ha intentado construir sus propias teorías o corrientes para desarrollarse. A continuación, se describen brevemente los aspectos que las constituyen.

Neoaristotelismo. Refiere que tanto la medicina como la filosofía no pueden dejar de relacionarse, cada una con sus propios marcos conceptuales y su metodología, teniendo en cuenta la originalidad y complementariedad conocedora de ambas ciencias. Por lo que consiste en:

---

<sup>29</sup> “Se comparte el objeto de estudio” (Álvarez, Lolas, Outomuro, 2006: 18).

<sup>30</sup> “Se comparten el objeto de estudio y se establecen vasos comunicantes entre las diversas disciplinas” (*Ídem*).

<sup>31</sup> “Se comparten el objeto de estudio y el contexto, y se construye un lenguaje común para dar cuenta del objeto de estudio. Se borran las fronteras entre las disciplinas” (*Ídem*).

“[...] una reflexión filosófica sobre la naturaleza y fines de la medicina, a partir de los cuales puede deducirse sus normas éticas. [...] Analiza la enfermedad desde la fenomenología como el momento en el que la corporeidad e identidad personales expresan la vulnerabilidad ontológica [...] frente a la que el médico, por sus conocimientos que le permiten ayudarlo, adquiere una posición superior en este binomio de interrelación humana” (Kuthy, Villalobos, Martínez y Tarasco, 2009: 33).

La inspiración Kantiana. Esta corriente se orienta a apoyar los principios de autonomía y de dignidad de la persona, pero: “la noción de autonomía es entendida de manera superficial [...] es casi siempre reducida al reconocimiento de las libertades individuales mal distinguidas de los deseos subjetivos y arbitrarios, de los deseos aislados de toda referencia a la razón universal” (Hottois: 2011: 45). Sobre la dignidad surgen dos enunciaciones: “‘actúa de tal manera que la máxima de tu voluntad pueda siempre valer al mismo tiempo como principio de una legislación universal’ (*Crítica de la razón práctica*); ‘Actúa de tal manera que trates a la humanidad tanto en tu persona como en la persona de otro siempre al mismo tiempo como un fin y jamás simplemente como un medio’ (*Fundamentos de la metafísica de las costumbres*)” (*Ibíd.*: 45-46). Sobre la dignidad, como un derecho humano, debe implicar igual consideración (constitucional en todos los ámbitos) y respeto (como sujetos/as y no como objetos, con autonomía, etc.) sin importar el sexo, la edad, la ideología (la subjetividad, las ideas socio-culturales, las posturas éticas, políticas y morales, etc.), los estados de salud física (tener alguna enfermedad contagiosa o viral, hereditaria, crónica-degenerativa, etc.) y mental, la apariencia corporal, la creencia religiosa, la situación económica, el origen étnico, alguna condición física diversa, la preferencia sexual, la profesión, el oficio, el nivel educativo, la ocupación laboral, el estado civil, entre otros que no se mencionaron o que vayan surgiendo. Al respecto, Pyrrho, Cornelli y Garrafa (2009: 66 y 67) señalan que la dignidad es: “atribución innata y común a todos los seres humanos [...]”.

La corriente personalista. Se centra en la fundamentación moral de la persona. Señala cinco principios: 1) el cuerpo es el sitio de manifestación y comunicación con otras personas; 2) el derecho a la vida es el primer derecho con

más supremacía; 3) el principio de libertad, requisito indispensable para la actuación responsable entre seres humanos y el respeto mutuo (por ejemplo, en la relación médico-paciente); 4) el principio de totalidad; la aplicación de una terapia está en función del todo y cualquier parte estará siempre subordinada al bien de la unidad total; y por último, 5) el principio de socialidad, involucra la necesidad de la persona de ayudar a los demás, reconociendo entre sí la misma dignidad para todos (Hernández, 2002).

La corriente casuística. Utilizada por el campo del derecho, valora la legislación. Hottois (2011: 46), señala que ésta: “no rechaza los principios teóricos, sino que subraya la necesidad de tener en cuenta las circunstancias particulares, dado que los principios se aplican en un mundo muy imperfecto”. Puede que funcione como una técnica de enseñanza, pero no provee una pauta confiable ni en la teoría ni en la práctica moral (Hernández, 2002). En bioética, esta corriente se ha desarrollado en oposición al principalismo, aunque a veces como complemento de éste.

Las éticas narrativas. Resaltan la importancia de la experiencia y de la percepción de diversos actores: paciente, médico, personal de cuidados y familia ante la situación particular que están enfrentando en el sufrimiento del enfermo, y haciendo que estos tengan un sentido diferente sobre la angustia de la enfermedad a través de la expresión de las emociones y escucha mutua de los diversos actores. Esta corriente considera al paciente como una persona única y cabal que puede asumir decisiones referentes a su tratamiento o enfermedad (Hottois, 2011).

Las corrientes utilitaristas. Implican una elección racional en la cuantificación y el cálculo de elementos empíricamente accesibles: los medios, los resultados, las consecuencias. Consisten en realizar la mayor utilidad para un tamaño considerable, comparando las relaciones costo/beneficio de diversas acciones y eligiendo la que resulta más provechosa. Por lo tanto, Hottois (*Ibíd.*: 50) explica que:

“La relación costo/beneficio es, en efecto, cuantificable en términos monetarios, sobre todo si se toman en consideración los factores que es posible traducirlos a un precio (medicamentos,

tecnología, jornadas de trabajo de todos los actores, comprendiendo las pérdidas por enfermedad, duración de estancia en los hospitales, longevidad [...]”.

Así pues, hoy en día, la bioética no sólo abarca la ética clínica o médica, ni está circunscrita a los problemas éticos del desarrollo científico-tecnológico, que aumentan, sino que es una interdisciplina necesaria en una sociedad con dilemas bioéticos en diferentes escenarios y disciplinas (*Ídem*). Al respecto, la bioética ha ido abarcando otros ámbitos: el ecológico, el derecho, los sistemas de salud, entre otros, como anteriormente se señaló; pero también ha abarcado otros campos importantes, como: el feminismo, la ética profesional en las instituciones de enseñanza, etc. Cabe señalar que existen otras dos corrientes de la bioética muy relevantes: el principalismo y las éticas feministas, desde las cuales se abordará el objeto de estudio de este trabajo, y que a continuación se explican.

#### II.2.1 El principalismo.

En 1974 el Instituto Nacional de Sanidad de EE.UU. fundó la Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en las Investigaciones Biomédicas y Conductuales, con la tarea de identificar los principios éticos básicos que deberían regir la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento y en biomedicina. Cuatro años más tarde, los comisionados publicaron el llamado *Informe Belmont*, que formula las bases de la corriente del principalismo, identificando los principios de respeto a las personas, beneficencia y justicia como los primordiales. Sin embargo, el *Informe Belmont* no contemplaba problemas de experimentación, dejando a un lado el amplio campo de la clínica (Tomás, 2001). Al respecto, Serrano y Linares (1990) señalan tres principios retomados por Beauchamp y Childress del *Informe Belmont*, estos son: 1) de respeto; 2) de beneficencia y; 3) de justicia. Cabe mencionar que el principio de respeto consiste en acatar la decisión del paciente (como un ser autónomo) sobre su enfermedad o al someterse a una investigación, se vincula con el principio de autonomía, además surge la categoría de información como elemento dentro del mismo, la cual tiene que ser pertinente y comprensible para las personas. Con el fin de

liberar a la práctica médica de códigos y juramentos, Thomas Beauchamp y James Childress<sup>32</sup> publicaron el libro “*Principios de la ética biomédica*”, en 1978. Propusieron y aplicaron los principios de la bioética en 1977 a la medicina, bajo la base que Kant (citado en Kraus y Cabral, 1999: 5) refirió en un inicio, “El principio de la razón ética es el respeto a todos los seres humanos como fines en sí mismos y no como medios”. Estos principios fueron: la autonomía, la beneficencia, la justicia y la no maleficencia, conocidos en su conjunto como principalismo. Sin embargo, existen valores inherentes en cada principio que los jerarquizan dependiendo de la situación o el área, por ejemplo, en la medicina surgen conflictos jerárquicos y dilemas bioéticos: “¿qué es más benéfico para un paciente terminal? ¿Ayudarlo a morir como él solicita o mantenerlo vivo a pesar de sus negativas a seguir viviendo?” (*Ibíd.*: 7).

El principalismo establece un conjunto de principios éticos para orientar y analizar los dilemas bioéticos en la práctica biomédica, el uso tecnológico, etc. El contexto en que fue establecido es la sociedad estadounidense multicultural e individualista, así como una práctica médica más orientada a la tecnología, que rompe con el paternalismo dominante en la ética médica tradicional. Su primera acentuación empezó con el *Informe Belmont* (1978-1979) (Hottois, 2011).

La corriente del principalismo es: “un conjunto de principios éticos mínimos universalmente aceptables, destinados a guiar la solución de conflictos que surgen de la práctica biomédica [...]” (*Ibíd.*: 40). Los principios de esta corriente constituyen los grandes pilares referenciales de la bioética. A continuación se explican estos principios en su aplicación con la bioética en general, los cuales se vinculan con los propósitos de esta investigación. El principio de justicia se omite por motivos de interés en la investigación y se retoma la categoría de información como principio bioético.

- El principio de autonomía. Es la capacidad y derecho del ser humano para decidir consciente, racional, voluntaria y éticamente su propio estilo de vida y decidir sobre su cuerpo. Implica la obligación de respetar el derecho del otro (a) como persona, impide que alguien decida por otra persona

---

<sup>32</sup> Profesores e investigadores estadounidenses en el campo de la filosofía.

haciendo uso de la fuerza o sacando ventaja de su ignorancia u obstaculizando las acciones de la persona, si ésta puede hacerlo, en un proceso deliberativo para decidir la mejor opción (De Lora y Gascón, 2009). Al respecto, Sánchez (2004: 129) afirma que: “Una persona autónoma es un individuo que tiene la capacidad de deliberar sobre sus fines personales, y de obrar bajo la dirección de esta deliberación”. Radica en no aceptar presiones externas en la toma de decisiones, respecto a sus convicciones y deseos. Constituye el fundamento de la regla del consentimiento informado. También es primordial que el interés, en el caso del paciente: “debe ser respetado por los médicos, familiares y la sociedad aun cuando éstos consideren que ello resultará en detrimento del paciente” (Kraus y Cabral, 1999: 11). Asimismo, involucra responsabilidad de las propias acciones al ejercicio de la libertad. La dignidad como condición inherente y absoluta a todos los seres humanos determina la autonomía de las personas. Es la discusión que emana entre autonomía y dignidad, pero ambas tienen que ser respetadas entre los seres humanos. Cuando se ejerce la autonomía se debe respetar la dignidad de los/las otros/as: “[...] significa que no se pueden establecer grados o diferencias cuando se habla de la dignidad de las personas” (Velázquez, 2004: 106).

- El principio de información. Éste no estuvo contemplado por Beauchamp y Childress como principio, sino como elemento dentro del principio de respeto, pero aquí se retoma como tal porque es pertinente para el tema. Consiste en que, para decidir de forma autónoma, es necesario estar correctamente informado de manera veraz y comprensible sobre las actuaciones que se proponga. Está muy relacionado con el principio de autonomía, porque consiste en proporcionar a las personas la información completa, oportuna y clara para que tengan un panorama completo (Kraus y Cabral, 1999). El principio de información se vincula con el consentimiento informado del paciente, donde el médico debe proporcionar toda la información necesaria antes de que el paciente tome una decisión. El hecho

de informar es parte de la relación médico-paciente, de esta manera: “La información puede darse al paciente por lo menos en dos contextos: en el estrictamente terapéutico y en el de una investigación. [...] Además, la información puede ofrecerse en una discusión franca con el paciente o a través de un proceso o formulario escrito en el que se solicitará su consentimiento” (Lara y De la Fuente, 1990: 62). A los pacientes se les debe proporcionar una copia del consentimiento informado.

- El principio de beneficencia. Involucra el deber de hacer o promocionar el bien o prevenir el daño y de planear mejores alternativas posibles tanto en la práctica clínica como en la investigación (De Lora y Gascón, 2009). Este principio busca asegurar que las nuevas aplicaciones científicas y tecnológicas beneficien a las personas. Está muy ligado a la aplicación del principio de autonomía (Morales, 2009). Dicho principio tiene que proteger y asegurar el bienestar de las personas a través de un adecuado tratamiento, proporcionar un óptimo cuidado y un servicio oportuno, de calidad, calidez y ético. Servicio ético se refiere a un trato con pluralidad, transparencia y liberal ante creencias moralistas. Además, señala que el actuar ético no postula sólo el respeto a la libertad del otro, conlleva la intención del bien. Por lo anterior, Hottois (2011: 41-42) menciona: “Pero como el bien es múltiple, dependiendo de los individuos y de las comunidades, el principio de beneficencia debe estar subordinado al principio de autonomía”.
- El principio de no maleficencia. Tiene que ver con no causar daño de manera directa o indirecta a una persona sobre su salud. No dañar involucra el respeto por la integridad física y psicológica. Este principio se relaciona con la beneficencia. Pretende que exista un balance razonable entre los posibles riesgos que pueden resultar para las personas que participan no sólo en investigación, sino también en un tratamiento (De Lora y Gascón, 2009). Implica que las nuevas aplicaciones científicas y tecnológicas busquen, ante todo, no causar un perjuicio. Además, implica

que cuando no se pueda beneficiar a una persona, tampoco se debe causar ningún daño a la salud.

Por otro lado, a lo largo de su desarrollo aparecen opositores y críticos de la corriente bioética del principalismo, anteponiendo un principio sobre otro: Engelhardt<sup>33</sup>, por ejemplo, coloca a la autonomía en el primer orden, mientras que Thomasma y Pellegrino<sup>34</sup> dan más valor jerárquico a la beneficencia. Mientras que otros autores y Hernández (2002: 18) creen: “que la no maleficencia fue y debe ser, en todo caso, el primer principio”. Las críticas más comunes a la corriente del principalismo se refieren al carácter idealista de sus principios. Al respecto, Hottois (2011: 43) opina que: “Considerar a cualquier adulto como autónomo y capaz de dar su consentimiento libre e informado es una ilusión peligrosa, susceptible de conllevar tantos –si no es que mucho más- abusos como el autoritarismo paternalista”<sup>35</sup>. Las personas son influidas por el medio cultural en cuanto a creencias y significados alterando sus decisiones. No obstante, los principios del principalismo intentan ser las pautas de actuación o los criterios éticos orientativos para el correcto ejercicio profesional y el adecuado comportamiento personal; son bases para los principios de la bioética y la autonomía de la mujer con respecto a su cuerpo y su salud (García, 2003).

La elección de apoyarse en la corriente del principalismo para sustentar esta investigación y la relación de los principios de la misma con la decisión de practicarse cirugías estéticas por parte de las mujeres reside en:

- Principio de autonomía. Supone respetar la decisión de realizarse o no las cirugías en caso de que no sea perjudicial a la salud. El hecho de que se cumpla el principio significa que la decisión de las mujeres al realizarse cirugías estéticas sea libre, en el que reciba un trato adecuado e informado de los posibles riesgos que pueden conllevar, independientemente de si se realizan adecuadamente. El problema radica cuando esta decisión se toma sin ningún tipo de conocimiento y se oculta la información real.

---

<sup>33</sup> Filósofo de Estados Unidos.

<sup>34</sup> Profesores norteamericanos de medicina, ética médica y filósofos.

<sup>35</sup> Desde la opinión de quien esto escribe, el autoritarismo paternalista se refiere al poder y protección que ejerce el médico sobre el paciente, una forma de autoridad.

- Principio de información. Las cirugías estéticas implican mucha responsabilidad para quien se las realiza, por lo que el cirujano tiene el deber de informar de manera clara y suficiente no solamente los beneficios, sino los posibles riesgos o efectos secundarios en el cuerpo, los cuidados posoperatorios, etc. Es importante que la persona manifieste todas sus dudas o inquietudes.
- Principio de beneficencia. Como toda cirugía, las intervenciones estéticas conllevan un riesgo, por lo que es necesario que el cirujano plástico, junto con la persona que se la quiera realizar, evalúen los pros y contras que implican las cirugías cosméticas y así valorar más la parte benéfica, porque de lo contrario los resultados pueden ser perjudiciales o no gratos para quienes se las practican.
- Principio de no maleficencia. Este principio tiene relación e importancia con la práctica de las cirugías estéticas para que éstas no provoquen sufrimientos ni daños a las personas a las que se les realizan. También para que las cirugías se apliquen sólo a aquellos que sean candidatos o candidatas para un buen resultado, evitando las intervenciones innecesarias. Las cirugías cosméticas conllevan un proceso largo, en el que el cirujano plástico tiene que acompañar y vigilar la evolución de estas prácticas en la solicitante.

Por otra parte, los principios bioéticos en la Promoción de la Salud en general son esenciales. En específico, la corriente del principalismo se vincula con la práctica médica del cirujano plástico, puesto que a partir de ella se debe buscar la promoción y defensa de la salud de las personas que se someten a una intervención estética, por lo que los principios que la rigen son fundamentales en este estudio. Por un lado, su importancia radica en que se lleven a cabo los derechos de autonomía e información y, por otro lado, implica que los procedimientos quirúrgicos no sean perjudiciales a la salud tanto física como

psicológica. La Promoción de la Salud promueve la salud y cuando no se consigue ésta, es necesario indagar para abordar la problemática que esté involucrada, en este caso por falta de ética profesional o espacios inadecuados para realizar alguna cirugía estética.

### II.2.2 Éticas feministas (bioética de la mujer).

La bioética aborda los aspectos socio-culturales y políticos que dan sentidos a las vidas humanas, más aún en la salud, tomando en consideración los aspectos de género, como lo señala Feito: “La bioética no puede ser ajena a la perspectiva cultural, ni a la perspectiva de género [...]” (2010: 59). Resulta necesario incluir la ética feminista para analizar aspectos esenciales que aporta esta corriente no sólo a la perspectiva de género, sino a la bioética. Ante ello, primero es preciso mencionar en qué consiste el feminismo, pues de él surge la ética feminista, corriente de la bioética.

A lo largo de su historia, han surgido diversos enfoques del feminismo, pero todos buscan hacer evidente las desigualdades entre hombres y mujeres en el mundo, así como desarrollar reflexiones y acciones para mitigarlas. Sobre esto, el feminismo se ha definido de la siguiente manera:

“[...] es un movimiento social y político que se inicia formalmente a finales del siglo XIX y que supone la toma de conciencia de las mujeres como grupo o colectivo humano de la opresión dominación y explotación de que han sido y son objeto por parte del colectivo de varones en el seno del patriarcado bajo sus distintas fases históricas de modelo de producción, lo cual las mueve a la acción para la liberación de su sexo con todas las transformaciones de la sociedad que aquella requiera” (*Diccionario ideológico feminista* de Victoria Sau, 2001: 121, citado en Bosch, Ferrer y Alzamora, 2006: 29).

De Dios y Navarro (2004: 25) explican que los movimientos feministas contienen ideas básicas que lo conforman, tales son:

“a) Sentimiento de fraternidad (‘sororidad’, de sor, hermana fraterna) explicada por la tendencia de los seres humanos a solidarizarse ante las situaciones desfavorables para las mujeres como acopio de potencia para dominar a la sociedad (empoderamiento en todos los niveles para el cambio, de obtener

una condición de ser humano-mujer); b) Injusticia básica sentida en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, cultural, y desde luego sexual, soportada por las mujeres, que sobrepasa en intensidad lo normalmente tolerable por la mujer-ser humano normal, afectada por tal injusticia. Es decir, por las situaciones de injusticia, desigualdad, opresión, depreciación, cosificación para la mujer son irritantes; c) Gracias a la acción de sus antepasados, han tenido la posibilidad de mejorar e imaginar un mundo pleno de potencialidades equitativas y armónicas; d) Son necesarios, pues hay urgencia y necesidad del cambio democrático en la casa y en el país, la necesidad de igualdad, desarrollo y paz, equidad de género, de independencia económica y político-social; para ser mujer ella misma y obtener derechos individuales y sociales accediendo al poder para vivir dignamente y obtener derechos iguales a los hombres”.

El vocablo feminismo empezó a utilizarse en México en los últimos años del siglo XIX, período en que el feminismo reivindicaba la igualdad entre los sexos en relación a la capacidad intelectual y a los derechos educativos. La influencia socio-cultural y política del feminismo en el mundo y en México ha servido para conseguir algunas modificaciones jurídicas en convenios, declaraciones y conferencias, tanto nacionales como internacionales, que consagran los derechos de las mujeres; modificaciones a las constituciones de cada país para la igualdad entre los sexos; conseguir cambios culturales de la condición de la mujer en relación con el género “masculino”; aumentar la participación de las mujeres en el espacio político, laboral y educativo con derechos de igualdad (De Dios y Navarro, 2004). A pesar de que el feminismo ha abordado cuestiones como la salud (en todos sus aspectos) y el cuerpo de las mujeres, los derechos reproductivos y sexuales, la diversidad sexual, entre otros aspectos, socialmente existe una brecha que se opone para que las acciones se efectúen por completo.

El feminismo reconoce la situación de opresión, discriminación y exclusión de las mujeres, por lo que este movimiento busca la defensa de los derechos humanos de las mujeres. Por ello, al feminismo le es importante pensar la ética para re-pensar los aspectos temáticos instalados por el patriarcado, a fin de: “[...] construir un nuevo edificio del pensamiento desde nuestra invención del ser mujer”

(Bedregal, 2004: X). Sobre el término “patriarcado”, para Lagarde (1996: 52, citada en Bosch *et al*, 2006: 27) esta expresión:

“[...] es un orden social genérico de poder, basado en un modo de dominación cuyo paradigma es el hombre. Este orden asegura la supremacía de los hombres y de lo masculino sobre la inferiorización previa de las mujeres y lo femenino. Es asimismo un orden de dominio de unos hombres sobre otros y de enajenación de las mujeres”.

Así pues, se entiende por patriarcado un sistema histórico, socio-cultural e ideológico que mantiene una situación de supremacía del “símbolo masculino” sobre lo “femenino”, a través de diferentes mecanismos de: subordinación, desigualdad, discriminación, estereotipos de género y de belleza, etc. La participación del feminismo rompió con estándares de género acerca de la forma de vestir de la mujer, hace cien años el que usara pantalones era considerado inmoral y anti-estético. El que hoy día las mujeres utilicemos pantalones significa que se abatió un límite entre lo estético – moral, en el sentido de que es “feo” o “bonito” que se use pantalones.

Sobre el surgimiento de la ética feminista, Jaggar (2014: 8) menciona que el concepto: “[...] no se acuñó sino hasta los años 80, luego de que la *segunda ola* se había adentrado en las academias estadounidenses — y en menor medida en las de Europa occidental — a través de un conjunto crítico de filósofas para quienes el estatus de las mujeres era una inquietud ética importante”, su surgimiento puso énfasis no sólo en las mujeres, sino en el género para abordar cuestiones de subordinación. De esta manera, Ortiz (*Ibíd.*: 71) aclara que: “[...] la ética feminista se propone analizar y criticar cualquier forma e injusticia de género y poner fin a la discriminación, desigualdad, exclusión y opresión de las mujeres”.

La ética feminista nace como una ética que busca cuestionar asuntos morales que atañen a las mujeres, como: situaciones de sumisión, opresión y discriminación. Por su parte, Hierro (1985: 121) explica que el punto de partida de esta corriente bioética: “surge de la toma de conciencia, por parte de las mujeres, de su condición de opresión; en todos los niveles socio-económicos y localizaciones geográficas se les obliga a asumir la función femenina maternal y en caso de no hacerlo, perderá sus privilegios y el trato galante masculino”. La

ética feminista rechaza la identificación y la reducción del papel de las mujeres subordinadas al “poder masculino”. Asimismo, actúa: “[...] contra el privilegio moral y social del macho de la especie humana, reconocido como universal en la cultura, descubre que éste constituye la injusticia inicial sobre la que se ha construido un sistema lógico-político que ha llevado a la humanidad por una senda de destrucción e incapacidad de paz” (Gallardo, 2004: 24). La ética feminista crítica las relaciones de desigualdad y estereotipos de género sobre las mujeres. Sobre esto, Hottois (2011: 49) afirma que esta corriente analiza: “las virtudes relacionales (compasión, escucha, empatía, solicitud...) que deberían estar también presentes en los hombres y las mujeres, igual que las cualidades llamadas ‘masculinas’ no deberían estar reservadas a los hombres”.

Posteriormente, surge la bioética feminista, derivada de la ética feminista, que: “[...] constituye una perspectiva crítica que valoriza la contextualización de los distintos grupos sociales, muchas veces en relaciones conflictivas entre sí; pero, sobre todo, parte de la premisa de la existencia de una relación de poder que coloca a un grupo en situación de subordinación respecto a otro” (Rostagnol, 2006: 48). También, esta disciplina se interesa por asuntos que atañen al feminismo en la medicina, por lo que:

“La bioética de evidente corte feminista comienza a emerger como acercamiento definido. Una de sus principales características es su interés crítico hacia los aspectos opresivos de la organización y la práctica médicas. [...] sobre el papel que ha jugado la medicina en la opresión de las mujeres y sus contribuciones a las múltiples formas de sometimiento de las minorías y de las mujeres pobres” (Sherwin, 2014: 55).

Es importante analizar la visión y postura feministas de la bioética con respecto a las cirugías estéticas porque permite generar la reflexión sobre “ser mujer”, discriminación por género, significados sobre el cuerpo de la mujer, etc. Por lo anterior: “[...] las éticas feministas enfatizan el lugar que ocupan los individuos en las estructuras de dominación y subordinación” (Rostagnol, 2006: 48).

La crítica feminista hacia las cirugías estéticas radica en que son prácticas que disciplinan y normalizan a las mujeres a través de lo corporal sin que ello

desmantele las desigualdades laborales (Davis, 2007). Es decir, son una forma de reafirmar los estereotipos de género y de belleza. No obstante, deja de lado la cuestión de que también son una práctica de autonomía de las mujeres sobre su cuerpo y que alrededor de estas intervenciones quirúrgicas existen diversos motivos, no meramente vanidad. Al respecto, Davis (Haiken, 1997: 275, citada en *Ibíd.*: 56) indica que:

“las feministas son críticas respecto a la cirugía cosmética, no sólo porque resulta peligrosa, sino también por razones ideológicas. En el mejor de los casos, puede proveer un alivio temporal a los problemas que una mujer tenga con su apariencia. En el peor, la cirugía cosmética representa la capitulación a las normas culturales que victimizan a las mujeres en nombre de la belleza [...]”.

La tecnología utilizada en las cirugías cosméticas ha estado vinculada con perjuicios a la salud de las personas que se someten a estas prácticas. Por ello, algunas posturas feministas las rechazan, pero, desde la postura de quien esto escribe, se está de acuerdo con Bautista (2004: 149), cuando refiere que: “[...] las tecnologías no son malas por sí mismas, sino que a su vez dependen de la utilidad que se haga de ellas y, al mismo tiempo, también es cierto que las tecnologías crean dependencia y, de hecho, el ser humano es cada vez más dependiente de ellas”. Hay que reconocer que las tecnologías pueden ocasionar en las personas adicción o dependencia, y que resulta negativo cuando es más perjudicial que benéfica.

Para una postura de feminismo crítico y liberal, se alude a Madame Noël<sup>36</sup>, quien percibió a las cirugías cosméticas como un derecho de las mujeres sobre su cuerpo a lucir como querían. Para ella:

“la cirugía cosmética era un derecho para las mujeres, igual que el derecho a trabajar o incluso a votar. Estaba convencida de que la cirugía cosmética aliviaba el sufrimiento y de que era una herramienta útil para ayudar a la mujeres a ser seguras de sí mismas, prósperas y profesionales para lograr la independencia financiera y el reconocimiento social” (Davis, 2007: 55, 57).

---

<sup>36</sup> Primera cirujana plástica y feminista defensora del derecho de las mujeres a trabajar y a votar (1878-1954), cuyo nombre real es Suzanne Blanche Marguerite Gros, nació en Francia (Davis, 2007).

Además de que Madame Noël fue feminista, perteneció al grupo de pioneros de cirugía cosmética moderna.

Por lo que concierne a la ética feminista en los nuevos tiempos, más que señalar posturas que generalizan las decisiones de las mujeres con su cuerpo y sobre temas que implican dilemas bioéticos, como en el caso de las cirugías estéticas, sugiere reflexionar éticamente sobre: el cuerpo, la autonomía, la subjetividad y la mujer, las tecnologías, la salud de la mujer, entre otras cuestiones, para entender el fenómeno.

### II.3 Las cirugías estéticas y la bioética.

En este apartado se revisan los contenidos históricos, conceptuales y deontológicos de las cirugías estéticas hasta la actualidad. Posteriormente, se especifican las diferencias entre la moral y la ética, y su vinculación con estas prácticas en las mujeres. Por último, se mencionan algunas estadísticas relevantes haciendo hincapié en las cirugías estéticas como un problema de salud en México, así como la presentación de testimonios sobre los pros y contras de dichas cirugías como un fenómeno que impacta en la salud de las personas que recurren a ellas. Lo anterior resulta necesario para un análisis desde la visión de la bioética, pues implica la reflexión acerca de los dilemas bioéticos, la ética profesional del cirujano plástico, la autonomía y la salud de las mujeres.

#### II.3.1 Las cirugías estéticas: aspectos históricos, conceptuales y deontológicos.

En este punto se realiza una exploración diacrónica breve de las cirugías estéticas desde sus inicios hasta la actualidad. Se mencionan sólo algunos períodos porque fueron en los que iban apareciendo y sobresaliendo. También, se revisan las diferencias entre cirugía plástica, estética y reconstructiva, así como sus implicaciones deontológicas.

El primer acto quirúrgico del humano en la edad primitiva se presume que fue la cirugía de piel (Gómez, 1942). Al darse cuenta de que, si se desgarraba la piel al realizar actividades como trepar árboles o cazar animales, sangrarían, y

esto podría ponerlos en riesgo de muerte, los humanos iniciaron actos de cirugía al cerrar las heridas para evitar hemorragias. Más adelante, en el periodo del Renacimiento, surgen enfermedades como la sífilis y la lepra, que causaban “deformaciones” faciales, por tanto, los procedimientos quirúrgicos desarrollados tenían el objetivo de corregir “deformaciones” en el cuerpo. Fue hasta después de la Primera Guerra Mundial, a principios del siglo XX, cuando los cirujanos plásticos trataron de “restaurar las deformaciones” producidas por las heridas de guerra, con esto se dio paso a la cirugía reconstructiva (Pick, 2005).

La cirugía estética surge a finales del siglo XIX en Estados Unidos, Alemania, Inglaterra y Francia, y fue hasta comienzos del siglo XX que empezó a practicarse a gran nivel. El primer acontecimiento que originó el surgimiento de la cirugía cosmética, fue el culto masivo a la belleza a principios del siglo XX. Por lo anterior, Banner (1983, citada en Davis, 2007: 43) menciona que: “Se dejaron atrás las prohibiciones culturales que impedían a las mujeres mayores buscar verse jóvenes y bellas, y surgió una ideología democrática de superación que ponía al alcance de todas las mujeres las herramientas para ser bellas, sin importar su condición socioeconómica”. También apareció la publicidad sobre “las maravillas” de las cirugías cosméticas en diversos diarios. El segundo suceso fue durante la Primera Guerra Mundial, donde hubo una gran cantidad de soldados con heridas en el rostro y quemaduras. Las asociaciones negativas que había de la “deformidad” del cuerpo por alguna enfermedad considerada “castigo divino” se disiparon con las cirugías reconstructiva y estética. Estos hechos abrieron paso a la oportunidad de los cirujanos plásticos de practicar sus técnicas quirúrgicas y obtener experiencia (*Ídem*).

Así, la cirugía plástica<sup>37</sup> comenzó con la manipulación de la piel, sin embargo, en la actualidad abarca todas las zonas del cuerpo, dividiéndose en siete especialidades quirúrgicas, una de ellas es la cirugía estética, cuya finalidad es “mejorar” el aspecto físico de una persona donde aparentemente la función no juega ningún papel en las personas que se las realizan. La cirugía cosmética es utilizada en procedimientos para “rejuvenecimiento” de la piel, trasplante del cuero

---

<sup>37</sup> Lo que en principio se llamó cirugía plástica dio inicio a la cirugía estética.

cabelludo por calvicie, aumento del tamaño y posición de los senos o glúteos, disminución de sobrepeso u obesidad en ciertas partes del cuerpo (Coiffman, 1986).

Ricardo Neri menciona que las cirugías fueron en un principio con el fin de recuperar o tener funcionalidad del cuerpo, a causa de problemas asociados con “malformaciones” congénitas o quemaduras, bajo el nombre de cirugías plásticas. Sin embargo, en épocas más recientes hay una demanda de cirugías estéticas (procedimientos quirúrgicos) con fines estéticos del cuerpo de las personas, sobre todo en las mujeres; las cirugías estéticas proporcionan frecuentemente seguridad a las personas “sanas” que recurren a ella (Hospital Juárez del Centro, 2010).

Históricamente, los cirujanos generales especializados en reparación plástica se dedicaban principalmente a reconstruir las partes del cuerpo perdidas, deformadas o por un accidente. En la época contemporánea, la cirugía plástica no existió como especialidad hasta fines de la década de 1940, cuando creció la demanda por correcciones estéticas y algunos cirujanos empezaron a concentrarse exclusivamente en el tipo de cirugía estética, por lo que ésta:

“[...] comenzó a realizarse en México a mediados del siglo XX, inicialmente en cara y tuvo un período inicial de descrédito médico debido a la propaganda desmedida que algunos cirujanos plásticos realizaron en medios masivos de comunicación. No se cuestionó el valor ético de estas intervenciones quirúrgicas, pero sí a los cirujanos por realizar esta propaganda con fines de lucro” (Pick, 2005: 93).

En la actualidad, en México existe la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, A. C. (AMCPER), que es el organismo que agrupa a todos los cirujanos plásticos certificados del país, cuya función principal es promover el crecimiento académico y la educación médica continua de sus miembros mediante la organización de cursos de actualización, congresos nacionales e internacionales, talleres. La AMCPER identifica y hace la diferencia entre cirugía estética y cirugía reconstructiva definiéndolas de la siguiente manera:

Cirugía plástica estética: trata con pacientes en general “sanos” y su objeto es la “corrección de alteraciones” de la “norma estética” con la finalidad de obtener una mayor armonía facial y corporal, así como reducir los efectos del

envejecimiento. Pretende acercarse a la belleza. Ayuda a recuperar la “estabilidad emocional” mejorando la calidad de vida a través de las relaciones profesionales, afectivas, etc.

Cirugía plástica reconstructiva: procura “restaurar o mejorar” la función y el aspecto físico en las lesiones causadas por accidentes, quemaduras, en enfermedades y tumores de la piel y tejidos. En anomalías congénitas, principalmente de cara, manos y genitales. El paciente debe tener una idea clara y realista de los resultados que se pueden alcanzar, de sus limitaciones y riesgos, a fin de poder tomar una decisión (AMCPER, 2016).

Los procedimientos o tipos de cirugías estéticas que llevan a cabo los cirujanos plásticos certificados por la AMCPER y los más solicitados por mujeres son: mastopexia o levantamiento de busto, cirugía de la nariz o rinoplastia, liposucción y lipoescultura, y otoplastia o cirugía de orejas (ver Anexo N°. 4 para la explicación de estos procedimientos). El cirujano plástico certificado en esta asociación es un especialista que ya cuenta con los conocimientos, entrenamiento quirúrgico y experiencia necesarios para realizar las cirugías estéticas, bajo condiciones de máxima seguridad para las personas.

Es conveniente mencionar el proyecto “Diamond” de Seguridad del paciente, el cual fue desarrollado en 2010 por el Dr. Foad Nahai (en su momento presidente de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética). El proyecto menciona cuatro puntos necesarios en una cirugía estética para mayor seguridad y éxito en el procedimiento quirúrgico estético, estos son:

- 1) La persona interesada tiene que ser candidata para el procedimiento; el cirujano plástico debe indagar en sus motivos y, en su caso, canalizarla.
- 2) El procedimiento quirúrgico tiene que ser adecuado, es decir, considerar posibles riesgos, efectos secundarios, tiempo de recuperación.
- 3) Todo cirujano plástico debe ser médico titulado, tener especialidad en cirugías estéticas, estar certificado por la AMCPER o alguna institución acreditada y tener experiencia amplia en la realización del procedimiento considerado.

- 4) Las instalaciones quirúrgicas deben ser seguras y con medios para resolver situaciones de emergencia médica (Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética, 2016). Asegurar que la clínica tenga licencia sanitaria vigente y con implantes de calidad certificada por la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), además de que las instalaciones deben ser adecuadas y con condiciones de higiene.

Como toda cirugía, la intervención estética también implica riesgos y posibles efectos secundarios. Por ello, es importante asegurarse de que se cumplan estos criterios para que haya más seguridad y éxito en el procedimiento quirúrgico estético.

Sobre la acreditación requerida para practicar la cirugía estética, también la Ley General de Salud establece que: “[...] los médicos especialistas quirúrgicos, adicionalmente, deben contar con un certificado, otorgado por un consejo Médico avalado por el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médica, al acreditar la capacidad y experiencia en la práctica y técnicas correspondientes” (Pérez, 2016: 19).

En México, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios es la encargada de identificar, supervisar y suspender las actividades en establecimientos con irregularidades en el servicio, personal o en las instalaciones que puedan ocasionar riesgos a la salud y la vida de las personas, así como proporcionar dicha información. De esta manera, esta comisión junto con el Sistema Federal Sanitario entre el período de 2013 a septiembre de 2015 han verificado un total de 1,728 clínicas de cirugía plástica y estética, suspendiendo actividades en 186 por irregularidades en el servicio, el personal y la normatividad inadecuada. La COFEPRIS lleva a cabo la vigilancia en establecimientos quirúrgicos, terapéuticos, consultorios médicos para bajar de peso, spa, entre otros, para supervisar que estos espacios no se apliquen procedimientos o sustancias invasivas al cuerpo, que el personal cuente con la acreditación académica necesaria y que el lugar tenga la licencia sanitaria vigente (*Ídem*). Esto a través de: “[...] un programa de inspección sanitaria dirigida a clínicas y/o

establecimientos con ofertas públicas a precios sospechosamente bajos, con infraestructura incompleta, sin aviso de funcionamiento presentado ante la COFEPRIS y con personal sin estudios profesionales adecuados” (*Ibíd.*: 18). Así pues, la comisión señala que las prácticas realizadas en dichos establecimientos, deben estar fundamentadas en principios científicos (que el personal cuente con cédula profesional y esté acreditado en la especialidad que ejecuta) y éticos (que el profesional explique los beneficios y riesgos) para que haya resultados favorables y sin riesgo a la salud y la vida (*Ídem*).

A pesar de la existencia de la COFEPRIS, la AMCPER y otras instituciones derivadas de ésta, siguen surgiendo clínicas de belleza ilegales con intención lucrativa en contra de la salud de las personas que acuden a estos lugares. Los charlatanes que se encuentran ahí no son especialistas en realizar cirugías estéticas, hacen uso de sustancias dañinas a la salud y han encontrado un negocio beneficioso para sus bolsillos. En relación con esto, Kraus y Pérez (2007: 26) opinan: “Lo que es peligroso no es el conocimiento científico sino la ignorancia; lo que desvía las acciones y con frecuencia tiene efectos desfavorables contra las personas, lo que nos hace daño es lo que todavía no sabemos y se cree conocer”. Se deben desarrollar y establecer reflexiones éticas cuando las acciones de las personas afectan su salud y derechos humanos. Pero también se debe reforzar la normatividad médica y ética en los establecimientos que ponen en riesgo la salud de las personas, pues hasta la actualidad las autoridades sanitarias han sido ineficaces en sus acciones para abatirlos.

Algunos establecimientos que realizan estas prácticas quirúrgicas incumplen con las normas de calidad, higiene, seguridad y profesionalismo que se necesitan para que el procedimiento sea realizado con éxito y, sobre todo, evitar riesgos a la salud de quien se las practican. Es por ello que la bioética aborda éticamente estas cuestiones, y se esfuerza en poner al punto las reglas, los principios, los procedimientos y las instituciones para ayudar a explicar y a resolver los dilemas que ella formula (Sánchez, 1996). Para Helga Kuhse y Peter Singer (citados en González, 2008: 54): “la razón de la existencia de la bioética se desprende del contexto en el cual surgió: es histórica, es derivada de la conciencia

moral que se desarrolló en los años sesenta del siglo pasado a raíz de que alcanzaron un nivel de conciencia pública los problemas inherentes a la atención de la salud y a la evolución de las ciencias biomédicas”.

El aumento de cirugías estéticas lleva a interrogar su alcance y sus repercusiones en la salud y nos coloca frente a nuevas situaciones para las cuales, muchas veces, no tenemos respuestas adecuadas. La decisión de las mujeres de realizarse una cirugía estética ha implicado un dilema bioético desde que surgieron, decisiones que se relacionan con el principio de autonomía, la ética, etc. Por lo cual surgen las siguientes preguntas que sirven como directrices de la discusión: ¿todo lo que se puede hacer, debe sin más hacerse?; ¿se puede hacer cualquier cosa sin cuestionar su legitimidad ética?; ¿actualmente, con las cirugías estéticas es posible alcanzar todas las metas que se proponen las personas?; ¿las decisiones se toman de acuerdo a lo que conviene para uno o los demás?; y ¿cuándo y con qué criterios hay que establecer los términos éticos? La elevada demanda de las cirugías estéticas, sobre todo por mujeres, la proliferación de clínicas de belleza ilegales ¿son indicadores de la presión social actual como efecto del rechazo hacia la vejez y la exigencia de aproximarse a “estándares de belleza cultural”? (Ramos-Rocha, 2012). La modernidad aspira a mostrar un cuerpo permanentemente “joven”. Se hace preciso esmerarse en su cuidado; un cuerpo “joven” y “hermoso”, en cuanto fuente irremplazable de placeres, proporciona una autoestima que no concede ningún otro bien anímico (Roa, 1995). En este período podría pensarse que surgen inseguridades y obsesiones en las personas en su intento por alterar sus identidades, sus personalidades, sus cuerpos y su salud, pensando que belleza es igual a salud, al producir bienestar por su apariencia física. Por lo cual, Álvarez y col. (2006: 15) explican que: “La bioética es parte inevitable de la ética y ésta es, ineludiblemente, filosofía. Si algo caracteriza a la filosofía es el hecho de ser un discurso racional en busca de la respuesta a su pregunta capital: ¿por qué?”. Lo cual lleva a indagar desde un análisis bioético algunos aspectos de la alta solicitud de cirugías estéticas.

### II.3.2 Las cirugías estéticas: ¿decisión ética o moral de las mujeres?

En este punto es importante generar una discusión sobre las cirugías cosméticas cuestionando el papel de la ética y la moral en la decisión de las mujeres. Para ello, es conveniente explicar primero los términos ética y moral y las diferencias entre ambos.

El vocablo moral proviene del latín *moralis*, refiere a las acciones humanas en virtud de su bondad e implica una subjetiva noción de lo “bueno” y lo “malo”. Gispert (2005: 7) explica los conceptos básicos de la conducta moral:

“Es interior; es decir, su formulación y la decisión de aceptar o violar la norma corresponde únicamente a la persona, de acuerdo con sus creencias y formación. No es exigible por terceros. Puede realizarse o no de acuerdo con criterio personal. Son variables para cada persona (médico) y en cada época”.

Cuando una persona actúa moralmente pueden existir sentimientos de satisfacción, y cuando no, puede surgir remordimiento de conciencia o arrepentimiento. Sin embargo, ambas situaciones son subjetivas.

La moral se limita a lo vivido como lo “normal” o absoluto (normas, costumbres, convicciones), describe actos utilizando expresiones como “bueno/malo” y se expresa con ideales compartidos de obligaciones-prohibiciones. La moral obedece las normas socio-culturales, para ella basta cumplir una serie de creencias sociales, las justifica y no cuestiona o pregunta ante lo establecido. La moral: “está constituida por obligaciones y prohibiciones: es el conjunto de los deberes del ser humano” (Kraus y Pérez, 2007: 141). En palabras de López (citado en García, 2003: 9), la moral se refiere: “a lo que hacemos en el día a día y en cada uno de nuestros actos, mientras que la ética es la reflexión que elaboramos sobre los actos que hemos hecho”. En síntesis, la moral cambia con el tiempo y es diferente en cada persona, haciendo que las costumbres se convierten en normas sociales que regulan la conducta individual.

Por su parte, el término ética procede del latín *aethica* y a su vez del griego *ethikos*, de *ethos* costumbre, etimológicamente, significa “ciencia de las costumbres”. Las respuestas que los filósofos han dado a las cuestiones principales de la ética son diversas y han originado diferentes nominaciones de la

ética. Sobre esto, Gispert (2005: 9) da tres ejemplos fundamentales sobre aspectos que abarca y analiza la ética:

- 1) [de] “situación, [...] empieza a cuestionar normas o principios considerados universales, al destacar situaciones concretas o particulares.
- 2) [...] empírica, que funda su posición en el hecho de que la moral es diferente en cada época, raza, pueblo, clase, cultura, individuo, etc. [...].
- 3) [...] procesual, cuya consideración fundamental es la evolución y adaptación a los cambios del progreso (incluido el científico)”.

Al respecto, Kant (*Ibíd.*: 141) explica que: “la ética es autónoma –la persona éticamente correcta es aquella que ha llegado desde su reflexión a generar valores propios y actúa en forma independiente tomando en cuenta las limitantes de toda acción”. La ética implica cuestionar y reflexionar acerca de la libertad. Se ocupa de la justicia, en cuestionar las ideas del “bien” y del “mal”, el “deber ser” de una persona, estudia los aspectos individuales y sociales. También, permite examinar racionalmente ideas socio-culturales para esclarecer o explicar asuntos morales.

Así pues, moral y ética son dos nociones diferentes porque sus postulados se contraponen en gran magnitud. La ética critica y reflexiona sobre aquello que la moral acepta a manera de modelo, lo que es considerado como “normal”. El ser humano desde su nacimiento ha sido permeado o influido socialmente, entonces la ética cuestiona todo aquello que se ha enseñado de generación en generación.

En relación con la explicación anterior, la ética implica que las mujeres cuestionen y deliberen para tomar decisiones libres, mientras la moral convierte las costumbres en normas que suelen ser el marco que regula muchas de las conductas de la sociedad para cumplir con lo establecido, en este caso con un cuerpo “femenino” “joven”, delgado y “atractivo”. Sin embargo, esta decisión también puede verse como una “decisión ética” porque puede ser el ejercicio del derecho de las mujeres sobre su propio cuerpo al elegir la apariencia física que les resulta satisfactoria.

La esencia de la ética es la autonomía individual, entendiendo autonomía como la: “capacidad para autogobernarse a sí mismo y autodeterminar sus propias

acciones y decisiones” (García, 2003: 26), es decir, cuando se pierde la capacidad de comprensión o razonamiento, la conciencia y la comunicación, no es posible hablar de una decisión libre. Sobre esto, Ramos-Rocha (2012: 85) considera que:

“La decisión autónoma puede verse afectada por la coerción social, la presión mediática [...] la información médica poco precisa, la oferta comercial, las decisiones heterónomas en la relación cirujano-paciente, factores de riesgo para la construcción de falsas expectativas en el sujeto, que incrementan directamente su vulnerabilidad”.

Así, la moral como obediencia social está implicada en prácticas u hábitos que se convierten en deberes y hasta en obligaciones sociales que pueden influir en las decisiones autónomas para realizarse cualquier intervención quirúrgica sin que sea perceptible.

La función de las cirugías estéticas ha sido cuestionada por las feministas ya que las reducen a “banalidades”, adicciones innecesarias, contraproducentes en el ejercicio de la libertad de las mujeres, entre otras objeciones. Desde la opinión de quien esto escribe, otra cuestión es cuando los resultados no son siempre los esperados y ocasionan daños a la salud. Ante esto, surge el interés de varios enfoques de diferentes disciplinas para reflexionar. De esta manera, Ramos-Rocha (*Ibíd.*: 82) refiere y se pregunta:

“la polémica sobre la cirugía estética nace del cuestionamiento de psicólogos, antropólogos, sociólogos, feministas, médicos e inclusive de la población en general, sobre la motivación de quien solicita la intervención: ¿son personas ‘sanas’ o ‘padecen emocionalmente’ al encontrarse inconformes con su cuerpo?”.

Es oportuno plantear algunas interrogantes para responder los dilemas que conciernen a las cirugías estéticas y a quién se las realiza. Ante este análisis de la ética, Álvarez *et al*, (2006: 16) plantean las siguientes preguntas: “¿por qué es necesario este tipo de reflexiones? ¿No es acaso más simple quedarse con lo que se nos ha enseñado (con la moral)?”, desde la opinión de quien esto escribe, la respuesta es ¡no!, hay que adoptar una actitud crítica (ética). En este sentido, la reflexión ética permite abordar los dilemas éticos y morales en torno a este tema: ¿las cirugías estéticas son una imposición moral o una expresión de autonomía sobre el cuerpo de las mujeres?; ¿son totalmente autónomas las mujeres que

optan por realizarse cirugías estéticas?; ¿quienes deciden realizarse cirugías estéticas van perdiendo paulatinamente la capacidad de autonomía? El objetivo de la bioética es el debate de los dilemas bioéticos, sus consecuencias (satisfactorias o perjudiciales) y su relación con la moral, lo cual implica reflexiones éticas. De esta forma, Álvarez y col., (*Ídem*) expresan que: “La moral dice qué se debe hacer, la ética pregunta por qué se debe hacer”. Pensar que la elección de todas las mujeres de realizarse cirugías estéticas es libre, sería tal vez fantasear e incorrecto, ya que hay ciertas circunstancias con un grado de exigencia moral que alteran la decisión, y por tanto la identidad y personalidad, para cumplir con demandas explícitas e implícitas impuestas por otros, sea la sociedad, la familia, la pareja, las amistades, en fin, por el entorno que presiona para agrandar y ser aceptada por los demás.

### II.3.3 Las cirugías estéticas de las mujeres como problema de salud en México.

A continuación se menciona la situación de las cirugías estéticas en México a nivel de América Latina y el mundo. Cabe señalar que se acudió a dependencias como la Secretaría de Salud Federal (y local) y a la COFEPRIS para obtener datos más recientes, pero sólo se cuenta con los datos aquí señalados.

Con base en la Encuesta Global Bianual de la Sociedad Internacional de Cirujanos Plásticos y Estéticos (ISAPS)<sup>38</sup>, en el año 2016 México ocupa el quinto lugar a escala mundial en cirugías estéticas (con 923 mil 243 procedimientos al año), siendo la primera nación Estados Unidos, seguida de Brasil, Japón e Italia. Los cinco países son clasificados con la mayor demanda en estos procedimientos (ISAPS, 2017). Sin embargo, en América Latina tiene el segundo lugar en intervenciones estéticas después de Brasil, siguiéndole Argentina y Colombia (*La Jornada*, 2008, citada en Muñiz, 2014). Asimismo, es un país donde las mujeres son la población que recurre más frecuentemente a estas prácticas (Muñiz, 2011). Aunque también los hombres comienzan a acudir a las cirugías estéticas, pero en menor frecuencia, en su caso: “se aumentan los pectorales y bíceps, se aplican

---

<sup>38</sup> Por sus siglas en inglés.

injertos en la cabellera o se aplican prótesis en el pene” (*Ibíd.*: 57). En relación con lo anterior, Ramos-Rocha (2012: 85), señala que: “De acuerdo con el género, la mujer acude al cirujano estético en una relación 9:1 comparada con el hombre, pues accede con mayor facilidad a alterar su cuerpo como respuesta a presiones sociales”. Sobre esto, Esther Pineda menciona que a las mujeres se les ha convertido en consumidoras, creadoras y representantes de belleza, por el contrario, a los hombres se les ha convertido en receptores y espectadores de belleza (Pineda, 2012). No obstante, lo anterior ha ido cambiando con el tiempo ya que los hombres comienzan a recurrir cada vez a las cirugías estéticas, esto debido a la presión social por “verse bien” físicamente (Gómez, 2018). En este sentido, en nuestro país, los casos de hombres que recurren a las cirugías estéticas están aumentando, a lo cual, Gómez (*Ídem*) comenta que: “Ahora, en México, cuatro de cada 10 pacientes de una cirugía plástica son varones y no les importa pagar 180 mil por verse como quieren. [...] En los últimos cinco años, en México, el aumento fue de 10%”. Al respecto, el cirujano plástico Francisco Pérez, certificado por la AMCPER comenta que los pacientes tienen entre 24 y 40 años, y que las cirugías más solicitadas son la lipoescultura de alta definición (resaltar con la propia grasa los músculos del abdomen, los pectorales, los hombros y las pantorrillas), la rinoplastia (modifica la forma de la nariz) y la mastectomía (reduce el volumen el tejido mamario). La presión social por el atractivo físico es mayor en la comunidad gay (hombres), teniendo el 60% en estas prácticas (*Ídem*). Hay personas que también eligen operaciones de reasignación sexual para tener el cuerpo deseado (Muñiz, 2011). De este modo, en México, a partir de los años setenta han surgido especialistas que integran organizaciones civiles, para dar atención sobre sexualidad, terapia individual o grupal a personas transexuales; y para llevar a cabo la administración de hormonas y la cirugía de genitales. Algunas de estas instituciones son: la Asociación Mexicana de Salud Sexual A.C. (AMSSAC), Caleidoscopía, A.C., el Instituto Mexicano de Sexología (IMESEX) y la Sociedad Mexicana de Sexología Humanista Integral (SOMESHI). Sin embargo, las opciones que tienen las personas trans todavía son limitadas, inseguras y muy

costosas para poder recurrir a las consultas médicas, los tratamientos hormonales y la cirugía de reasignación sexual (Sandoval, 2006).

Por otra parte, al menos dos de cada diez cirugías estéticas en el país son realizadas por inexpertos, por lo que México también ocupa el segundo lugar en cirugías realizadas por personas no capacitadas (Ramírez, 2013). Ahora los seudoespecialistas en México cometen el delito de inyectar productos ilegales (biopolímeros) sin que las autoridades sanitarias hayan instrumentado políticas preventivas. Es evidente que hay un vacío legal que favorece la proliferación de charlatanes (Cacho, 2009). También existe un vacío de información segura y amplia sobre los contras de realizarse cirugías estéticas, esto con base en estadísticas sobre las implicaciones negativas en la salud de las mujeres que acuden a lugares inadecuados en cuanto a normatividad y servicio ético. Esto se ilustra con el siguiente dato: “En México [...] existen más de tres mil clínicas de belleza que operan clandestinamente, según los datos de la Cámara Nacional de la Industria del Embellecimiento” (Muñiz, 2011: 113-114). Ante el incremento de las cirugías estéticas en los hombres, han surgido más charlatanes que ponen en riesgo la salud y la vida de las personas (Gómez, 2018).

De acuerdo con el vocero de la *Asociación Mexicana de Cirugía Plástica Estética*, Giovanni Betti (en Muñiz, 2011: 102): “anualmente en México se realizan cerca de 500 mil intervenciones; entre las que destacan el aumento de mamas, con 20% de las intervenciones; seguido de 12.5 %, de liposucciones; 12%, de rinoplastias, y 9% de aumento de glúteos”. Estos tipos de procedimientos son más solicitados por mujeres de entre 18 y 30 años de edad (*Ídem*). A finales de la época de los cuarenta y principios de los ochenta:

“[...] los casos de mujeres que se practicaban cirugías cosméticas para ‘arreglar’ cualquier parte del cuerpo eran pocos e identificables, muy velados y regularmente entre mujeres pertenecientes a esferas de la sociedad con altos recursos económicos o aquellos que se dedicaban al espectáculo del cine o a la televisión. Este hecho ha cambiado significativamente en la actualidad, pues a partir de los años ochenta se ha convertido en un fenómeno de masas, popularizándose en amplios espacios sociales, particularmente entre las capas medias, gracias a los medios de comunicación y a los procesos globalizadores [...]” (*Ibíd.*: 37).

La demanda de cirugías estéticas está trascendiendo los países, las “clases sociales”, las edades y los sexos. El aumento de busto, la rinoplastia (cirugía de la nariz), la lipoescultura o liposucción y la cirugía de orejas son los procedimientos con mayor demanda, coinciden cirujanos consultados (AMCOPER, 2010).

El culto a la delgadez, a la “juventud” y a modelos de belleza es impuesto por las industrias del cine, el entorno social, la moda y los medios de comunicación. La belleza va de la mano con la “juventud”, y a través del uso de procedimientos quirúrgicos se obtienen ambas, disminuyendo arrugas que están asociadas a la vejez. Por lo tanto, si se quiere conservar la “apariencia juvenil” se tienen que consumir prácticas cosmetológicas. Por su parte, López<sup>39</sup> (citada en Villanueva, 2015: 19) señala que: “el tratamiento con sustancias adecuadas no es riesgoso, pero a veces las personas acuden a lugares como gimnasios, spas y estéticas, en donde inyectan sustancias mal aplicadas o desconocidas, ocasionando quemaduras, úlceras y manchas, porque se dejaron llevar por alguien que les ofreció el tratamiento a menor costo”. La aplicación de bótox y otros procedimientos estéticos requieren ser francamente médicos (cirujano plástico), ya que es importante la instrucción en anatomía para conocer estructuras de la cara y la piel, conocer las sustancias y sus riesgos. Sobre lo anterior, el bótox es una toxina de la bacteria botulínica que se aplica a través de una inyección en distintas partes del rostro, cuyo efecto es desvanecer las arrugas y expresiones faciales (Muñiz, 2011). Adán Fuentes<sup>40</sup> (*Ídem*), explica que:

“la toxina botulínica es una sustancia que se aplica en dosis pequeñas para paralizar parcialmente el músculo y desaparecer las líneas de expresión; el riesgo es aplicar una dosis mayor porque eso provoca una parálisis completa de la cara, caída del párpado, visión doble, afectación de la capacidad de masticar o hablar”.

Al respecto, Aguilera (2013: 3) sostiene que: “mujeres inconformes con su cuerpo, homosexuales que se quieren poner senos y rellenar glúteos, son las principales víctimas de usurpadores que les inyectan diversas sustancias peligrosas”. Al principio de la práctica estética todo marcha bien, pues se logra el

---

<sup>39</sup> Dermatóloga miembro de la Fundación Mexicana para la Dermatología.

<sup>40</sup> Dermatólogo del Hospital General Dr. Manuel Gea González y del Hospital Español.

cambio aparentemente estético y económico, pero sólo por un tiempo. La gran mayoría de las personas empiezan a presentar problemas a los ocho años de haberse inyectado. No hay parámetros para saber con certeza que algo anda mal a raíz de las inyecciones porque cada cuerpo reacciona diferente. Aparecen síntomas, por lo que se acude con médicos y otros profesionales de la salud, y al final resulta que los síntomas vienen porque alguna vez les inyectaron algo para mejorar su apariencia. Las cirugías estéticas conllevan una anestesia y no están exentas de complicaciones negativas, es algo que se debe valorar, por lo que:

“Aun acudiendo al mejor especialista en cirugía plástica, los principales riesgos siempre están presentes. Entre los principales peligros se hallan los rechazos de implantes, o quedar con diferente sensibilidad en la zona operada o alrededor de ella, la decoloración de la piel, necrosis de tejidos, asimetría, infección o mala cicatrización y reacciones alérgicas a la anestesia” (*Ibíd.*: 5).

Además, una inadecuada cirugía estética puede ocasionar reacciones adversas como: quemaduras, cicatrices, deformidades, asimetrías, perforaciones, desfiguración, mutilaciones, infecciones, dificultades para retirar implantes y sustancias, pues se adhieren a músculos y tejidos dañando otros órganos y funciones del cuerpo, así como la muerte (Pineda, 2012). También, las cirugías estéticas pueden tener un impacto negativo en la salud psicológica, provocando problemas como: la alteración del estado emocional, depresión, ansiedad, culpa, vergüenza y aislamiento social, que pueden presentarse, por un lado, cuando los resultados no son los esperados y, por otro lado, al ocasionar obsesión por las cirugías estéticas.

En este punto es importante mencionar datos de investigaciones sobre los pros y contras de estas prácticas en la salud. Para ello, se han revisado algunos testimonios de mujeres que se han sometido a diferentes cirugías cosméticas y el relato de un cirujano plástico. Tales testimonios son resultado de estudios cualitativos que utilizaron la técnica de la entrevista en profundidad, los cuales se mencionan a continuación.

Muñiz refiere que no resulta fácil acercarse a personas que han tenido resultados desagradables por una cirugía cosmética mal realizada, ya que lo mantienen oculto, por lo que también evitan demandar al cirujano plástico

responsable. En relación con esto, es interesante el siguiente testimonio de una mujer:

“Yo no me he operado, pero mi mejor amiga sí, fue con una cirujano [sic] que le recomendaron y le quedó la nariz horrible [...] debes escoger un muy buen cirujano y checar si la nariz que quieres va con tu rostro, ya que hay fotos de pacientes con una nariz hermosa pero tal vez no te queda por tus facciones. También investiga el historial del cirujano y que esté certificado en cirugía plástica [...] generalmente los buenos te cobran mucho, no vayas con los baratos ya que te puedes arrepentir [...] es tu rostro y no hay marcha atrás. A mi amiga le cambió mucho la expresión del rostro, parece todo estirado del área de los ojos y la boca y no sabes lo arrepentida que está, en cuatro meses la operarán de nuevo [...] pero ella tiene miedo de que le quede como Michael Jackson [...]”<sup>41</sup> (Muñiz, 2011: 110-111).

Muñiz explica que las personas que quieren realizarse alguna intervención quirúrgica tienen presente la importancia de acudir con cirujanos especialistas y pertenecientes a la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica para evitar consecuencias negativas. No obstante, las cirugías cosméticas tienen un costo muy elevado para personas de ciertas capas sociales, quienes llegan a acudir a lugares inadecuados o clandestinos para realizarlas, obteniendo resultados perjudiciales a su salud e inclusive a su vida. Al respecto, menciona el caso de Virginia, que fue desolador y quedó impune:

“[...] durante un año vendió postres, gelatinas y pasteles de casa en casa para ‘juntar’ el dinero suficiente y realizarse una liposucción. Quería retirar de su cuerpo una grasa necia que se había acumulado con el tiempo y que las dietas no lograban remover. Sus escasos recursos la obligaron a acudir a una clínica que sin duda no contaba con la infraestructura necesaria. El día de su intervención llegó y en una práctica riesgosa, como es la de someterse a la anestesia, sufrió muerte cerebral. De familia pobre y sin apoyos, no hubo quien demandara a los responsables”<sup>42</sup> (*Ibíd.*: 113).

---

<sup>41</sup> Entrevista realizada por la doctora Elsa Muñiz por Internet (s/f). Según ella, este medio de obtener testimonios, es una forma para acercarse a las mujeres que han tenido secuelas por alguna cirugía cosmética y que deciden mantenerlo en secreto, además de guardar el anonimato. La entrevistada aparece con el nombre de “Ana Karen” y no se menciona la edad ni otro dato sobre ella (Muñiz, 2011: 113).

<sup>42</sup> Entrevista obtenida por Mayra Peñaloza García en investigación realizada de octubre de 2008 a julio de 2009 (no se mencionan más datos de la informante) (citada en *Ídem*).

Muñiz señala que el fenómeno de las cirugías cosméticas ha llevado a muchas mujeres a una situación de dependencia y adicción: “¿Te has practicado alguna cirugía plástica?: Sí...rinoplastia, colocación de implantes en busto, lipectomía, maxilofacial [...]”<sup>43</sup> (*Ibíd.*: 111-112).

Se ha mencionado la parte negativa o perjudicial de las cirugías estéticas, pero falta abordar el lado positivo de las mismas. Por el lado de la salud psicológica, elevan la autoestima de las mujeres, el resultado esperado en su apariencia física les da seguridad. Además, ellas ejercen el derecho a decidir sobre su propio cuerpo al realizarse un procedimiento quirúrgico.

En su investigación de maestría, Guerrero (2009: 95, 96) entrevistó a un cirujano plástico sobre los pros de las cirugías estéticas y las características socio-demográficas de las mujeres que suelen acudir a estas prácticas, esto fue lo que respondió:

“Para muchas el hecho de cambiar su imagen aparente eso les mejora tanto su estado emocional, les puede dar seguridad [...] puede hacer que se desarrollen en su trabajo. [...] su estado de ánimo mejora [...] Normalmente el tipo de pacientes que yo manejo es clase media, ahora es muy difícil que un paciente de escasos recursos venga [...] la gente de clase media viene, se da cuenta de los costos y si está en sus posibilidades pues lo hace, normalmente es clase media y la mayoría son gentes que están en edad laboral que tienen cierto grado de educación, por ejemplo, arriba de bachillerato, ahora con las facilidades que hay para operarse, como son créditos bancarios, tarjetas y algunas cosas, la gente más fácilmente se está haciendo cirugía (Salvador) ”.

En otras dos entrevistas efectuadas por Guerrero (*Ibíd.*: 138, 83) a dos mujeres que se realizaron una intervención quirúrgica, hubo temor al inicio, pero los resultados fueron satisfactorios en ambos casos. En el primer caso la informante comentó:

“[...] después de la cirugía no sabía qué iba a suceder [...] estaba vendada y los ojos los tenía hinchados [...] una incertidumbre de saber si vas a quedar como quieres o qué es lo que me va a pasar. El proceso fue lento, reconocí cómo cambió mi cuerpo [...]”

---

<sup>43</sup> Entrevista realizada por la doctora Elsa Muñiz por Internet (s/f), la informante aparece con el nombre de Gaby (no se mencionan más datos de ella) (*Ídem*).

me encantó y así decidí cuidarme más y estar a la expectativa de lo que me hiciera falta (Ágata, 39 años)”.

En el segundo caso, el procedimiento consistió en reducir el tamaño de los senos por una cuestión incómoda: “Decidí reducirme el busto [...] no me gusta el busto grande [...] me traumaba, como soy bajita [...] yo sentía que el busto me hacía ver gordita [...] (Salomé, 53 años)”<sup>44</sup>.

En relación con lo anterior, las cirugías estéticas surgieron como una técnica quirúrgica, después pasaron a ser un fenómeno social y hoy en día constituyen un problema de salud pública<sup>45</sup> en México (Muñiz, 2011), sobre todo para las mujeres por ser la población que recurre más frecuentemente a estos procedimientos en espacios irregulares en cuanto a normatividad sanitaria y con personal no profesional que las realiza sin el conocimiento adecuado ni la ética, lo cual ocasiona consecuencias negativas sobre su salud física y psicológica.

En síntesis, es necesario señalar que el desconocimiento real del tema sobre las desventajas de las cirugías estéticas podría empujar sobre todo a mujeres jóvenes a problemas físicos irreversibles, quienes hacen uso de las cirugías estéticas cuando el cuerpo no se ha terminado de desarrollar, ocasionando problemas en la salud. Asimismo, las necesidades y deseos de las personas al someterse a una cirugía estética son diversos, así como los resultados, por ello, es importante y necesario conocer sus motivaciones, sus percepciones y sus deseos con respecto a las cirugías estéticas para generar una reflexión ética. Por último, hay que abordar las controversias que giran alrededor de estas prácticas, como son: la violencia de género, el papel de la belleza en la mujer y sus mecanismos, para analizar las cirugías cosméticas como prácticas de belleza y reflexionar sobre la subjetividad de las mujeres que se las realizan. Aspectos que se abordarán en el siguiente capítulo.

---

<sup>44</sup> A los 26 años se disminuyó el tamaño del busto y se lo levantó.

<sup>45</sup> Se considera así cuando un fenómeno social, una enfermedad, etc., tienen un impacto negativo de magnitud (aumento), trascendencia (en sexos, edades, capas sociales, ocupación laboral, estado civil, etc.) y relevancia (en salud) en un país (Información obtenida mediante la comunicación personal con la Dra. Luz María Moreno Tetlacuilo en el Auditorio “Dr. Fernando Ocaranza”, al finalizar una sesión del Seminario Permanente de Género y Salud en 2016).

### **CAPÍTULO III. GÉNERO Y CIRUGÍAS ESTÉTICAS**

Este capítulo desarrolla la perspectiva de género, sus antecedentes y las características que la definen. Se analizan las cirugías estéticas desde esta perspectiva porque tienen una raíz de género (construcción cultural); su relación con la belleza y las controversias sobre la violencia de género implícitas en las mismas, así como la subjetividad de la mujer.

Para ello, se retoman algunas posturas de autoras feministas sobre estas prácticas, las cuales divergen, mientras que algunas las consideran mera “banalidad” y opuestas al desarrollo de la libertad de la mujer (lo que busca el feminismo), otras feministas opinan que no sólo favorecen la autoestima de las mujeres, sino el control de ellas sobre su propio cuerpo. Desde la opinión de quien esto escribe, los motivos que llevan a las personas a someterse a dichas prácticas son diversos, por lo que su análisis no puede ser superficial ni rígido acerca de ideas que las estigmatizan; por el contrario, su estudio tiene que contemplar que la sociedad y la tecnología están cambiando. Así, corresponde entender este fenómeno a través de la subjetividad de las mujeres que se las realizan. Para esto, se retoma el análisis de la académica feminista Davis Kuthy<sup>46</sup> (2007), quien explora el tema de las cirugías cosméticas en las mujeres. Su crítica feminista a estas prácticas va más allá de una cuestión de belleza al verlas como una forma de “equilibrismo feminista”. Sus aportes enriquecen el presente de capítulo.

Todo lo anterior retomando ciertos aspectos de la formación humanística señalados en el perfil de egresada en Promoción de la Salud, incorporando una mirada de género para discutir sobre los estereotipos de género y de belleza en las mujeres, y sus connotaciones en las cirugías estéticas, la salud, la subjetividad, la autonomía, la corporalidad, la responsabilidad y el feminismo.

#### III.1 La perspectiva de género.

El término género fue utilizado por primera vez por John Money en 1955, quien propuso la expresión “papel de género” para describir y diferenciar el conjunto de

---

<sup>46</sup> Investigadora y feminista estadounidense en el Instituto de Cultura e Historia de la Universidad de Utrecht. Sus estudios actuales versan sobre estudios acerca del “sistema de belleza” y la cirugía cosmética (Davis, 2007).

conductas atribuidas a los varones y a las mujeres. Pero es Robert Stoller quien establece la diferencia conceptual entre género y sexo, a partir de diversos estudios donde expresó que niños y niñas que fueron educados/as de acuerdo a un sexo que fisiológicamente no era el suyo (ya que las características externas de los genitales se prestaban a confusión), mantenían las formas de comportamiento del sexo en que habían sido educados (Stoller, 1968, citado en Botello, 2008). El concepto de género se empezó a utilizar en diversos estudios. Las épocas en las que surgen estos se mencionan a continuación.

Los antecedentes sobre los estudios de género se remiten desde Platón y Aristóteles<sup>47</sup>, quienes en sus investigaciones se referían a la condición social de las mujeres acerca de la “inferioridad femenina” en relación a la “superioridad masculina”. Sin embargo, fue a partir de la Revolución Francesa y la Ilustración (siglos XVII y XVIII, respectivamente) cuando surgieron con énfasis en Europa, y después en Estados Unidos, los valores de la modernidad, explicados en los términos “igualdad, libertad, fraternidad”. Fue en ese momento, cuando las mujeres empezaron a exigir sus derechos como ciudadanas. También, en el siglo XIX, participaron en movimientos obreros para demandar participación social y económica igualitaria, el derecho al voto, así como a la educación igualitaria para hombres y mujeres. La Segunda Guerra Mundial impulsó los movimientos de las mujeres contra la discriminación por razones de raza, religión o sexo. Con esta presión se extiende el derecho de la mujer al voto a los países occidentales que aún no lo habían conseguido. Uno de los movimientos sociales que se desarrollaron fue el feminismo, que logra avanzar contra la desigualdad social, logrando separar la sexualidad de la maternidad por el progreso de las técnicas anticonceptivas (Burin, 2006).

Para Chávez (2004), no se puede hablar de género sin tomar en cuenta el papel que han desarrollado las mujeres dentro del feminismo, por lo cual indica tres elementos fundamentales en el cambio de la condición social de las mujeres: 1) la incorporación al trabajo remunerado; 2) la incorporación masiva a la educación, principalmente en el nivel superior, que fue creciendo en la segunda

---

<sup>47</sup> Filósofos griegos.

mitad del siglo XX; y por último, 3) la participación en la vida cotidiana, identificadas como ciudadanas a través del derecho a votar y la participación política. Estas incorporaciones en los espacios de la economía, del trabajo, la educación y la participación en la política social son acontecimientos importantes que evidencian el proceso histórico-social de la mujer. De esta manera, Chávez (*Ibíd.*: 10) menciona que el feminismo se ubica:

“[...] como un movimiento social que llevó a las mujeres a plantear, primero el derecho a la ciudadanía, después a la igualdad y hoy a la equidad de género. En este marco surge la perspectiva de género como una categoría de análisis para el estudio de las construcciones culturales y sociales propias para los hombres y las mujeres, lo que identifica lo femenino y lo masculino”.

Es preciso mencionar que en los ambientes feministas se llevó a cabo un desplazamiento conceptual. El concepto “estudios de la mujer” se modificó por “estudios de género”, ya que se buscó el reconocimiento en el campo académico. Al respecto, Joan Scott (citada en Botello, 2008: 36) explica:

“En los últimos años cierto número de libros y artículos cuya materia es la historia de las mujeres, sustituyeron en sus títulos *mujeres* por *género*. En algunos casos esta acepción, aunque se refiera vagamente a ciertos conceptos analíticos, se relaciona realmente con la acogida política del tema. En esas ocasiones el empleo de *género* trata de subrayar la seriedad académica de la obra, porque ‘género’ suena más neutral y objetivo que ‘mujeres’”.

Los estudios de género se desarrollaron en el campo humanístico y de las ciencias sociales, más orientadas en disciplinas como: la psicología, la sociología, la antropología, el derecho, las letras, la filosofía, etc. Desde sus inicios se trató de una perspectiva interdisciplinaria al utilizar diversos marcos teóricos y metodológicos (Burin, 2006). El concepto de género en sus inicios tuvo un desarrollo teórico relevante en el campo de la antropología, en la medida que esta disciplina se ha interesado de manera particular por la forma en que la cultura expresa las diferencias entre hombres y mujeres a partir de lo biológico (Botello, 2008). Por tanto, se empieza a emplear la perspectiva o enfoque de género en las investigaciones. De este modo, la visión de género está relacionada con otros

campos de aplicación como: la educación, la legislación, las prácticas médicas, lo cual ha permitido ampliar esta perspectiva a partir de la utilización de los conocimientos de las diversas disciplinas (Burin, 2006).

El término género se ha ido construyendo y ampliando a través de diferentes aportaciones a lo largo del tiempo. De igual manera, los estudios de género han investigado cada vez más fenómenos. En los años ochenta emanó una corriente más abarcadora e incluyente que buscó nuevas formas con enfoque de género. Actualmente, estos estudios no sólo se orientan hacia la mujer y el feminismo, sino al estudio del género y su relación con otras dimensiones identitarias como: la masculinidad, la etnicidad, los adultos mayores, las personas con alguna discapacidad, las personas con orientaciones sexuales diversas, etc. De este modo, los estudios de género:

“[...] aspiran a ofrecer nuevas construcciones de sentido para que hombres y mujeres perciban su masculinidad y su feminidad, y reconstruyan los vínculos entre ambos en términos que no sean los tradicionales opresivos y discriminatorios, todo ello basado en que el análisis de los conflictos de los nuevos vínculos entre los géneros contribuirá a establecer condiciones de vida más justas y equitativas para ambos” (*Ibíd.*: 26).

La perspectiva de género emana como categoría de análisis en el estudio de las construcciones culturales que definen “el ser” y el “deber ser” de mujeres y hombres en un espacio y tiempo determinado. Al respecto, Infante (2004: 61) señala que:

“La perspectiva de género plantea como eje del problema que las diferencias anatómicas existentes entre los sexos, al ser interpretadas en esa construcción social, no sólo se han mantenido como tales, sino que se han transformado en desigualdades. Estas desigualdades han generado una condición de inequidad (oportunidades de unos y otros) y conducido a la devaluación, discriminación, marginación e injusticia social [...] En esta condición de inequidad se valora diferente a hombres y mujeres. La diferencia se refleja en los espacios, las tareas, los sentimientos [...]”.

En México, los estudios de género comenzaron impulsados por el feminismo, a finales del siglo XX. Con el aporte de varios estudios en el campo de

escritoras, investigadoras y feministas precursoras y continuadoras como: Sor Juana Inés de la Cruz, Rosario Castellanos Figueroa, Marcela Lagarde y De Los Ríos, Marta Lamas Encabo, Graciela Hierro Pérezcastro, por mencionar algunas. Más recientemente, aparecen investigadores en diversidad sexual, masculinidades y, por supuesto, en género, entre ellos, se encuentran Guillermo Núñez Noriega, Héctor Domínguez-Ruvalcaba, entre otros.

Aunque el propósito de la investigación no es hacer un recuento de los grupos, programas y centros de estudios de género existentes en México, se mencionan algunos por fecha de aparición y clasificación de externos e internos a la institución de procedencia de la autora, ya que han contribuido a la investigación, la divulgación y la formación académica en el campo del género. Aunque también es necesario que estas instancias atiendan problemáticas sobre las cirugías estéticas. En la Ciudad de México se fundó el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de El Colegio de México (PIEM), desde 1983 ha contribuido al análisis de la situación de las mujeres y de las relaciones de género, desde una perspectiva interdisciplinaria (Bartra, 1997), hoy nombrado Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG)<sup>48</sup>. Posteriormente, en 1998, la Especialización-Maestría en Estudios de la Mujer en la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Unidad Xochimilco, es aprobada para impartir cursos, surge a partir de la iniciativa de estudiosas que conformaban el área de investigación “Mujer, identidad y poder” (Lau y Cruz, 2005). También, surgió en 1992 el Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG) en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), actualmente llamado Centro de Investigaciones y Estudios de Género (CIEG) (Bartra, 1997). En nuestro país, los estudios con perspectiva de género han aumentado en diferentes áreas de investigación aportando nuevos conocimientos y enfoques a “viejos” y “nuevos” problemas (Melgar, 2005). Así, en 2009 surgió el Centro de Estudios Antropológicos de Género, Sexualidad y Etnicidad (CEAGSE) Marinella Miano de la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) y se aprobó en 2010, se

---

<sup>48</sup> Comunicación vía correo con Josefina Recillas Silva (Asistente administrativa de El Colegio de México), el 27 de julio de 2018.

encarga de realizar y difundir el conocimiento generado sobre los temas en cuestión<sup>49</sup>. Además, en 2012, surgieron las Redes de Género fundadas por la Unidad Politécnica de Gestión con perspectiva de Género (UPGPG), del Instituto Politécnico Nacional (IPN) (IPN, 2018). Asimismo, en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), en 2007 surgió el Centro de Estudios Interdisciplinarios de Género (CEIG) en el plantel San Lorenzo Tezonco (CEIG, 2018); en 2012 aparecen el Programa Académico de Estudios de Género (PAEG)<sup>50</sup> y el Laboratorio de Estudios de Género<sup>51</sup>; en 2014 se constituye el Grupo Interdisciplinario de Investigación en Género y Sexualidad (GIIGS)<sup>52</sup>, los tres últimos en el plantel Cuauhtépec; y, en 2018, se crea la *Política Universitaria sobre el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia y no discriminación para la igualdad sustantiva entre hombres y mujeres en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México*, de la cual se deriva la Unidad de Género y Feminismos (UACM, 2018).

En nuestro país el enfoque de género se ha integrado a la implementación de leyes como: el principio fundamental de igualdad jurídica entre hombres y mujeres; la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, etc. y en la creación de instituciones, unidades y programas, como: el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES); la Comisión especial para conocer y dar seguimiento a las investigaciones relacionadas con los feminicidios de la República Mexicana, de la Cámara de Diputados; el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED); Unidades Especializadas para la Atención a Usuarios de la Comunidad LGBTTTI; el programa de Prevención y Atención de la Violencia de Género dentro de las políticas públicas, llevado a cabo por el personal de salud de las unidades médicas del Sistema de Salud del Distrito Federal, etc. (Camarena, Saavedra y Ducloux, 2014). Estas instituciones representan un avance en la

---

<sup>49</sup> Comunicación personal con el Dr. Raúl Arriaga Ortiz (Coordinador del CEAGSE: Marinella Miano), el 24 de agosto de 2018.

<sup>50</sup> Comunicación personal con la Mtra. Alicia Rodríguez Ruiz, responsable del PAEG, el 16 de noviembre de 2018.

<sup>51</sup> Comunicación personal con la Mtra. Gezabel Guzmán Ramírez, responsable del Laboratorio, el 13 de noviembre de 2018.

<sup>52</sup> Comunicación personal con el Mtro. Porfirio Miguel Hernández Cabrera, integrante del GIIGS, durante una asesoría de tesis, el 20 de junio de 2018.

materia, aunque falta mucho cumplimiento de las leyes y acciones para que en México haya absoluta igualdad de género y respeto a los derechos humanos.

Respecto al término género, existen confusiones sobre la analogía con las categorías de sexo y mujer, lo cual es incorrecto. A continuación se explican y aclaran estas cuestiones. El concepto género es utilizado erróneamente como sinónimo de sexo y ambos vocablos socialmente se relacionan, pero son diferentes en cuanto a significado. Para Lagarde (1990: 61 y 169), la noción género se refiere al: “[...] conjunto de cualidades económicas, sociales, psicológicas, políticas y culturales atribuidas a los sexos, las cuales, mediante procesos sociales y culturales constituyen a los particulares y a los grupos sociales”, según el sexo, y este último, lo define como: “[...] el conjunto de características genotípicas y fenotípicas presentes en los sistemas, funciones y procesos del cuerpo humano [...]” (*Ídem*). Cabe señalar que los términos de sexo y género son constructos socio-culturales y, como tales, ambos pueden ser cambiados o modificados.

El concepto género distingue la relación que se hace entre los factores culturales y biológicos para crear estereotipos y roles de género (los cuales más adelante se explican), lo que ocasiona desigualdades y formas de discriminación entre hombres y mujeres. Por lo antes mencionado, Infante (2004: 67) explica que el: “[...] *género* se utiliza para mostrar que el hecho biológico (por ejemplo, la capacidad de concepción) es un fenómeno distinto del hecho cultural (la maternidad) y que la cultura construye, sobre un hecho biológico, una serie de inequidades sociales”. De igual forma, la categoría género cuestiona las prácticas sexistas contra las mujeres, que derivan de la cultura por su condición biológica, interviniendo en su desarrollo personal y profesional. Esto se refleja a través de:

“[...] relaciones de dominio/subordinación y como funciones y responsabilidades sociales que colocan a la mujer en condiciones de desventaja al limitar su acceso a la educación, la salud, y el empleo remunerado a partir de las funciones y responsabilidades sociales asociadas a la sexualidad, la reproducción y la división social del trabajo” (*Ídem*).

Sobre la idea errónea de que el término género es considerado sinónimo de mujer, ésta se propagó porque la perspectiva de género:

“[...] surgió de los estudios sobre la condición social de las mujeres. Sin embargo, el pensamiento ha evolucionado al correr de los años y nos ha permitido entender el género, al referirse a un modelo de organización social, toma en cuenta la forma en que la cultura construye los esquemas de masculinidad-feminidad que impactan diferencialmente a varones y mujeres” (*Ídem*).

Por lo que respecta al concepto género, éste no es estático, tiende a modificarse con el tiempo conforme a investigaciones y cuando es necesario. Posee las siguientes particularidades que lo describen:

1. Es relacional, como construcción social de las diferencias sexuales alude a las distinciones entre lo “femenino” y lo “masculino”.
2. Es variable, en cuanto a construcción cultural, cambiará de cultura en cultura y de contexto en contexto, por lo que resulta imposible universalizar a la mujer o al hombre.
3. Posee la capacidad de multiplicidad, ya que la identidad de las personas está determinada por varios elementos: la pertenencia étnica, la edad, la clase social, la religión, la orientación sexual.
4. Toma en cuenta el contexto histórico-social particular para analizar el modo en que se producen las relaciones de género (Guzmán y Bolio, 2010).

Es preciso revisar algunas definiciones de diferentes autores para una visión más amplia acerca del concepto género. Beneria y Roldán (1987, citadas en Bustos, 2000: 21) denominan el vocablo género como: “[...] la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores y actividades diferenciadas entre hombres y mujeres, a través de un proceso de construcción social que tiene una serie de elementos distintivos”. Estas autoras ya contemplan en su definición de género a la subjetividad de las personas. Por su parte, Chávez (2004) menciona que el término género es dinámico, histórico y un constructo socio-cultural porque está permeado por ideas, creencias y representaciones sobre lo “masculino” y lo “femenino” a partir del sexo de las personas. Lo biológico está determinado culturalmente en la manera de sentir, vestir y comportarse de una persona, también constituye la interpretación del “ser mujer” o “ser hombre” y la forma de relacionarse entre ambos en los espacios privados y públicos.

Así, el concepto género está inmerso en las construcciones y los conceptos de “masculinidad” y “feminidad”. En relación con esto, Izquierdo (1985, citada en Bustos, 2000: 22) indica que: “La adquisición del género implica el aprendizaje de ciertas normas que informan a la persona de lo obligado, lo prohibido y lo permitido”. De esta manera, se entiende por la noción género una expresión construida hacia la diferenciación de “ser mujer” o “ser hombre”, que incurre en diversos factores, y también puede ser subjetiva, pues tiene que ver con modos particulares de pensar, sentir, valorar, comportarse, concebirse (autoimagen), realizar actividades, relacionarse de diversas maneras entre las personas. Además tiene relación con la orientación sexual de cada quien.

Ahora bien, para Lamas (1995) la visión de género consiste en reconocer y separar la diferencia sexual y las construcciones socio-culturales con base en el sexo biológico. Mientras que para Guzmán y Bolio (2010) como visión crítica, integral e histórica toma en cuenta los factores económicos, políticos, psicológicos y sociales para explicar el mundo. De esta manera, el enfoque de género aborda aspectos sobre las diferencias y jerarquías entre hombres y mujeres, pero también analiza las formas de violencia de género hacia las mujeres y personas con orientación sexual diversa. Así pues, esta visión:

“[...] sostiene que una de las dimensiones de la desigualdad social y en particular de las violencias de género, es la relación diferencial y jerárquica (en términos de subordinación de lo femenino y lo masculino no hegemónico a la masculinidad hegemónica patriarcal) entre mujeres y hombres, en interrelación con otras como la clase social, la etnia, la raza, o la edad, las cuales dependen de las circunstancias históricas, del lugar y del momento particular donde transcurren los proyectos vitales de las personas” (Estrada y Sánchez-Alfaro, 2011: 54).

La perspectiva de género es entendida como una visión reflexiva que no sólo estudia y analiza la relación desigual de poder y comportamiento entre hombres y mujeres, sino que aborda la permeabilidad de los estereotipos de género y de belleza en las mujeres; identifica formas de violencia de género explícita e implícita en estas prácticas. Más adelante se revisan estos aspectos.

### III.2 El papel ornamental de la mujer en una sociedad patriarcal.

En este punto se abordan aspectos atribuidos culturalmente a la concepción de la mujer a partir de los estereotipos de género y de belleza; se reflexiona acerca de las cirugías estéticas como prácticas de belleza o una forma de control de las mujeres sobre su cuerpo; se revisan cuestiones sobre la violencia de género implícita en estas prácticas; y, por último, se analiza el concepto de subjetividad, puesto que contribuirá a construir e interpretar a todo lo demás a través de la narrativa de las mujeres. Para ello, resulta necesario el enfoque de género para reflexionar sobre las percepciones del cuerpo “femenino”, el papel de la construcción del género en las mujeres y su vinculación con las cirugías cosméticas. Resulta necesario señalar que se remite (en este apartado y en subjetividad de la mujer) más a posturas “en contra” de las cirugías estéticas porque no se encontró mucha información “a favor”.

#### III.2.1 Las cirugías estéticas como práctica de belleza en las mujeres.

Desde la opinión de quien esto escribe, el tema del papel ornamental de la mujer es complejo por dos cuestiones que salen a colación en esta investigación y no se tienen que dejar de lado. Por una parte, el adorno “femenino” en la mujer se discute porque tanto los medios de comunicación y la publicidad generalizan un modelo estético patriarcal de “ser mujer”, que responden a falsos estereotipos de belleza (manipulados por *photoshop*), en su gran mayoría mostrando y denigrando el cuerpo de la mujer mexicana como mero objeto sexual. Pero, por otra parte, el arreglo “femenino” también puede ser una decisión autónoma de las mujeres sobre su propio cuerpo, por lo cual es importante revisar la apreciación de algunos y algunas autoras que expliquen y analicen la cuestión de la “belleza femenina” y los mecanismos que la reproducen.

Las personas tratan de modificar alguna parte de su cuerpo de una u otra manera. En este sentido, se establecen ideales de belleza para las mujeres, pero ¿qué factores influyen y qué se entiende por belleza? Sobre esto, Gaytán y Lara (2009: 150) refieren que: “La sociedad en que vivimos nos dicta normas de estética basadas en apreciaciones subjetivas, necesidades del grupo, recursos

disponibles e incluso presiones del medio ambiente”. Así, por ejemplo, en una investigación de los años veinte, realizada por el psiquiatra-psicoanalista Schilder (2003, citado en Bermúdez, Castañeda, Barrios, Venegas y Martínez, 2010: 4) con mujeres que se realizaron cirugías estéticas, la mayoría señaló que: “[...] se seguían sintiendo feas pese al éxito de las cirugías, demostrando que el sentimiento de belleza no corresponde necesariamente con la época ni con parámetros de la realidad, sino a una subjetividad”. Con “fea” se refiere a que las mujeres perciben que su apariencia física no empata o no corresponde con los estereotipos de belleza. Platón, Aristóteles y luego el psicoanálisis, plantearon claramente que la belleza no depende necesariamente de una coincidencia entre el cuerpo real y el modelo, sino de la subjetividad. Acosta<sup>53</sup> (*Ídem*) define la belleza en el mundo contemporáneo como: “un cambio radical de lo erótico a lo meramente sexual: del amor y el erotismo a lo meramente objetal”. De igual forma, Ferrer (2009: 21) opina que la belleza: “[...] es solamente lo que sentimos en la intimidad de nosotros mismos, y tampoco podemos basarnos en una cualidad objetiva, porque lo que uno encuentra bello en un objeto bien puede ser considerado lo contrario por otro individuo”. Mientras que para Savater, la belleza no es más que una idea compleja y exploratoria para descubrir cosas distintas (Savater, 2010). Los medios de comunicación y la publicidad han tenido el rol determinante de reproducir falsos estereotipos, creando defectos físicos más ligados a las mujeres, por lo que difunden, establecen y generalizan modelos de belleza que pueden ser posibles a través del uso de un sinnúmero de productos fantasiosos para las mujeres. Sobre esto, Bustos (2000: 22) menciona que: “Los medios son sistemas sociales que operan de acuerdo a ciertos objetivos específicos, valores, estilos organizativos y posibilidades tecnológicas”.

Al respecto de los estereotipos de género y de belleza, Zarco (2009: 92) en su investigación de tesis de maestría menciona el relato de Daniela, quien define la belleza de la siguiente manera:

*“-¿La belleza? Para mí, hay dos tipos de... o sea, la intelectual y la física... la belleza física, pues... ser armonioso físicamente, ¿no? como... es que, es que no sé cómo belleza... este, así como los*

---

<sup>53</sup> Jefe del Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de Antioquia.

*estereotipos, ¿no? de que... tienes que ser alta y güerita y flaquita y... con el estómago plano y todo eso, ¿no? [...] [La belleza intelectual:] –No sé, hay gente que piensa muy bien... por ejemplo, gente muy culta o gente muy... filósofos o cosas así, ¿no? o sea, y gente que... de verdad tiene un carácter hermoso, no sé... ¿no? que... por ejemplo, yo conocí a una chava que era...era una... es mi amiga y es un... o sea, es lindísima, o sea, nunca... es súper cooperativa y así, o sea, eso es como que belleza intelectual, ¿no? o sea, no importa que... físicamente, tal vez no seas... no sé, modelo... pero interiormente eres bien linda, o sea...”<sup>54</sup>.*

También, muestra cómo son las características físicas y de actitud en una mujer para ser considerada “bella” y cuál es el propósito de “ser atractiva” a través del testimonio de Alejandra:

*“Pues yo creo que entre delgada... ser delgada, tener bonitas facciones... y ser bonita como persona... o sea, no ser payasa ni sangrona, ni creída [...] una persona sencilla, una persona abierta<sup>55</sup> y que sea, y que es ella... ella misma...[...].”*

Socialmente se considera que la belleza implica atraer miradas de admiración, obtener el éxito y satisfacción a nivel personal y profesional. De esta manera, Alejandra agrega:

*“Te ganas al mundo... si juntas todo eso [belleza y personalidad]... que hay sencillez... en su persona, n’hombre... yo pienso que todo así, por ella... maravilloso... o por las personas que están a tu al... te abre las puertas... y es muy bonito, ¿no? es muy bonito que te hablen, que te saluden, ¿a poco no? yo sí...”<sup>56</sup>.*

El siguiente relato de Eloísa, extraído de la misma investigación, revela que coexisten cánones de belleza a través de los medios de comunicación que difunden estereotipos de género y de belleza:

*“[...] Pues tú ve todas las artistas cómo están... flacas... ¿sí? Todas las artistas... [...] claro que sí tiene que ver...pus si te están metiendo todo el día eso en la televisión... por eso hay tanta anorexia, por eso hay tantos problemas de... de conducta...”*

---

<sup>54</sup> Cursivas en el original.

<sup>55</sup> *Ibíd.*: 94. Cursivas en el original.

<sup>56</sup> *Ibíd.*: 97. Cursivas en el original.

*porque si no estamos como el de la tele, ¡uy! Como en la novela... que la bonita es la que le va bien...*<sup>57</sup> como la película que la más bonita es la que es... triunfadora, la que... la héroe, la que... todo mundo está con ella... la exitosa [...]”.

Los diversos mecanismos de género (sociedad, medios de comunicación, publicidad, literatura, cine, tecnología, etc.) son promotores de actitudes patriarcales como: considerar a la mujer como simple objeto al mostrar imágenes degradantes y morales respecto a lo “femenino”, y dar valor a lo superficial del cuerpo. Cabe señalar que estos dispositivos responden a lo que se considera socialmente como “normal”, lo “femenino”. Por lo anterior, lo socio-cultural influye en el comportamiento y los significados de las personas sobre el “ser mujer” o “ser hombre” teniendo como base el “sistema patriarcal” (Guzmán y Bolio, 2010). De esta manera, el patriarcado se considera como: “[...] uno de los espacios históricos del poder masculino [...] se conforma por [...] contenidos culturales” (Lagarde, 1990: 78), está caracterizado por ideas, normas y lenguajes en determinadas elecciones de vida de las personas. Hay todo un conjunto de medios de difusión que exhiben eróticamente el cuerpo de las mujeres, a través de la televisión, el cine, la moda, los concursos de belleza, entre otros. Bernard (2012: 6), acerca del papel de la “belleza femenina”, sostiene que: “[...] ningún ser humano puede ser discriminado por razón de sexo, las imágenes que se difunden de la mujer a través de la publicidad suelen ser estereotipadas e inexactas y negativas, describiendo a las mujeres más por su apariencia que por sus capacidades”. Las situaciones fantásticas por el patriarcado expuestas por los medios enseñan a las mujeres que deben ser “objetos eróticos” para ser reconocidas, admiradas, deseadas; deben serlo también para acceder al bienestar, a la fortuna, al éxito, a los bienes necesarios para vivir, y, desde luego, deben serlo para acceder a espacios y a los hombres (Lagarde, 1990). Por tanto, Tubert (1999: 69) menciona que los “modelos de femineidad”:

---

<sup>57</sup> *Ibíd.*: 129. Cursivas en el original.

“[...] se han ido configurando como estereotipos – lo que ya es una fuente de coerción y de alineación, en tanto nos impone la exigencia de asumir acríticamente modelos generados independientemente de nuestras necesidades, deseos y aspiraciones- y no sólo eso, sino que se trata de estereotipos que denigran la feminidad”.

La percepción física llega a estar cargada de presiones sociales que terminan imponiéndose en el cuerpo y su valoración. Al explorar el tema del ornamento “femenino”, y por consiguiente de los falsos estereotipos de belleza, resulta preciso explicar el término de estereotipo. Para Costa (citado en Núñez y Ayala, 2012: 18), el concepto de estereotipo es definido como: “[...] una imagen fuertemente instaurada, muy generalizada (a veces en el inconsciente colectivo) y a menudo ritualizada”, es así una forma y modelo naturalizado de discriminación basado en el perfil racial y cultural. Un estereotipo generaliza las atribuciones sociales sin importar lo individual de las personas (Guzmán y Bolio, 2010). A continuación, se mencionan algunas características sobre la noción de los estereotipos:

- Suponen una generalización y visión simplificada del mundo.
  - Pueden apoyarse o no en hechos reales, pero la interpretación de estos hechos obedece a prejuicios.
  - Son difíciles de modificar y se transmiten de generación en generación.
  - Se vinculan a acciones discriminatorias.
  - No respetan las diferencias entre las personas, promoviendo la intolerancia.
- (Ídem).

La imagen corporal de una persona puede involucrar aceptación o desaprobación social, por ejemplo, si hay sobrepeso y, sobre todo, obesidad. Al respecto, Gaytán y Lara (2009: 147) consideran que:

“[...] desde el punto de vista de los estudios sobre la corporeidad humana, [...] la obesidad es más que un padecimiento de salud. La persona que padece exceso de peso se enfrenta a una estigmatización social y es sometida a una serie de condiciones de vida que la llevan a alejarse del grupo al que debería pertenecer, lo cual agrava aún más su problema”.

Existe una gran variedad de prejuicios cuando las personas tienen sobrepeso u obesidad; son consideradas como “viejas”, “débiles” y con poca fuerza de voluntad, y en muchas ocasiones terminan culpándose de su sobrepeso (*Ídem*). Para Bruchon-Schweitzer (1992, citado en *Ibíd.*: 150): “la imagen corporal es un conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que un individuo elabora acerca de su cuerpo durante su existencia, a consecuencia de diversas experiencias a lo largo de su vida”. La apariencia física está permeada por una concepción económico-mercadológica en relación con las aspiraciones socio-culturales.

La cuestión de la belleza va de la mano con la “juventud”; de esta manera, con la realización de procedimientos quirúrgicos las personas obtienen ambas, disminuyendo arrugas que están asociadas a la vejez y la “fealdad”. Por lo tanto, para conservar una “apariencia joven”, las prácticas cosmetológicas resultan más eficaces que los tratamientos de belleza (cremas, limpiezas faciales, entre otros) y que los aparatos eléctricos para desvanecer arrugas del rostro. Por lo antes mencionado, Le Breton (2011, citado en Díaz y Giménez, 2015: 24) explica que: “Los artífices de los cuidados de la belleza son cada vez más numerosos: institutos estéticos, centros de talasoterapia, spas, farmacias, salones de peinado, perfumerías, las grandes tiendas, los dermatólogos, los cirujanos, etc. El mercado del cuerpo no deja de extenderse”.

Así pues, Muñiz (2011) menciona que al igual que la “raza” y el género, la edad también adquiere significado en la subjetividad de las mujeres. Al respecto, expone los siguientes testimonios de dos mujeres que se han realizado cirugías estéticas en el rostro, para quienes el envejecimiento es un proceso difícil:

“pues el tránsito a la vejez es este... siempre [...] se supone que uno debe estar preparada y yo me sentía una mujer preparada para ir a ese cambio, tengo ya 52 años y me di cuenta [de] que no, que sí quería verme mejor en mi apariencia para transitar a la vejez de una manera menos conflictiva...”<sup>58</sup>.

“Me hice una operación en el contorno de los ojos para quitarme las arrugas. También me estiré la cara y el cuello para no verme tan vieja [...] estoy contenta, no sabes el sufrimiento que era

---

<sup>58</sup> Entrevista realizada por Muñiz, el 14 de julio de 2011.

levantarme y mirarme al espejo, no me reconocía [...] ahora estoy rejuvenecida”<sup>59</sup>.

En nuestro país las intervenciones quirúrgicas del rostro son realizadas a mujeres de entre 30 y 65 años de edad (*Ídem*). En relación con lo anterior: “[...] México es el país en el que mayoritariamente se aplican las inyecciones de bótox” (*Ibíd.*: 71).

Para quienes consideran que el rostro es la carta de presentación a primera vista de otros, el cuidado facial adquiere importancia. De esta forma, Muñiz (*Ibíd.*: 22) explica que: “El temor de la humanidad a envejecer, como antesala del terror a la muerte, ha sido capitalizado por los impulsores y practicantes de la cirugía cosmética; son los miedos ancestrales que nos constituyen [...] y que se conjugan con otros propios de nuestros días, como el miedo al abandono, al rechazo, a la discriminación”.

El incremento en cirugías estéticas se debe al interés de hombres y mujeres por alcanzar estándares de belleza, a una cuestión de salud, y a que se han normalizado socialmente (*Ídem*). Para el cirujano plástico Gaynor (1998: 20) una causa de la demanda es: “[...] el rápido avance en nuevas técnicas que han reducido notablemente el carácter invasor, el riesgo, el tiempo de recuperación y la misma visibilidad de las operaciones [...]”. Sin embargo, a pesar del elevado progreso de la tecnología en el campo de la cirugía estética, resultan todavía problemáticos los resultados y los significados que giran en torno a estas prácticas. Ante esto, la académica feminista Davis (2007: 98) señala que la cirugía cosmética sigue resultando elevada, dolorosa y riesgosa cuando los resultados no son los esperados.

Los puntos de vista sobre las cirugías estéticas difieren en ciertas autoras que han explorado este tema. Algunas conciben a las cirugías cosméticas como: “prácticas culturales que inferiorizan al cuerpo femenino”, mientras que otras aportan una crítica más matizada, como una forma en que las mujeres tienen

---

<sup>59</sup> Entrevista efectuada por Muñiz a una mujer de 55 años (sin fecha).

“control sobre su propio cuerpo”. Por su parte, Gilman (citada en *Ibíd.*: 117) refiere que la cirugía estética es:

“[...] una forma de ‘pase’. Con pase se refiere a que un individuo asume una nueva identidad para así escapar de la subordinación y la opresión que acompañaban a su identidad previa y tener acceso a los privilegios y al estatus de la nueva [...] Así, los *liftings*<sup>60</sup> faciales permiten a las mujeres maduras ‘pasar’ por más jóvenes, y los aumentos de senos ayudan a las mujeres planas a ‘pasar’ por sensuales”.

En resumen, para Davis la cirugía estética es una forma de “pase quirúrgico”. No obstante, algunas académicas feministas han expresado su rechazo hacia la cirugía cosmética en las mujeres, conceptualizándola: “[...] como una práctica de belleza particularmente reprobable que no sólo representa un riesgo para la salud de las mujeres, sino que refuerza las nociones culturales de inferioridad femenina” (Bartky 1990, Young 1990b, Morgan 1991, Bordo 1993, citadas en *Ibíd.*: 18). Otras feministas han realizado investigaciones sobre las cirugías cosméticas y han asumido diferentes posturas y aportaciones. Es el caso de Davis (*Ibíd.*: 126), quien sostiene que:

“[...] la cirugía cosmética es una intervención en la identidad, más que una intervención en la apariencia [...] sin importar género o grupo étnico, no significa que todas las cirugías cosméticas tengan el mismo significado. Las identidades son negociadas en contextos históricos y sociales específicos, en los que las construcciones de raza, etnicidad, género, sexualidad, edad y nacionalidad dan forma a la manera en que un individuo percibe su cuerpo, así como al tipo de prácticas corporales consideradas como deseables, aceptables o apropiadas para alterar el cuerpo”.

Dichas prácticas siguen y seguirán desarrollándose con las nuevas tecnologías (o nuevas aplicaciones de viejas tecnologías) para “moldear” y “embellecer” el cuerpo, cada una aparentemente más efectiva que la anterior. Al respecto, Davis (*Ídem*) agrega que las cirugías estéticas siguen siendo difundidas por los medios de comunicación como una forma para alcanzar “buena vida”, “verse joven” y lucir “atractivo/a”, atrayendo así a las personas para recurrir a

---

<sup>60</sup> Ver el Anexo N°. 4. Glosario de términos.

estas prácticas y, mientras exista una presión socio-cultural, las personas seguirán acudiendo a las cirugías estéticas.

Desde la perspectiva de Orlan<sup>61</sup> (citada en *Ibíd.*: 138) la cirugía plástica (estética): “[...] es un camino hacia la autodeterminación –una manera en que las mujeres pueden recuperar el control sobre sus cuerpos”. Aunque cabe mencionar que, para algunas feministas, esta idea del control de las mujeres sobre su cuerpo es una forma engañadora implícita del “sistema de belleza femenino”, con tal de seguir normas de “belleza femenina”.

Como se ha visto, las controversias sobre estos procedimientos quirúrgicos son patentes, pues están cargadas de diferentes significados o visiones: culturales, médicas, feministas, de género, etc., por lo que resulta un tema complejo, pero no por ello se deja de analizar con otras visiones y con diferentes ángulos para entender el fenómeno.

Al haber realizado esta exploración sobre el papel ornamental de la mujer, se considera que el problema en la discusión sobre dicho papel está en el significado discriminatorio y en los diferentes mecanismos de género que generalizan y normalizan falsos estereotipos de género y de belleza. Las ideas de belleza son constructos socio-culturales y subjetivos en las mujeres para que sigan un ideal de belleza “femenina”; se homogeniza a las mujeres a través de los medios de comunicación y la publicidad por diferentes mecanismos patriarcales como: revistas “femeninas” y concursos de belleza regionales, nacionales e internacionales, estandarizando la “belleza femenina” en México a partir de modelos de belleza de otros países. Lo más importante en el presente estudio es remarcar el impacto (positivo y negativo) que pueden ocasionar las cirugías estéticas sobre la salud física y psicológica en las mujeres, también evitar caer en puntos de vista tradicionales, en prejuicios, en ideas superficiales, estigmatizadas o de tabú, así como en la indiferencia, que impidan generar un análisis crítico y ético sobre estas prácticas. Por ello, es más substancial conocer las narrativas de

---

<sup>61</sup> Artista francesa del *performance*. Utiliza la cirugía cosmética en su cuerpo para llevar a cabo sus performances. Davis, K. (2007), *El cuerpo a la carta*, México: La Cifra.

las mujeres que se han realizado cirugías estéticas respetando, ante todo, su subjetividad.

### III.2.2 Controversias sobre la violencia de género implícita en las cirugías estéticas.

En este apartado es conveniente mencionar qué se entiende por violencia de género. Pero antes, hay que señalar que la violencia de género desde la opinión de quien esto escribe, no es sinónimo de violencia contra las mujeres pues, como anteriormente se señaló, el término género no sólo incluye a las mujeres, sino a los hombres en sus diferentes adscripciones de diversidad sexual, etnicidad, discapacidad, etc., pero además abarca a las personas transgénero<sup>62</sup>. Es decir, analiza las relaciones de asimetría entre mujeres y hombres, así como la violencia contra personas con orientación sexual no heterosexual o algún otro grupo que es discriminado o violentado. Como anteriormente se resaltó, el estudio se enfocó en las expresiones de género de las mujeres.

Siendo tan complejo el tema de la violencia, surgen diferentes enfoques teóricos que lo abordan, pero que difieren. Mientras unos sostienen que existen componentes innatos que explican las conductas de los sujetos: “Desde este enfoque la agresión tiene como fundamento principal el instinto y ciertos aportes de la biología: la herencia, la neurología, la endocrinología, etcétera” (Botello, 2008: 58), otras visiones se enfocan en aspectos externos del organismo para explicar el comportamiento violento de las personas, sostienen que: “[...] la agresión tiene relación más con el aprendizaje, la influencia del medio, etcétera [...]” (*Ídem*). Desde la opinión de quien esto escribe, la violencia hacia los seres vivos o el medio, en cualquiera de sus formas, es inaceptable.

Para Corsi y Bonino (Herrera, 2009), la violencia contra las mujeres subyace en cuatro procesos psicosociales que contribuyen a ocultarla: 1) la

---

<sup>62</sup> El término trans es una categoría que incluye a: “[...] personas que interfieren en sus cuerpos hormonal y/o quirúrgicamente con el fin de convertirse en un sexo diferente; personas que cambian su identidad de género pero deciden no cambiar sus cuerpos ni hormonal ni quirúrgicamente; así como transgéneros, entendidos como personas que tienen como objetivo un proyecto político para dismantelar el binarismo de género” (Soley-Beltran, 2014: 24).

invisibilización, son formas de abusos y maltratos físicos imperceptibles que están basadas en construcciones culturales; 2) la naturalización, mediante un conjunto de conductas permisivas violentas como si formaran parte de la naturaleza humana, sobre todo de los hombres, justificando de esta manera, los actos de violencia en la vida cotidiana; 3) la insensibilización, consiste en un proceso social de aceptación y costumbre a la violencia real o ficticia por los medios de comunicación y la publicidad, a la indiferencia y pasividad ante el sufrimiento de los otros u otras; y 4) el encubrimiento de los actos violentos, cuya finalidad es contener, confundir, decaer y silenciar a las víctimas y los contrarios.

Se distinguen tres espacios en que la violencia se teje contra las mujeres, el primero es: 1) la esfera personal y/o familiar, donde se edifican y validan las identidades propias de “ser mujer” o “ser hombre”. Se reproducen roles y estereotipos de género, costumbres, creencias y conflictos en los que se sustenta el maltrato físico, psicológico, sexual y económico a lo largo de la vida de las mujeres, sea como hijas, hermanas, esposas, madres o abuelas, a través de la amenaza, coacción, intimidación, chantaje, celos, humillación, prohibición, abandono, expropiación de bienes, violación marital, incesto, abuso físico en periodo de gestación, abortos selectivos, embarazos no deseados, iniciación sexual forzada, violencia durante el noviazgo, hasta la muerte; 2) el espacio comunitario o social, en el cual existen prácticas, creencias y costumbres que, siendo legitimadas o no socialmente, causan dolor o sufrimiento físico, sexual, emocional e inclusive la muerte. Algunos casos son el aborto selectivo cuando una restricción obliga a tener un solo hijo; la muerte por dote insuficiente; la mutilación sexual; el abandono a causa de infertilidad; el acoso y la intimidación en la escuela y el trabajo; el tráfico sexual de mujeres; la prostitución forzada; la violación; la pornografía infantil; y el turismo sexual. Y, por último, 3) el ámbito del Estado, que se refiere a la institucionalización de la violencia, o la participación de aquel como perpetrador de abusos de poder, cuando las mujeres se convierten en motín y se someten a una forma de esclavitud sexual militar, cuando se realizan violaciones múltiples y se tortura a las mujeres para subordinarlas (*Ídem*).

Para este estudio interesa la visión feminista sobre la violencia de género porque es uno de los enfoques más sobresalientes para abordarla. Sus postulados se basan en la crítica a las desigualdades sociales y relaciones de poder entre mujeres y hombres causados por un “sistema patriarcal” extensivo. Este enfoque ha originado debates en espacios académicos, políticos y de organizaciones civiles para manifestar, debatir, reflexionar y promover la participación de las mujeres en los espacios de poder, como un derecho necesario y como una forma específica de igualar las relaciones con los hombres (Botello, 2008). Por lo anterior, Herrera (2009: 109-110) indica que:

“[...] la violencia contra las mujeres como una constante en las relaciones de la vida cotidiana es un hecho reciente en la historia de la humanidad, que se remonta apenas a la década de los setenta del siglo pasado, y surge ante el cuestionamiento de feministas y posteriormente gracias a los estudios de género en torno a lo social, lo político y lo jurídico, pero sobre todo, a los discursos científicos hegemónicos que construyen, a partir de las diferencias sexuales, las desigualdades sociales que discriminan e invisibilizan a las mujeres en tanto sobrevaloran lo masculino en todos los ámbitos sociales [...]”.

La violencia no se presenta de la misma manera para un niño, un joven, una persona con orientación sexual diversa, un adulto o un anciano, una mujer o un hombre. Tampoco se limita a los espacios privados o públicos (Botello, 2008). La violencia de género se manifiesta como una forma de subordinación social e histórica de las mujeres en múltiples formas de violencia en lo cultural, laboral, educativo, familiar, sexual, etc. Así, las prácticas, creencias, costumbres y omisiones atentan contra la integridad física, psicológica y sexual de las mujeres a lo largo de su vida. La violencia de género no es meramente agresión física, tiene en cuenta aspectos cotidianos menos visibles (intimidación, humillación, discriminación, sometimiento, exclusión, desvalorización, etc.), que también ejercen un impacto negativo en la vida y salud de las personas.

Por su parte, Herrera (*Ibíd.*: 115) sostiene que la violencia de género: “[...] se refiere a todos los actos que discriminan, someten y subordinan a los seres humanos en diferentes aspectos de su existencia y que afectan su libertad, dignidad, intimidad, integridad física, psíquica [...]”. La mayoría de los medios de

comunicación y publicidad inciden en crear mentalidades discriminatorias al cuerpo y apariencia física de las mujeres. En relación, con esto, Lagarde (2012: 219) opina que: “El papel de los medios de comunicación es crucial en la violencia de género contra las mujeres. Tanto en la visibilización, denuncia, investigación e información sobre violencia, como en la desinformación, la creación de prejuicios, el fomento de valores, juicios e interpretaciones machistas y misóginos”.

Así, la violencia de género adquiere diferentes formas, un ejemplo de ello es el siguiente caso donde el marido decide sobre la apariencia física de su esposa a través de la alimentación y la vestimenta:

“Él [marido] me escoge la ropa, si algo no le gusta me subo a cambiar (...) cuando vamos de compras es lo mismo, me dice: ‘eso no se te ve bien (...) quítatelo’ [y ¿te lo quitas?] sí porque si no se enoja y sale peor (...) luego él me lleva cosas para que las use, y sí, fíjate que sí me las pongo (Penélope, 44 años)” (Guerrero, 2009: 131).

Y agrega:

“Él [marido] se molesta mucho si como pan o cosas grasosas, me dice: ‘ya deja de estar comiendo eso, te vas a poner toda gorda’ y pues [risas] sí, yo sé que lo hace por mí, para que me vea bien (...) pero no puedo dejarlo, eso Fer sí me cuesta muchísimo trabajo (Penélope, 44 años)” (*Ídem*).

Además, la pareja de Penélope la compara con una cantante y la incita a realizarse más cirugías estéticas para que sea físicamente como ella:

“Me dice mi esposo: ‘sí, aprovecha que te cambien todo, que te quiten grasa de acá [parte de la espalda a nivel de los omóplatos] y que te pongan en las pompis’ como a la Ninel ya ves ella [Ninel Conde] se ha hecho de todo, la nariz, el busto, las pantorrillas, la lipo (Penélope, 44 años)” (*Ibíd.*: 135).

La violencia de género agrede principalmente a las mujeres por el simple hecho de “ser mujer” (considerada “el sexo débil”), tiene que ver con formas de correctivos. Las construcciones de género son una forma de violencia hacia las mujeres porque señalan que deben ser subordinadas, sumisas, obedientes y débiles. Cuando la mujer cuestiona estas ideas, intenta liberarse de dichas ataduras y realiza prácticas que van en contra del “deber ser” de la mujer, por lo

cual puede recibir un tipo de castigo o de reconducción, discriminación, etc., para situarla en el papel que le corresponde. La violencia de género es correctiva, por ejemplo: se descalifica o desaprueba a la mujer al usar un atuendo escotado, además, está el acoso y el hostigamiento; al dedicarse a una profesión considerada “de hombre” (ingeniería, entrenadores o instructores de gimnasio, etc.) o una ocupación (conductora de taxi, etc.) se le valora como incompetente e incluso todavía socialmente está “mal visto” (Ferreyra, 2017).

Para Estrada y Sánchez-Alfaro (2011) la necesidad de abordar la violencia de género consiste en dos razones, la primera porque implica un aspecto ético. La segunda, por ser considerada un problema de salud pública en casi todo el mundo, ocasionando diferentes formas y grados de violencia no sólo en las mujeres, sino también en personas con orientación sexual diversa. Partiendo de estas consideraciones se plantean algunas interrogantes: ¿las cirugías estéticas son una transgresión o una iniciativa libertaria del ser mujer?; ¿hay violencia de género hacia las mujeres que se realizan cirugías estéticas? El proceso de socialización del papel ornamental de las mujeres es una construcción histórica, socio-cultural y subjetiva, en el que se ha victimizado a las mujeres, dejando de lado un asunto importante que es la autonomía, y en el que las cirugías estéticas pueden ser una forma de decisión de las mujeres sobre su propio cuerpo, para ellas mismas y no precisamente una imposición por la pareja o el entorno social.

Es importante especificar que la violencia de género puede manifestarse por parte del entorno social hacia las mujeres y no porque ellas mismas se la generen por su decisión de realizarse alguna cirugía cosmética. En el primer caso, hay una influencia explícita e implícita resultando la violencia de género a través de lo que se ha venido analizando en torno al papel estético del “ser mujer” para que las mujeres tengan inconformidad con su cuerpo y apariencia física, y acudan a las cirugías estéticas como una manera eficaz de alcanzar estándares de belleza. De esta manera, después la violencia de género surge por el mismo medio social, con insultos degradantes y humillantes ante resultados no gratos, por una apariencia exuberante, por prejuicios, por rivalidad o envidia,

culpabilizando a las mujeres por las consecuencias que tuvieron a raíz de las cirugías estéticas con la idea falsa y despectiva “¡es que ellas se lo buscaron!”.

De esta manera, es evidente el tipo de violencia psicológica, la cual se define como:

“Cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, el aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio” (Artículo 6 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, citada en Lagarde, 2012: 210).

La violencia de género puede tomar diferentes formas afectando no sólo la salud física de las mujeres, sino también la psicológica.

En el capítulo I se mencionaron algunas Conferencias Internacionales de la Mujer enfocadas a eliminar formas de violencia de género y la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*, de 1979. Éstas evidenciaron los problemas que enfrentan las mujeres a lo largo de su vida y en diferentes condiciones sociales. Asimismo, buscaron que se reconociera la violencia contra las mujeres como un problema que afecta los derechos humanos, la seguridad, la salud, la economía, el desarrollo y la vida de las mujeres. Estas conferencias son avances, pero todavía falta mucho por hacer en materia de violencia de género.

### III.2.3 Cirugías estéticas y subjetividad de la mujer.

El asunto de la subjetividad adquiere gran relevancia en esta investigación para el abordaje de la narrativa de las mujeres y del objeto de estudio. Para ello, se necesita explicar en qué consiste y cómo se construye culturalmente en las mujeres en relación con el “género femenino” y con las cirugías estéticas.

La subjetividad está permeada por la cultura, los valores, los conocimientos que se adquieren de generación en generación, aunque es diferente en las mujeres, además es dinámica e histórica. Referente a lo anterior, Torres (2006: 92) explica que: “[...] la subjetividad también posee su propia historicidad; se hace

y se deshace; puede ser transitoria o permanecer con el paso del tiempo [...]”. Este término converge con el pasado, el presente y el futuro de las personas, de tal forma que se adquiere experiencia (*Ídem*). Respecto a los aspectos que definen a la subjetividad, está relacionada con vivencias personales, sentimientos, opiniones, pensamientos, recuerdos y expectativas, entre otros atributos de las personas. También la subjetividad: “[...] Involucra un conjunto de normas, valores, creencias, lenguajes y formas de aprehender el mundo, conscientes e inconscientes, cognitivas, emocionales, volitivas y eróticas, desde los cuales los sujetos elaboran su experiencia existencial y sus sentidos de vida” (Torres, 2000, citado en *Ibíd.*: 91).

La noción de subjetividad para Lagarde (1990: 42-43) consiste en:

“[...] la particular concepción del mundo y de la vida del sujeto. Está constituida por el conjunto de normas, valores, creencias, lenguajes y formas de aprehender el mundo, conscientes e inconscientes, físicas, intelectuales, afectivas y eróticas. Se estructura a partir del lugar que ocupa el sujeto en la sociedad, y se organiza en torno a formas de percibir, de sentir, de racionalizar y de accionar del sujeto, en su existir. Se constituye en los procesos vitales del sujeto, en cumplimiento de su ser social, en el marco histórico de su cultura”.

Dicha subjetividad está implícita en la socialización de las mujeres como un “ser-para-el-placer-de-otros” (el destinatario), ser que interiorizan y por ende orientan sus acciones de “ser mujer” a los demás. La subjetividad de las mujeres está atribuida socialmente a lo “femenino”, es decir, el cuerpo atribuido a lo sensual o erótico, a la debilidad; sentimientos de emotividad, de dulzura, entre otras características. Por lo anterior, de Beauvoir (2015: 87) menciona que: “[...] lo que nos hace *mujeres*<sup>63</sup> es el género, o sea, el conjunto de procesos culturales y psicológicos que marcan con determinadas atribuciones y prescripciones a las personas con cuerpo de *mujer o de hombre*”.

Es necesario conocer cómo permean los estereotipos de género, cánones de belleza, violencia de género en la subjetividad de la mujer, y también el impacto “positivo” o “negativo” que pueden tener en su salud. En relación con esto,

---

<sup>63</sup> Cursivas en el original.

Bernard (2012: 8) menciona que: “En la actualidad, el aspecto físico se ha convertido en una meta impuesta por los nuevos modelos de vida en los que el aspecto exterior parece ser el único sinónimo válido de éxito, felicidad e, incluso, salud”. Cabe señalar que los estereotipos de género y de belleza no determinan por completo lo que es una mujer ni menos su subjetividad, pues, son ideas construidas, impuestas y por tanto falsas del “ser mujer”.

La expresión “ser mujer” se asigna al género “femenino”, al que se adscriben ciertos atributos subjetivos como: la ternura, el cuidado y la responsabilidad por el otro; ser “bella”; etc., opuestos a los atributos “masculinos” de violencia, competitividad, intereses sociales, etc. (Tubert, 2015). Por su parte, de Beauvoir (2005: 26) indica: “No se nace mujer, se llega a serlo”. Al respecto, Hierro (2000: 157) agrega: “La femineidad y la masculinidad son estatus instituidos que se vuelven identidades psicológicas para cada persona”.

En tanto que Bleichmar (*Ídem*), considera el papel influyente de los cánones de belleza que determinan la valoración del cuerpo en la mujer desde la infancia, pues va descubriendo la admiración y los privilegios sociales y hasta familiares. El cuerpo de las mujeres, concebido como objeto erótico por el patriarcado, reproduce el mensaje “mujer-cuerpo-para-el-placer-de-otros”, en el que las mujeres no son dueñas de su cuerpo, son seres y cuerpos para otros, para entregarse al placer de los hombres. La percepción del cuerpo de la mujer como expropiación del cuerpo del erotismo para el placer de otros, influye en la subjetividad de la mujer al autocensurarse, descalificarse. Muchas de las concepciones que se tienen acerca de la mujer y su cuerpo están permeadas por los roles de género que se establecen culturalmente, porque además influyen en ideas sobre lo “masculino” y lo “femenino”, lo que es considerado para cada sexo y se espera de ellos. Infante (2004: 65) define el rol de género como el:

[...] conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales considerados apropiados para las personas que poseen un sexo determinado. Éste se forma con el conjunto de normas, prescripciones y representaciones culturales que dicta la sociedad sobre el comportamiento masculino y femenino. Aunque hay variaciones de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico [...] se hallan claramente diferenciadas las conductas y actitudes que se esperan de los varones y las cuales se esperan

de las mujeres, además de que se tienden a establecer estereotipos y pautas morales diferentes para cada uno de los géneros”.

Para Basaglia (citada en Lagarde, 1990: 184), el cuerpo de la mujer es considerado socio-culturalmente como un: “[...] cuerpo-para-otros, para entregarse al hombre o procrear, ha impedido a la mujer ser considerada como sujeto histórico-social, ya que su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para otros, con la función específica de la reproducción”. El cuerpo está atravesado por la valoración social de la norma genérica presente en su contexto, que sugiere el tipo de interacción con los demás. Por lo anterior, la corporalidad como constructo dinámico se va conformando por las representaciones y prácticas cotidianas (Muñiz, 2015).

En el imaginario social se impregnan ideas subjetivas de identidad genérica del “ser mujer”. En relación con esto, Tubert (1999: 69, 70) menciona que: “[...] se asigna a lo femenino el descontrol emocional, la hipersensibilidad, las demandas irracionales e ilógicas; se considera a la mujer subordinada a su fisiología [...] Se suele considerar que las mujeres son más pasivas, dependientes, inseguras, abnegadas y sumisas que los hombres”. Analizando la condición de “ser mujer” en una sociedad impregnada por estereotipos de género y de belleza surge la siguiente pregunta: ¿tener senos grandes, ser delgada y “joven” da más valor social sobre otras mujeres? Desde la opinión de quien esto escribe, es importante señalar que “ser mujer” es tan diverso como se quiera ser, las mujeres no tenemos que ser pensadas ni utilizadas como “objetos efímeros y superficiales”, las mujeres somos seres humanas valiosas más allá de una apariencia física, somos autónomas que crean, aportan y cuestionan. Por lo anterior, la subjetividad permite la reflexión sobre lo impuesto; así pues, Boaventura de Sousa Santos (1994, citado en Torres, 2006: 91) define la subjetividad como: “espacio de las diferencias individuales, de la autonomía y la libertad que se levantan contra formas opresivas que van más allá de la producción y tocan lo personal, lo social y lo cultural”.

La subjetividad se trastoca de formas particulares cuando se decide recurrir a las cirugías estéticas. En este sentido, la discusión de feministas sobre las

cirugías estéticas consiste en que estas prácticas reafirman los estereotipos de género y de belleza porque se acepta “lo femenino” y se subordinan al patriarcado, también porque representan un peligro para la salud. Pero los motivos de las mujeres que acuden a estas prácticas pueden ser diversos y no meramente por “vanidad”. Por lo anterior, Davis (2007: 98-99) opina que:

“[...] cuando una mujer pone su cuerpo en las manos de un cirujano está en juego mucho más que sólo su belleza. Para entender la razón por la cual una mujer se somete a una cirugía cosmética se necesita observar más de cerca la forma en que las mujeres le dan sentido a sus decisiones bajo la luz de las experiencias encarnadas antes y después de la cirugía”.

Al respecto de que las mujeres acuden a las cirugías cosméticas por distintas razones vinculadas a la apariencia física, la pareja, el trabajo, entre otros, es necesario reconocer que estas prácticas no sólo cambian la apariencia corporal de las mujeres, sino sus vidas y su estado emocional. Sobre esto, Guerrero (2009: 85) presenta tres testimonios de mujeres que se realizaron cirugías cosméticas y la opinión de un cirujano plástico sobre las aspiraciones:

“Me decidí operar el busto porque desde chica he sufrido de fibromas quísticos (...) y ya que me iban a abrir pues de una vez aprovecho (...) De cirugía en cirugía te cortan (...) Yo ya lo traía muy flácido se me caía (Celestina, 54 años)”.

“A veces no queda de otra que operarte para verte bien (...) parejas, amigos, tú misma (...) así es la cosa (...) no es fácil vivir en un mundo donde la apariencia cuenta y mucho (...) para tener dinero, mejor puesto, mejor pareja (...) mayor acceso a todo (...) la gente cree que es una mentira, pero piensa en lo que quieras y así funciona (Dulcinea, 42 años)” (*Ibíd.*: 128).

“Cada vez hay mayor tolerancia, hasta en los trabajos (...) pero sea como sea el ser guapa te abre las puertas, la desventaja es que te encasillen como bonita y tonta (...) a la mujer latinoamericana le hace falta valorarse como mujer. A la mujer mexicana le ha sido muy difícil ocupar puestos importantes. No es sencillo luchar contra la sociedad machista que tenemos (Ágata, 39 años)” (*Ibíd.*: 138).

“Porque siempre la mujer es la que procura más sentirse mejor físicamente con ella misma, la mayoría de las mujeres de acuerdo a las etapas de su vida pues tratan de mejorar su presencia física, ya sea por su trabajo, ya sea por su relación de pareja o por

sentirse bien con ellas mismas, o por el medio socioeconómico en el que se desarrollan (Salvador)” (*Ibíd.*: 93).

Al revisar explicaciones sobre la ética feminista y los aspectos históricos y conceptuales de las cirugías estéticas en el capítulo II, y después abordar en este capítulo la perspectiva de género, se da cuenta de que dichas prácticas no aparecieron permeadas por estereotipos de género y de belleza; por el contrario, es a través del tiempo que se tiñen con discursos culturales y se atribuyen a la belleza y subjetividad de las mujeres. Davis lo demuestra (*Ibíd.*: 20) cuando explica que la cirugía cosmética:

“[...] no fue intencionalmente pensada como una intervención a la feminidad. Sin embargo, en una sociedad sexista, racista o clasista, ciertos grupos (las mujeres, los grupos étnicamente marginados, las personas mayores, los homosexuales, los minusválidos o los gordos) son definidos como ‘feos, aterradores o repugnantes’ [...]”.

En resumen, en este capítulo se analizaron las cirugías estéticas desde la visión de género, para lo cual, se exploró su relación con los estereotipos de género y de belleza; se revisaron ciertas posturas de feministas sobre las cirugías cosméticas; y se abordaron aspectos acerca de la subjetividad de las mujeres. Sin embargo, es importante conocer los testimonios de quienes han recurrido a estas prácticas para conocer la vinculación de la subjetividad con las cirugías estéticas en las mujeres, así como analizar su impacto sobre su salud física y psicológica.

## CAPÍTULO IV. MÉTODO

### IV.1 Tipo de investigación.

La investigación se llevó a cabo desde la metodología cualitativa porque se enfoca en comprender y profundizar en el fenómeno que se pretende investigar, desde la perspectiva de los o las participantes. Posee varias características que la describen: 1) la revisión de literatura puede ser realizada en cualquier fase del estudio, a la mitad y al final; 2) la inmersión inicial al trabajo de campo implica comprobar la factibilidad del estudio e identificar informantes que aporten datos; 3) las hipótesis no buscan probarse, se van generando durante el proceso y van clarificándose conforme se recaban más datos o son el resultado de la investigación; 4) el análisis no es estadístico, aunque se pueden mencionar algunas estadísticas para dar ejemplos de lo que se está analizando; 5) no intenta generalizar los resultados a poblaciones más amplias; 6) el proceso es en espiral, las etapas interactúan entre sí y no siguen una secuencia rigurosa; en lugar de iniciar con una teoría particular y luego “voltear” al mundo empírico para confirmar si la teoría es apoyada por los hechos, el o la investigadora comienza examinando el mundo social y en este proceso desarrolla una teoría “sólida” con la que observa qué ocurre; 7) proporciona profundidad de los datos recabados, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente, detalles y experiencias únicas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Así, el enfoque cualitativo:

“[...] puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo ‘visible’, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es *naturalista* (porque estudia a los objetos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales y cotidianidad) e *interpretativo* (pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorguen)” (*Ibíd.*: 10).

Además, la investigación fue problematizada desde el campo disciplinar de la Promoción de la Salud, mediante un proceso reflexivo continuo de carácter teórico-metodológico.

La recolección de los datos consiste en obtener las vivencias personales, perspectivas y puntos de vista de los o las participantes (sus experiencias, emociones, opiniones, prioridades, significados, etc.). El investigador o la investigadora recaban datos expresados, verbales o no verbales (visuales mediante expresiones del cuerpo y gestos del rostro, mediante anotaciones o notas de campo) para describirlos y analizarlos. Su meta es describir, comprender y analizar los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los o las participantes. Patton, (1980,1990, citado en Hernández *et al*, 2010: 9) define los datos cualitativos como: “descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones”. En síntesis, el enfoque cualitativo recoge datos descriptivos, la conducta observable y la visión personal de los testimonios basados en sentimientos, prejuicios e ideologías, gustos, deseos y valoraciones.

El investigador o la investigadora se introducen en las experiencias de los o las participantes y construyen el conocimiento. La reflexión es el puente que vincula al/la investigador/investigadora y a los o las participantes. Respecto a la presente investigación, permitió adentrarse en la subjetividad de las mujeres entrevistadas a partir de conocer sus percepciones, sentimientos, experiencias, opiniones y significados sobre las cirugías estéticas.

La justificación para la elección de la metodología cualitativa en la realización de este estudio, aparte de lo ya señalado anteriormente sobre las bondades y riquezas que ofrece, reside en la necesidad de conocer datos cualitativos a través de la experiencia y percepciones de las mujeres y la forma en que perciben subjetivamente su realidad, es decir, no consistió en obtener datos numéricos o generar estadísticas de las mujeres que se han realizado cirugías estéticas. Claro que las estadísticas dan un panorama sobre el fenómeno de estas prácticas en México, pero desde la opinión de quien esto escribe, es importante profundizar en las causas o factores que las permean y cómo repercuten en la salud de las personas que se las realizan.

Para la recolección de los datos, en la metodología cualitativa se utilizan diversas técnicas como: entrevistas en profundidad, historias de vida, revisión de

documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, etc. En este caso, como técnica de investigación para la recolección de datos se utilizó la entrevista en profundidad semi-estructurada (con base en un guión de entrevista previamente establecido y afín a los objetivos de la investigación). Este tipo de entrevista se caracteriza por ser abierta, no estandarizada y con flexibilidad en el orden de las preguntas. Su uso en las entrevistas permitió una indagación amplia y profunda en la obtención de la información, con libertad y flexibilidad en las preguntas. El guión de entrevista no se trató de un protocolo estructurado (Taylor y Bogdan, 1996).

El objetivo de la entrevista consistió en indagar en la subjetividad de las mujeres para conocer el impacto de las cirugías estéticas sobre la salud física (enfermedad, lesión, dolor, infección, hemorragias, hinchazón, traumas físicos, adormecimiento, pérdida de sensibilidad y disfunción de algún órgano del cuerpo, etc.) y psicológica (emociones, valoraciones del cuerpo y “ser mujer”, percepciones de salud, belleza y del cuerpo, motivaciones, experiencias e implicaciones éticas y morales en torno a las cirugías estéticas, etc.).

Así, la metodología cualitativa consiste en obtener datos expresivos, como: palabras, conductas, percepciones, sentimientos, entre otros de las personas que participan en la investigación para intentar ver y comprender desde el punto de vista de los actores. De acuerdo con Taylor y Bogdan (2010: 16), en este enfoque: “Su tema es el estudio fenomenológico de la vida social”. Al respecto, en el presente estudio cualitativo se utilizó la perspectiva fenomenológica como guía de análisis en la interpretación de los testimonios obtenidos de las mujeres en las entrevistas en profundidad. Esta visión intenta entender los fenómenos sociales abordados desde la propia perspectiva de las mujeres, y analiza la manera en cómo experimentan su entorno. Existen dos enfoques teóricos importantes de la visión fenomenológica, el interaccionismo simbólico y la etnometodología. El primero atribuye gran relevancia a los significados sociales que las personas conciben e interpretan de su entorno. De acuerdo con Blumer (1969, citado en Taylor y Bogdan, 2010: 24), el interaccionismo simbólico parte de tres premisas principales:

“La primera es que las personas actúan respecto de las cosas, e incluso respecto de las otras personas, sobre la base de los significados que estas cosas tienen para ellas. De modo que las personas no responden simplemente a estímulos o exteriorizan guiones culturales. Es el significado lo que determina la acción. La segunda [...] que los significados son productos sociales que surgen durante la interacción: ‘El significado que tiene una cosa para una persona se desarrolla a partir de los modos en que otras personas actúan con respecto a ella en lo que concierne a la cosa de que se trata’ (Blumer, 1969, pág. 4) Una persona aprende de las otras personas a ver el mundo. La tercera premisa fundamental [...], es que los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y a sí mismos a través de *un proceso de interpretación*”.

Mientras que el segundo enfoque fenomenológico se orienta a la forma en que las personas dan sentido a la situación externa, es decir, la función de los etnometodólogos radica en:

“[...] examinar los modos en que las personas aplican reglas culturales abstractas y percepciones de sentido común a situaciones concretas, para que las acciones aparezcan como rutinarias, explicables y carentes de ambigüedad. En consecuencia, los significados son un logro práctico por parte de los miembros de la sociedad” (*Ibíd.*: 26).

Para realizar el análisis de resultados se utilizó al interaccionismo simbólico al enfocarse en los significados que las mujeres atribuyen a las cirugías estéticas, también para comprender cómo describen y conciben sus experiencias vividas, y el impacto en su salud física y psicológica a partir de su subjetividad.

Las investigaciones (desde cualquier tipo de metodología) pueden tener un tipo de alcance o más dependiendo del diseño y el enfoque del estudio, la revisión de la literatura, el procedimiento, los objetivos y las interrogantes. Existen cuatro tipos de alcances: exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo, de los cuales para los propósitos de este trabajo sólo se expondrá el primero. Ningún alcance es más valioso que otro, todos son importantes para contribuir más al conocimiento de un tema, a la ejecución y desarrollo de una perspectiva novedosa, generar acciones, fortalecer alguna teoría o metodología, entre otras razones (Hernández *et al*, 2010). Así pues, el alcance exploratorio suele ser con el

que se inicia un estudio para dar paso a futuros estudios, o bien, para realizar una investigación sobre un tema o fenómeno que ya ha sido abordado previamente desde otras áreas o enfoques, pero el que se pretende dar un sentido diferente (*Ídem*). Radica en conocer un tema poco estudiado o desconocido y sobre el que surgen nuevas preguntas de investigación, en el que la información es precaria o poco segura sobre el fenómeno que interesa y en el que el estudio incluya una perspectiva innovadora. Además, los estudios exploratorios, proporcionan datos que permiten identificar nuevos problemas o conceptos y que dan origen a nuevas investigaciones dirigiendo la mirada a un contexto, sexo, población, rango de edad, “clase social”, época, entre otros.

Iniciar con un tipo de alcance depende primero de explorar el tema que se pretende desarrollar a través de la revisión de la literatura y de la perspectiva que se va a utilizar en el estudio. Posteriormente, pueden generarse más alcances en las distintas etapas de desarrollo de la investigación con base en la información obtenida (*Ídem*). De esta manera, el presente estudio es de alcance exploratorio al analizar desde la perspectiva de Promoción de la Salud el tema de las cirugías estéticas, sus implicaciones (“negativas” y “positivas”) sobre la salud física y psicológica, y su vinculación con la subjetividad de las mujeres.

#### IV.2 Planteamiento del problema.

Desde el ámbito de la Promoción de la Salud resulta preocupante el lugar que México ocupa en la demanda de cirugías estéticas, porque están generando mayores resultados y consecuencias negativas en la salud de las mujeres que recurren a estas prácticas; además, conllevan implicaciones éticas, morales y de género. Por ello, esta investigación es un acercamiento para aprender de las experiencias y los significados de las mujeres que se han sometido a una intervención de esta magnitud, para generar conocimiento sobre el fenómeno y, más adelante, utilizarlo para intervenir en él.

#### IV.2.1 Preguntas de investigación.

- ¿Qué significados de salud, belleza y “ser mujer” tienen las mujeres que se realizan cirugías estéticas?
- ¿Cuál es la percepción de las mujeres sobre su cuerpo y qué ideales de belleza tienen para pretender alcanzarlos a través de las cirugías estéticas?
- ¿Cuáles son las implicaciones éticas y morales de las mujeres que se realizan cirugías estéticas?
- ¿Qué efectos tienen las cirugías estéticas en las emociones, autoestima, valoración de salud, su cuerpo y sentirse mujeres?
- ¿Cuál es el impacto de las cirugías estéticas sobre la salud psicológica en mujeres jóvenes y adultas?

Estas interrogantes iniciales generaron interés hacia el tema de las cirugías estéticas realizadas por las mujeres, las cuales dieron pauta para la elaboración de los objetivos de investigación.

#### IV.2.2 Objetivos general y específicos.

Objetivo general:

Analizar desde la Promoción de la Salud, y las perspectivas bioética y de género, el impacto de las cirugías estéticas sobre la salud física y psicológica de mujeres jóvenes y adultas de la Ciudad de México, así como las implicaciones éticas y morales de esta práctica sobre los cuerpos y las subjetividades de las mujeres.

Objetivos específicos:

1. Analizar, desde la Promoción de la Salud, el impacto de las cirugías estéticas sobre la salud física y psicológica de las mujeres que se realizaron esa práctica.

2. Analizar, desde la perspectiva bioética, los contenidos éticos y morales de los motivos y las experiencias pre y post intervención estética de las mujeres.
3. Indagar, desde la perspectiva de género, las concepciones normalizadas de salud, “ser mujer”, “belleza física” y percepción del cuerpo, para profundizar en las experiencias y significados de las mujeres que se realizaron alguna cirugía estética.

#### IV.2.3 Justificación del tema de investigación en el marco de la promoción de la salud.

Las investigaciones sobre las cirugías estéticas han sido abordadas desde diferentes áreas de estudio y perspectivas como: la medicina, la psicología, la sociología, el enfoque de género, el feminismo, etc. Han aportado información valiosa sobre el fenómeno a manera de evidencia empírica de los pros y contras de las cirugías cosméticas, estadísticas relevantes, acontecimientos y posturas. Sin embargo, desde el enfoque de Promoción de la Salud no han sido examinadas, al menos no en México. Por tanto, la justificación del tema de investigación radica en que este es un primer acercamiento desde la perspectiva de Promoción de la Salud, que analizó las implicaciones sobre las cirugías estéticas en la salud física y psicológica de las mujeres que se realizaron alguna cirugía estética, no meramente con una visión perniciosa, sino favorable. A lo largo de la investigación fueron emanando preguntas sobre la cuestión del impacto “negativo” o “positivo” de dichas prácticas en la salud de quien se las realiza: ¿las cirugías estéticas son meramente “banalidad” o también funcionalidad?, ¿acaso la autoestima no es importante en la salud psicológica de las mujeres? Se comprendió el fenómeno de las cirugías cosméticas a través de la subjetividad de las informantes, conociendo los significados de salud, los motivos, las experiencias y vicisitudes de estas prácticas; cómo ven su realidad y por qué la observan de tal manera.

Cabe señalar que es importante poner énfasis, desde la Promoción de la Salud, en la salud de las mujeres que se realizan estas prácticas, pues

actualmente en México siguen aumentando considerablemente, siendo el quinto país en el mundo en cirugías estéticas (ISAPS, 2017). Mientras que a escala de América Latina ocupa el segundo lugar (La Jornada, 2008, citada en Muñiz, 2014). Además, el segundo lugar donde son realizadas por personas no profesionales en el campo (Ramírez, 2013). Asimismo, es un país donde las mujeres son la población que recurre más continuamente a estos procedimientos quirúrgicos (Muñiz, 2011).

Entonces, la cuestión consiste en que llegan a ser perjudiciales en la salud humana, porque se siguen realizando por inexpertos y en espacios inadecuados. Además, falta normatividad sobre el tema y vigilancia, clausura y sanción a los establecimientos que no cumplan con las normas de seguridad.

La necesidad de abordar la investigación desde la bioética y el género, como perspectivas de la Promoción de la Salud, radicó en generar reflexiones éticas, es decir, posturas de la ética feminista acerca de la belleza de la mujer y las cirugías cosméticas, la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo, las controversias sobre la violencia de género implícita en las cirugías estéticas y analizar cuestiones de ética profesional de los cirujanos plásticos. Todo lo anterior mediante la indagación sobre el servicio del cirujano plástico y la opinión del lugar, los significados de “ser mujer”, de belleza y percepción del cuerpo, y generando reflexión y cuestionamiento con las informantes acerca de la autonomía, sus posturas, sus creencias, sus opiniones y significados en torno a las intervenciones quirúrgicas. De acuerdo con Vargas (2009: 159) existen dos tendencias para investigar:

“La primera es *la investigación básica* [...] que se ocupa del objeto de estudio sin considerar una aplicación inmediata, pero teniendo en cuenta que, a partir de sus resultados y descubrimientos, pueden surgir nuevos productos y avances científicos. (Cívicos y Hernández, 2007; Padrón, 2006). La segunda es *la investigación aplicada*<sup>64</sup>, entendida como la utilización de los conocimientos en la práctica, para aplicarlos en provecho de los grupos que participan en esos procesos y en la sociedad en general, además del bagaje de nuevos conocimientos que enriquecen la disciplina”.

---

<sup>64</sup> Cursivas en el original.

Ambas tendencias son importantes en la elaboración de una investigación; mientras que la primera se avoca a la exploración del fenómeno, la segunda tiene la intención inmediata de llevar a la práctica los conocimientos obtenidos con base en los resultados de dicha exploración. Sobre esto, la presente investigación es de tendencia básica y, como tal, se mencionan algunos criterios para considerar su importancia como estudio indagatorio. De acuerdo con Hernández y col. (2010), para este estudio tales criterios son los siguientes:

- 1) Relevancia social. Se refiere al alcance o utilidad de la investigación, a quiénes contribuirá la misma y de qué manera (*Ídem*). Al respecto, se enfoca en conocer el tema de las cirugías estéticas para generar más evidencia empírica sobre la situación actual de las cirugías estéticas y su relación con la salud de las mujeres.
- 2) Valor teórico. Consiste en la posibilidad de generar conocimiento en nuevas teorías, áreas o temas poco explorados o no a través de la investigación (*Ídem*). Así pues, cuanta más investigación exista sobre el tema de las cirugías estéticas, más conocimiento habrá desde diferentes áreas que no lo han abordado, como la Promoción de la Salud.

#### IV.3 Escenario

La investigación se realizó en espacios seleccionados por las informantes, como: áreas verdes, cafetería, casa, oficinas, estética y un gimnasio, ubicados en las delegaciones; Coyoacán, Cuauhtémoc, Venustiano Carranza y Benito Juárez de la Ciudad de México, así como una plaza comercial situada en Tlalnepantla, Estado de México, desde junio de 2015 hasta julio de 2017.

#### IV.4 Población

Se entrevistó a 12 mujeres adultas jóvenes y maduras, quienes tuvieron como características únicas para entrevistarlas tener una o más cirugías estéticas en cualquier parte del cuerpo y que radicaran en la Ciudad de México o en el Área Metropolitana, sin importar el tipo de cirugías cosméticas, el estrato socio-económico, la escolaridad, la orientación sexual, el estado civil, que fueran madres

o no, ni la ocupación. Cabe mencionar que la selección de las mujeres para ser entrevistadas, también contempló que estuvieran en la adultez joven y en la adultez madura. En este estudio, la adultez joven abarcó de los 18 años a los 30 años y la adultez madura desde los 30 años y hasta los 60 años. Se realizó un sólo encuentro para la aplicación de todo el “Guión de entrevista” con todas las informantes, algunas sesiones duraron dos horas, otras tres o más tiempo. Además, en algunos casos se volvió a contactar a las informantes, vía teléfono móvil, para obtener datos faltantes.

#### IV.5 Procedimiento

##### Fase 1

La búsqueda de informantes para realizar el trabajo de campo consistió en dos maneras, que dependieron de las limitaciones y viabilidad del escenario. La primera opción consistió en lo que Taylor y Bogdan (1996) denominan técnica de la “bola de nieve”, la cual reside en exponerles a conocidos/as, amigos/as y familiares el propósito de la investigación y lograr que ellos/as nos presenten, en este caso, a mujeres que se hayan realizado algún tipo de cirugía estética. La segunda opción, en caso de que la primera no resultara efectiva, radicó en explorar los diferentes espacios que se seleccionaron inicialmente: gimnasios, estéticas, lugares para el cuidado físico (spas, clínicas de belleza) de la Ciudad de México, para conocer a posibles informantes (entrenadores/as, estilistas, cirujanos plásticos, etc.) y después hacer contacto con aquellas que aceptaron ser entrevistadas.

Específicamente, implicó contactar vía teléfono móvil y algunos casos mediante visitas a conocidos/as, amigos/as y familiares para explicarles que se estaba realizando un estudio, el cual requería entrevistar a mujeres que se hubieran realizado alguna cirugía estética, por lo que se les llamó para preguntarles si conocían a alguien. En caso de ser así, se solicitó su colaboración para que tuvieran el primer contacto con ellas y que les preguntaran si aceptaban ser entrevistadas para una investigación de tesis y, en caso afirmativo,

proporcionaran su número de móvil o fecha en que podían ser visitadas por la investigadora para concertar la entrevista.

Posteriormente, una vez teniendo los datos de las mujeres que autorizaron dar la entrevista, se procedió a llamarles o en otros casos a reunirse con ellas, para dar a conocer las características generales del estudio, explicarles la importancia de su cooperación en la investigación académica a través de su narrativa y que dicho estudio formaría parte de una tesis, garantizarles el anonimato y también para aclarar dudas. Se concertó el espacio, el día y horario para ser entrevistadas de forma presencial. Para los encuentros se fijó un sitio en el que las informantes no tuvieran interrupciones, incomodidad y situaciones estresantes. Las fechas para las entrevistas estuvieron a disposición de las mujeres entrevistadas (siempre y cuando no afectara el tiempo de la investigación). Se ofreció una copia de la tesis como agradecimiento.

Antes de la reunión se exploró el lugar señalado por las mujeres para evitar inconvenientes el día de la entrevista, localizar la dirección exacta (cerciorándose de que fuera real), contemplar el tiempo para llegar y las rutas más próximas y seguras.

## Fase 2

Esta fase consistió en la prueba piloto del “Cuestionario de selección de las informantes” y del “Guión de entrevista” con dos mujeres entrevistadas, cuyos nombres fueron cambiados y escogidos por ellas.

El día de la entrevista, a cada informante se le entregó la “Carta de consentimiento informado”, instrumento que afirma la seguridad de las informantes (mantener el anonimato y la confidencialidad), y el de la investigadora de tener la aprobación voluntaria para que fueran entrevistadas y el uso de la información de la investigación con fines académicos (ver Anexo N<sup>o</sup>. 1). El documento fue firmado por la informante y la investigadora, se entregó una copia del mismo.

En cada encuentro, se aplicó un “Cuestionario de selección de las informantes” en su forma piloto para confirmar que tuvieran una o más cirugías estéticas, que radicarán en la Ciudad de México y conocer sus características

socio-demográficas. A continuación, en la Tabla N° 1 se muestran los datos socio-demográficos y los datos sobre las cirugías estéticas de dos mujeres entrevistadas durante esta fase de la investigación.

**Tabla Nº 1. Características socio-demográficas y datos sobre las cirugías estéticas de las mujeres entrevistadas (Fase 2).**

Informante	A) DATOS PERSONALES							B) DATOS DE LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS			C) DATOS SOBRE FRECUENCIA Y TEMPORALIDAD DE LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS		D) DATOS DEL LUGAR ACUDIDO PARA LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS		
	Edad	Lugar de residencia	Ocupación y descripción	Estado civil	Pareja y tiempo de relación	Número de hijos/as y edades de hijos/as	Número de cirugías estéticas	Tipo de cirugía estética	Primera cirugía estética realizada y fecha aproximada	¿Dónde acudió a realizarse la/las cirugía/as estética/s?	¿Acudió al mismo lugar y con el mismo cirujano plástico para las demás cirugías estéticas?	¿Cómo se enteró del lugar?			
Diana	22 años	Ciudad de México	Estudiante de canto y pedagogía	Soltera	Con Pareja. 6 meses de relación	Sin hijos	1	Rinoplastia	Rinoplastia Seis meses antes de la entrevista	Consultorio privado	Sólo se realizó una cirugía estética.	Por su otorrinolaringóloga.			
Monserrat	45 años	Ciudad de México	Empleada federal	Madre soltera	Sin pareja	Un hombre de 20 años, un hombre de 25 años y una niña de 8 años.	1	Rinoplastia	Rinoplastia (2013)	Clinica privada	Sólo se realizó una cirugía estética.	Por una amiga del trabajo.			

El “Guión de entrevista” piloto se conformó de los siguientes siete rubros: 1) el significado de salud; 2) los motivos para la práctica de las cirugías estéticas; 3) los significados de ser mujer, de belleza y percepción del cuerpo; 4) la experiencia pre y post a las cirugías estéticas; 5) el impacto de las cirugías estéticas en la salud física y psicológica; 6) las implicaciones éticas y morales de las cirugías estéticas; y 7) la opinión sobre el servicio realizado y del lugar.

### Fase 3

En esta etapa se procedió a reelaborar el “Cuestionario de selección de las informantes” y el “Guión de entrevista” y, posteriormente, a iniciar con la realización formal de las entrevistas. A continuación, se menciona cómo se reelaboraron estos instrumentos.

La aplicación piloto del “Cuestionario de selección de las informantes” permitió hacer más específico el rubro de frecuencia y temporalidad de las cirugías estéticas, separar un rubro sobre el espacio al que acudieron las mujeres a realizarse la/las cirugía/as estética/as y eliminar preguntas que debían ir en el “Guión de entrevista”. El instrumento quedó conformado por cuatro rubros para conocer los datos sobre: las características socio-demográficas; las cirugías estéticas; la frecuencia y temporalidad de las cirugías estéticas; y el lugar acudido para las cirugías estéticas (ver Anexo N°. 2).

En el segundo caso, el “Guión de entrevista” piloto permitió responder a algunas preguntas del estudio y reflejó información, pero respondió incompletamente al objetivo del mismo, por lo cual fue necesario modificarlo y reelaborarlo. Se incluyeron preguntas faltantes y se eliminaron preguntas reiterativas. La redacción de algunas preguntas no era clara, generando confusión en las dos informantes, reflejando respuestas incomprensibles y cortas. Con el fin de tener claridad en las preguntas y ampliar las respuestas de las informantes, se integraron algunas interrogantes auxiliares, como: ¿por qué?, ¿cuáles?, ¿a qué se refiere?, ¿para qué?, ¿cómo? Además, fue necesario replantear preguntas, pedir ejemplos cuando éstas resultaban difíciles y también cuando evadían las preguntas de la entrevista.

El análisis de las entrevistas piloto permitió: identificar la necesidad de profundizar en las respuestas cortas y confusas; entender que esta falta de profundidad se debió a que no se realizó una escucha atenta; localizar preguntas sin respuesta; identificar términos, concepciones y emociones que no se exploraron; reconocer que en algunos casos se dio por conocida las respuestas de las mujeres en lugar de preguntar; aceptar que se mezclaron preguntas de diferentes temáticas; y reconocer que las entrevistas parecían un interrogatorio más que una entrevista en profundidad. De esta manera, a partir de la prueba del “Guión de entrevista” en su versión piloto:

- Se agregaron o eliminaron rubros
- Se incluyeron preguntas faltantes y eliminaron preguntas reiterativas
- Se ordenaron secuencialmente los rubros
- Se reubicaron preguntas en el rubro adecuado
- Se replantearon preguntas poco claras y confusas
- Se modificó el rubro de implicaciones éticas y morales de las cirugías estéticas
- Se agregaron otras interrogantes que no se habían contemplado y que emanaron de la fase piloto, por lo que se amplió el rubro antes mencionado.

El “Guión de entrevista” en su versión definitiva contiene un total de 69 preguntas organizadas en siete rubros (ver Anexo N<sup>o</sup>. 3).

Una vez corregidos estos dos instrumentos de obtención de datos, se procedió a realizar diez entrevistas con mujeres con las características antes descritas. También los nombres fueron cambiados y escogidos por las informantes. Al inicio de la entrevista se entregó la “Carta de consentimiento informado” que fue firmada por cada entrevistada y la investigadora, y se entregó una copia de la misma.

La aplicación del “Guión de entrevista” siguió el modelo de una conversación normal, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Los datos recabados en el instrumento fueron tratados bajo anonimato y con fines académicos. Además de recoger datos descriptivos en las entrevistas, se tomaron

notas de intuiciones, sospechas emergentes y expresiones no verbales, que fueron esenciales para comprender el significado de lo que la informante narró y pudo estar sintiendo en el momento de la entrevista; también cómo lo dijo, para que la entrevista fuera analizada en su conjunto. En esta investigación se siguieron las siguientes recomendaciones para el trabajo de campo: se respetó la opinión de las informantes, no abriendo juicios de valor o dando consejos; se adoptó una postura de apertura y sensibilidad, generando una relación de confianza; y se animó a las entrevistadas para que se expresaran con libertad (Hernández *et al*, 2010).

La investigación no consistió en buscar “la verdad” o “la moralidad” en los relatos, ni mucho menos respuestas “buenas” o “malas”, sino lo que interesó fue todo aquello que las informantes quisieron aportar aparte de las preguntas que se realizaron. En las entrevistas, se realizaron nuevas preguntas en el momento adecuado para evitar la interrupción, se tuvo interés sincero, se evitaron gestos que pudieran malinterpretarse como: aburrimiento, descalificación, etc. Durante las entrevistas se utilizó un grabador de voz para el registro de los testimonios, no sin la aprobación de las informantes para ser audio-grabadas (diálogo completo que sería transcrito para su análisis); el aparato estuvo alejado de la vista de ellas para no inhibirlas.

La estrategia más adecuada para “determinar” el número de entrevistas en la presente investigación cualitativa consistió en la consideración de los siguientes tres factores:

1. Capacidad operativa de recolección y análisis, que se refiere a la cantidad de entrevistas que se pueden realizar y de acuerdo con los recursos que se dispongan.
2. El entendimiento del fenómeno, es decir, el número de entrevistas que permitan responder a las preguntas de investigación, lo que se denomina “saturación de categorías”.
3. La naturaleza del fenómeno bajo análisis, que tiene que ver con si las entrevistas son frecuentes y accesibles o no, y si el realizarlas toma poco o mucho tiempo (Hernández y col., 2010).

Al respecto, Neuman (2009, en *Ibíd.*: 395) señala: “[...] en la indagación cualitativa el *tamaño de muestra no se fija a priori* (previamente a la recolección de datos), sino que se establece un tipo de unidad de análisis y a veces se perfila un número relativamente aproximado de casos, pero la muestra final se conoce cuando las unidades que van adicionándose no aportan información o datos novedosos (‘saturación de categorías’). Con base en estos criterios se estableció que diez entrevistas a mujeres fueron suficientes para cubrir los objetivos de la presente investigación.

Las diez entrevistas fueron transcritas (registro escrito de los testimonios) con sus respectivas anotaciones o notas del lenguaje no verbal como expresiones significativas (entonación, risas, silencios, pausas, expresiones del rostro, señalamientos de las informantes, etc.). Es importante incluir el máximo de información posible para recordar casos o vivencias en el campo y para tener una entrevista sustanciosa (*Ídem*).

Los datos socio-demográficos y los datos sobre las cirugías estéticas de las diez mujeres entrevistadas durante esta fase del estudio se describen en el capítulo de análisis de resultados. Posteriormente, se revisaron minuciosamente todos los testimonios para realizar el análisis de datos.

Por último, la determinación del número de mujeres a entrevistar en el presente estudio, permitió tener información amplia para realizar el análisis de resultados y para responder a los objetivos y las preguntas planteados.

#### IV.6 Las experiencias subjetivas como investigadora previas y durante el trabajo de campo.

A partir del trabajo exploratorio sobre la subjetividad de las mujeres que tienen alguna cirugía estética, desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, realicé una autorreflexión de las experiencias subjetivas como investigadora en el trabajo de campo, sumergiéndome así en mi propia subjetividad para identificar mis emociones, dificultades, pensamientos y valoraciones.

El trabajo de campo lo realicé desde junio de 2015 hasta julio de 2017. El procedimiento para llevarlo a cabo lo describí anteriormente. Sin embargo, resulta

fructífero y complementario hacer uso de las anotaciones registradas en el diario de campo<sup>65</sup> sobre los siguientes puntos que describen las experiencias previas y durante el trabajo de campo. Para ello, hago uso de las anotaciones descritas en el diario, las cuales versan sobre lo siguiente: las dificultades que tuve en la búsqueda de la población de estudio y los aprendizajes obtenidos; las percepciones e impresiones sobre los lugares elegidos por las informantes para la entrevista; las emociones durante la interacción con las participantes; y una breve descripción de la corporalidad de las mujeres, con base en su autopercepción física, y de su personalidad a partir de la convivencia con ellas, y su contribución al estudio.

El ejercicio reflexivo de los datos es parte sustancial del proceso cualitativo, pero también lo es el trabajo autorreflexivo como investigadora, para poder identificar y reflexionar sobre las implicaciones y los alcances propios en la investigación y con la población de estudio. Asimismo, sería deshonesto expresar que mi subjetividad siempre se mantuvo al margen detrás de un armazón invisible. En este sentido, en algunas etapas de la investigación, emanó libremente la subjetividad, pero en otras se ocultó para evitar obstaculizar la obtención de la información. De este modo, en la fase de exploración del trayecto y los espacios para los encuentros afloraron las emociones. Mientras que durante las conversaciones se procuró no demostrar explícitamente las propias emociones y opiniones.

Al iniciar la senda, los retos se me presentaron. La búsqueda para encontrar a las mujeres que han recurrido a una cirugía estética, o más, se volvió complicada, cansada y agobiante. La teoría es una cosa, pero la práctica es muy diferente al momento de hallarse en el trabajo de campo y tener que idear acciones para resolver los desafíos. En este sentido, las rutas propuestas al inicio del trabajo de campo para la búsqueda de las informantes resultaron casi

---

<sup>65</sup> Se emplea para que la/el investigadora/or registre anotaciones (con la fecha y hora) sobre el contexto a explorar, observaciones, puntos de vista, interacciones con las o los participantes de la investigación, reflexiones, emociones, reacciones, aprendizajes, experiencias, dificultades, conclusiones preliminares, hipótesis iniciales, dudas e inquietudes; así como la descripción de eventos, mapas, diagramas, cuadros, esquemas, objetos encontrados, durante el trabajo de campo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

insuficientes al no encontrar de forma inmediata y acertada a las mujeres que han recurrido a la cirugía estética. Por lo anterior, para ampliar la exploración, decidí incursionar en el medio artístico iniciando como estudiante de *bellydance*, estilo tribal americano, en diferentes colegios de danza, tomando cursos y debutando en un teatro y en otros espacios como bailarina porque tuve la conjetura de ampliar las relaciones sociales en este espacio para que me acercaran a mujeres que tuvieran alguna modificación estética. De esta manera, obtuve los contactos de mujeres que habían recurrido a la cirugía estética o que conocían a otras mujeres con las características buscadas y, posteriormente, conseguí sus aprobaciones para ser entrevistadas, resolviendo así esta dificultad. Pero no sólo de los errores hay que aprender, sino también de las dificultades. Por ello, adquirí los aprendizajes (aunque no se expongan por escrito) para tener en cuenta más rutas de búsqueda de las o los participantes en futuras investigaciones (disminuyendo el tiempo en esta etapa y ampliarlo en otras); y reflexioné sobre las implicaciones y experiencias subjetivas con las mujeres. Finalmente, el haber pisado el terreno dancístico me abrió la posibilidad para obtener varios testimonios, pero también para lograr una experiencia satisfactoria en la salud física, la salud emocional, la danza y la convivencia.

Para reconstruir las percepciones e impresiones durante la exploración de los distintos lugares elegidos por las informantes para la entrevista, es necesario señalar el curso de los acontecimientos. Al respecto, inicialmente fue necesario conocer las rutas más seguras y rápidas con el objetivo de medir el tiempo del transcurso y ser puntual; así como comprobar que eran adecuadas para evitar distracciones o sucesos inesperados. La mayoría de las zonas visitadas fueron desconocidas, aventurándome por primera vez a conocerlas, algunos trayectos variaron, pareciéndome retirados, interesantes, tranquilos e inseguros (evaluando el peligro con las mujeres para continuar o no con la reunión). Al respecto, experimenté una sensación satisfactoria al comenzar el trabajo de campo y al conocer el terreno donde me iba a encontrar con mis informantes. Mientras que los lugares para entrevistar los eligieron las mujeres por motivos de comodidad y de cercanía con sus actividades de trabajo, hogar y escuela. En general, al

principio me invadió la inquietud y la extrañeza al habitar diferentes espacios personales de las informantes (casa, estética, gimnasio y oficinas), pero al familiarizarme con ellos, y simpatizar con las mujeres, sentí serenidad, evitando así que las emociones inadecuadas interfirieran en la obtención de los datos.

El presente estudio involucró emociones desafiantes y agradables experimentadas durante la interacción con las participantes. Desafiantes, porque fue una labor continua para poder generar *rapport*; tener una conversación amena y fluída; ocultar mi propia subjetividad para no evidenciar el temor y el asombro por las cirugías estéticas; y obtener profundidad en los datos. Para ello, se intercambiaron palabras, y breves charlas amenas y personales con las participantes minutos antes de la entrevista. Agradables, porque existió un ambiente propicio de apoyo, disposición y cordialidad. De este modo, me envolví subjetivamente con el estudio al profundizar y comprender una parte de la subjetividad de las informantes.

Cabe señalar que también hubo implicaciones subjetivas como investigadora con las informantes posterior al trabajo de campo, específicamente, durante el proceso de análisis de los testimonios, las cuales se mencionan en el capítulo de Conclusiones (ver V.I.2 Autocrítica metodológica).

Por último, describo brevemente la autopercepción corporal de la mayoría de las mujeres y mi percepción de la personalidad de todas en el orden en que fueron realizadas las entrevistas. La intención de compartir estas descripciones es, por una parte, porque el carácter de las informantes influyó en gran medida para favorecer el acercamiento, la simpatía y la seguridad de la comunicación. Aunque también, la primera impresión en el contacto con ellas fue imponente para poder generar *rapport*. Por otro lado, los datos aquí mencionados sobre el aspecto físico y la personalidad de las participantes contribuyeron en el proceso de análisis de la investigación. De este modo, Diana (22 años) fue la primera informante, ella es la más joven de las mujeres; es de estatura media, de aspecto delgado, tez clara y cabello negro; es carismática, amable y sociable. Monserrat (45 años) es de estatura alta, piel morena y cabello negro; refleja un semblante fuerte, seguro y cordial. Zyrkonía (32 años) es de porte alto, de complejión ligeramente robusta,

color de cabello castaño y largo; tiene carácter determinado, solidario y gentil. Violeta (48 años) es de estatura baja, delgada, rostro claro, una cintura muy estrecha y busto prominente; es muy ocurrente, espontánea, sociable e insegura. Karen (26 años) es alta, con un cuerpo delgado y atlético, tiene el cabello negro y largo; posee un semblante bondadoso, considerado y cordial. Scarlet Valladores (36 años) es de estatura media, piel morena y cabello negro; tiene una actitud firme, alegre y atenta. Alma (52 años) es de porte alto, delgado y atlético, tiene el cabello negro y busto prominente; tiene un semblante sereno, bondadoso y emotivo. Ariet (33 años) es alta, piel clara, tiene el cabello largo y ondulado, ojos grandes, una cara ovalada; es de personalidad segura, alegre y optimista. Carolina (38 años) es de estatura alta, físico delgado, cabello rubio y largo; de carácter firme, sociable y dominante. Alia (46 años) es alta, delgada, de piel blanca, cabello negro y largo; tiene un temple sociable, determinante y optimista. Sofía (60 años) es de estatura baja, piel morena, color de cabello rojo y tamaño corto; es muy sociable, abierta y risueña. Finalmente, Nicol (41 años) es de estatura alta, busto prominente, de constitución ligeramente robusta, tiene un carácter cordial y atento.

## CAPÍTULO V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

V.1 Características socio-demográficas y datos sobre las cirugías estéticas de las mujeres entrevistadas.

En este punto se describen las características socio-demográficas y los datos sobre las cirugías estéticas de las 12 mujeres entrevistadas con base en los datos obtenidos en el “Cuestionario de selección de las informantes” (Tablas N°1 y N°2).

Datos personales:

El rango de edad de las mujeres oscila entre los 30 y 40 años, teniendo la más joven 22 años (Diana) y la mayor 60 años de edad (Sofía).

Gran parte de las mujeres (8) radica en la Ciudad de México, sólo 4 viven en el Estado de México.

Tres mujeres se desempeñan como abogadas y una de ellas es instructora de danza árabe; dos son comerciantes y una realiza diferentes profesiones como: maestra y bailarina de danza, profesora de inglés y escritora; una es criminalista; una es entrenadora de físicoconstructivismo; una mujer es secretaria; una empleada federal; una mujer se dedica meramente al “hogar”; y, la informante más joven es estudiante de canto y pedagogía. En síntesis, la mayoría desempeña un trabajo que le permite obtener recursos económicos y, también, son de estratos sociales medios.

Cuatro mujeres no tienen una relación amorosa, mientras que 8 tienen pareja. De esta manera, 2 son casadas, 4 son divorciadas (3 de ellas con pareja), 4 se encuentran solteras (2 con pareja) y 2 son madres solteras (1 con pareja).

El mayor tiempo de relación de pareja es de 37 años (Sofía, 60 años), mientras que el menor es de seis meses (Diana, 22 años y Alía, 46 años).

La mayoría de las participantes tiene hijos e hijas, teniendo más hombres de entre 20 y 34 años de edad y sólo dos menores. En tanto que las hijas son menores de edad y sólo una es de 25 años.

Datos sobre frecuencia y temporalidad de las cirugías estéticas:

Las cirugías estéticas a las que han recurrido las mujeres son: el aumento de senos, la liposucción, la rinoplastia, la lipectomía, el aumento de glúteos, la reconstrucción de senos, la braquioplastia, la vaginoplastia, la otoplastia y el *lifting*<sup>66</sup>. La más frecuente ha sido el aumento de senos (7 mujeres), seguida de la liposucción (6 mujeres) y la rinoplastia (5 mujeres). En menor medida, las otras antes mencionadas.

Los datos anteriores acerca de los procedimientos más solicitados se relacionan con la información brindada por la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, A. C. (AMCPER) en 2010 y por el vocero de la *Asociación Mexicana de Cirugía Plástica Estética*, Giovanni Betti en 2011, donde destaca el aumento de senos. En esta investigación esta práctica es realizada en las informantes de entre 20 y 50 años. Mientras que los rangos de edad de la liposucción van de 30 a 50 años y los de la rinoplastia van de 20 a 50 años. En general, los tres tipos de cirugías más frecuentes son más comunes en las participantes de entre 20 y 50 años. Sólo 2 mujeres han recurrido a una segunda cirugía estética para: rinoplastia (Sofía, 60 años), aumento de glúteos y liposucción (Nicol, 41 años); y una informante en una tercera ocasión para rinoplastia (Violeta, 48 años), y hasta 5 veces para un último procedimiento de *lifting* en el caso de Alia (46 años). El mayor número de intervenciones quirúrgicas realizadas por dos informantes (Violeta, 48 años y Alia, 46 años) es de 6 para cada quien, y sólo la mitad se ha sometido a una.

Datos del lugar recurrido para las cirugías estéticas:

Los lugares a los que acudieron las mujeres para las cirugías cosméticas fueron: una clínica privada (espacio pequeño); un consultorio privado; un hospital privado (espacio más amplio); un hospital militar; y una “estética”. Siendo la clínica privada la más recurrente, mientras que el Hospital Militar y la “estética” los menos frecuentes.

---

<sup>66</sup> Las cirugías estéticas mencionadas se describen en el “Glosario de términos” (Anexo N°. 4).

Tres mujeres recurrieron a más de dos cirugías cosméticas la primera vez (Carolina, 38 años; Violeta, 48 años; y Zyrkonía, 32 años) y acudieron una segunda vez al mismo lugar y con el mismo cirujano plástico, pero en los casos de Sofía (60 años) y Nicol (41 años), la segunda ocasión asistieron al Hospital Militar y a un hospital privado diferente, respectivamente.

Sobre el lugar al que acudieron las participantes, lo conocieron por diferentes fuentes, 7 a través de “una amiga”; otras mujeres por algún familiar (madre, cuñada e hijo); otras por recomendación de una otorrinolaringóloga y un compañero del trabajo; y algunas porque conocen al cirujano plástico y por un anuncio de periódico. Todos los datos anteriormente expuestos se resumen en la Tabla N° 2.

**Tabla No 2. Características socio-demográficas y datos sobre las cirugías estéticas de las mujeres entrevistadas (Fase 3).**

Informante	A) DATOS PERSONALES								B) DATOS DE LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS					C) DATOS SOBRE FRECUENCIA Y TEMPORALIDAD DE LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS					D) DATOS DEL LUGAR ACUDIENDO PARA LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS	
	Edad	Lugar de residencia	Ocupación y descripción	Estado civil	Pareja y tiempo de relación	Número de hijos/as y edades de hijos/as	Número de cirugías estéticas	Tipo de cirugía estética	Primera cirugía estética realizada y fecha aproximada	Segunda cirugía estética realizada y fecha aproximada	Tercera cirugía estética realizada y fecha aproximada	Cuarta cirugía estética realizada y fecha aproximada	Quinta cirugía estética realizada y fecha aproximada	¿Dónde realizó la cirugía estética?	¿Acudió al mismo lugar y con el mismo cirujano plástico para las otras cirugías estéticas?	¿Cómo se enteró del lugar?				
Alia	46 años	Estado de México	Maestra de danza e inglés, escritora, comerciante y bailarina.	Divorciada	6 meses de relación con la pareja actual.	Hombre de 27 años.	6	Liposucción, reconstrucción de senos, lipectomía, lifting.	Lipectomía y reconstrucción de senos (1992)..	Lifting (1999).	Lifting (2008).	Lifting (2008-2016).	Hospital privado	En el mismo lugar y mismo cirujano plástico.	Es médico de la Familia.					
Alma	52 años	Ciudad de México	Entrenadora de fisicoconstruccionismo.	Divorciada	1 año de relación con la pareja actual.	Hombre de 34 años. Hombre de 27 años.	1	Aumento de senos	Aumento de senos Tres años antes de la entrevista.	---	---	---	Consultorio privado	Sólo se realizó una cirugía estética.	Por una amiga					
Ariet	33 años	Ciudad de México	Abogada e instructora de danza árabe.	Soltera	15 años de relación.	Niña de 3 años y medio. Niña de 1 año y medio.	1	Aumento de senos	Doce años antes de la entrevista.	---	---	---	Clinica privada	Sólo se realizó una cirugía estética.	Por una cuñada que acudió al mismo lugar.					
Carolina	38 años	Ciudad de México	Abogada	Divorciada	20 años de relación.	Hombre de 20 años. Niño de 6 años. Niña de 7 años	4	Aumento de senos, liposucción (abdomen), Rinoplastia y otoplastia..	Las cuatro cirugías estéticas fueron en el mismo momento. Cinco años y medio antes de la entrevista.	---	---	---	Clinica privada	En el mismo lugar y mismo cirujano plástico.	Por una amiga.					
Karen	26 años	Estado de México	Bailarina de danzas orientales.	Soltera	Sin pareja	Sin hijos	1	Aumento de senos	Aumento de senos. Cuatro años antes de la entrevista.	---	---	---	Clinica privada	Sólo se realizó una cirugía Estética.	Periódico local					
Nicol	41 años	Estado de México	Abogada	Casada	2 años	Sin hijos	3	Aumento de senos y glúteos y liposucción.	Aumento de senos (2012)	Liposucción y aumento de glúteos (2015).	---	---	Hospital privado.	La segunda vez acudió a otro hospital privado.	La primera vez, por su mamá. La segunda vez, por un compañero del trabajo.					
Scarlet Valladores	36 años	Ciudad de México	Secretaria en una empresa de bolsas de polietileno.	Soltera	Sin pareja	Sin hijos	2	Aumento de senos Y liposucción (abdomen)	Las dos cirugías estéticas fueron en el mismo momento. Un año siete meses antes de la entrevista	---	---	---	Consultorio privado	Sólo se realizó una cirugía estética.	Por una amiga					
Sofia	60 años	Ciudad de México	Hogar	Casada	37 años	Dos hombres de 30 y 25 años.	1	Rinoplastia	Rinoplastia (1994)	Rinoplastia. Tres años antes de la entrevista.	---	---	Estética	La segunda vez, acudió al Hospital Militar.	La primera vez, por una amiga. La segunda vez, por su hijo mayor.					
Violeta	48 años	Ciudad de México	Comerciante	Con pareja	Hombre de 30 años. Mujer de 25 años.	6	Aumento de senos y glúteos, rinoplastia, liposucción, vaginoplastia y lipectomía.	Aumento de senos, liposucción, vaginoplastia, lipectomía y aumento de glúteos. Cuatro años antes de la entrevista.	Rinoplastia. Dos años antes de la entrevista.	Rinoplastia (retoque). Un año antes de la entrevista.	---	---	Clinica privada	En el mismo lugar y mismo cirujano plástico.	Por una amiga					
Zyrkonia	32 años	Estado de México	Criminalista	Divorciada	Sin pareja	Gemelos (niña de 8 años y niño de 8 años).	3	Braquioplastia, liposucción (abdomen) y lipectomía.	Las tres cirugías estéticas fueron en el mismo momento. Un año antes de la entrevista.	---	---	---	Clinica privada	En el mismo lugar y mismo cirujano plástico.	Por una amiga del trabajo					

## V.2 Procedimiento de clasificación y procesamiento de los datos.

Para realizar el análisis de resultados se procedió en diferentes etapas de ordenamiento y procesamiento de la información. Primero, se revisaron meticulosamente las 12 entrevistas por rubros para conocer los datos más frecuentes y formar categorías analíticas con base en los testimonios. Para esto, se relevaron varias veces las transcripciones para familiarizarnos con ellas y comprender el sentido general de los datos, al mismo tiempo se cuestionó sobre: ¿qué me dicen los datos?, ¿qué tono tienen dichas ideas? (Creswell, 2009, citado en Hernández y col., 2010). Además, se respaldó digitalmente la información en una computadora. Después, se presentó una introducción general con los resultados más significativos de la investigación y el énfasis en la perspectiva fenomenológica. Luego, se describió la información desarrollándola con base en los objetivos del estudio y en los rubros del “Guión de entrevista” (no se siguió un orden rígido del instrumento, sino flexible para el análisis) retomando categorías conceptuales de la misma herramienta y del marco teórico. Así pues, en cada rubro se expusieron los hallazgos de cada entrevista hasta agotar los datos. Se comenzó el primer rubro con el término fundamental del estudio, la salud. En los rubros, se crearon diversas categorías analíticas (con frases o palabras que fueron más frecuentes y representativas) surgidas de las entrevistas con las mujeres, y se eligieron diversos fragmentos (cortos y extensos) representativos para ir evidenciando los resultados e ir enriqueciendo el análisis. A lo largo del análisis se incluyeron algunas citas textuales de autores y autoras que abordan a las cirugías estéticas, y las categorías conceptuales y analíticas; también se abrió la discusión sobre aspectos en los que hay divergencia, por lo que en todo momento se acudió a la revisión de la literatura para el apoyo del análisis de los resultados.

## V.3 Análisis de datos.

A continuación, se presentan los resultados más significativos de la investigación durante la Fase 2 (prueba del “Guión de entrevista”) y de la Fase 3. Primero se exponen de manera general y después se explican por rubros (contenidos en el

guión de entrevista piloto) y categorías (establecidas a partir de las entrevistas) con base en los objetivos del estudio.

Es importante destacar que la presente investigación cualitativa es un acercamiento a la subjetividad de las mujeres desde una visión de la Promoción de la Salud puesta en la bioética y el género para: conocer las experiencias, emociones, opiniones, significados, motivaciones en torno a las cirugías estéticas, y que no pretende hacer generalizaciones de los datos encontrados para todos los casos de las mujeres que recurrieron a una modificación estética puesto que cada historia y subjetividad son diferentes; eludir caer en puntos de vista tradicionales, en ideas superficiales y estigmatizadoras; y evitar incurrir en la indiferencia que impida generar un análisis crítico y ético sobre estas prácticas y los resultados obtenidos. De esta manera, el análisis de resultados se orientó desde el interaccionismo simbólico y de la visión fenomenológica para intentar comprender el fenómeno de las cirugías estéticas mediante la subjetividad. Asimismo, al utilizar ambos, se consiguió comprender la subjetividad de las mujeres a partir de sus vivencias, emociones y significados, obteniendo datos empíricos relevantes sobre el uso de las cirugías estéticas y su impacto en la salud física y psicológica. Así pues, se evidenció información empírica sobre el impacto de las cirugías estéticas sobre la salud física y psicológica en las mujeres en el campo de conocimiento de la Promoción de la Salud. Además, se fortalecieron el aprendizaje, las habilidades, las capacidades y las actitudes obtenidas durante la formación académica.

La mayoría de las informantes entrevistadas coinciden en que la decisión de recurrir a las cirugías cosméticas fue elegida “por ellas y para ellas mismas”. Entre los principales motivos que llevaron a las mujeres a realizarse las cirugías estéticas estuvieron: querer experimentar más satisfacción con su aspecto físico y elevar su autoestima<sup>67</sup> (gustarse nuevamente); conocer resultados favorables en

---

<sup>67</sup> “La autoestima es el grado de percepción de las cualidades y características contenidas en el propio AUTOCONCEPTO como positivas. Cuanto más positiva sea la percepción acumulada de estas cualidades y características, más elevada será la propia autoestima. Se considera que un grado elevado o razonable de autoestima es un ingrediente importante de la salud mental, mientras que una baja autoestima y sentimientos de falta de valor son síntomas depresivos comunes” (Núñez y Ortiz, 2010: 53-54).

amigas, mismas que las motivaban; inconformidad con su apariencia física (por sobrepeso u obesidad, la edad, la genética, y después de un embarazo); probar un nuevo procedimiento al no obtener resultados esperados (adelgazar y tener un cuerpo “atractivo”) mediante otros métodos (dietas, acudir al gimnasio, consumir tés y pastillas para adelgazar); tomar la decisión sobre su propio cuerpo para modificarlo; y en menor grado, pero no menos significativo, por la incitación del ámbito social y la familia.

Las cirugías estéticas que describieron las informantes tienen estrecha relación con las normas de género y de belleza “femenina” occidental. Aunque también la rinoplastia se considera una etnocirugía<sup>68</sup> al cambiar los rasgos étnicos latinos de la nariz por un aspecto europeo (nariz pequeña y elevada de la punta). A pesar de que hay un rechazo feminista (ética feminista) hacia estas prácticas al considerar que: someten y normalizan a las mujeres mediante lo corporal y lo subjetivo; reproducen los estereotipos de género y de belleza socio-culturales; no abaten las desigualdades sociales (laborales, políticas, etc.); y que ponen en riesgo la salud, para la mayoría de las informantes son una forma más de ejercer su derecho y libertad sobre su propio cuerpo y, por tanto, consideran que favorece su salud psicológica mediante el incremento de su autoestima y su seguridad. Sobre esto, la postura del feminismo crítico y liberal percibe de igual manera estos procedimientos como un derecho más (igual que los derechos a votar, a laborar, a estudiar, etc.) para que las mujeres tengan la apariencia corporal que desean. Las éticas feministas, además de criticar las distintas formas de injusticia, discriminación y opresión hacia las mujeres, también dan valor a la reflexión ética, las experiencias y las percepciones que tienen sobre su cuerpo y su salud. Asimismo, la bioética feminista incluye una perspectiva integral y crítica sobre las determinaciones que giran alrededor de las normas de género y la desigualdad social en las mujeres. Esta parte sustancial se retoma al abordar los determinantes sociales a lo largo del análisis.

Es interesante encontrar que algunas mujeres adultas consideran que hay relación entre salud, enfermedad y belleza, pues coinciden en que lo opuesto a la

---

<sup>68</sup> Término acuñado por la académica mexicana Elsa Muñiz (Muñiz, 2011).

salud es la enfermedad y que ésta última provoca baja autoestima y tristeza, lo cual se refleja en una apariencia física demacrada y pálida. Este aspecto físico las hace sentirse “feas” o “no atractivas físicamente” y piensan que, por tanto, no empatiza con la “belleza física”.

Varias informantes se sintieron felices con los resultados de sus cirugías estéticas y los cambios en su apariencia física, pero lo curioso es que en sus parejas fue todo lo contrario. Algunas de las mujeres entrevistadas comentaron que a partir de realizarse la/las cirugías estéticas tuvieron cambios desfavorables en su salud física y psicológica, experiencias incómodas en sus relaciones interpersonales, amorosas y laborales; y violencia de género por parte de las parejas de dos entrevistadas, una de ellas estuvo a punto de perder la vida en diversas ocasiones.

En algunos casos, las mujeres mencionaron que la ausencia de ética del cirujano plástico les generó desconfianza y una experiencia desagradable para ya no querer llevar a cabo otra cirugía estética con él; en otros casos las llevó a cambiar de cirujano plástico, recomendado por amigas, familiares o indagando en publicaciones (artículos o libros) sobre él. Aunque cabe señalar que muchas mujeres tienen presente la seguridad que se debe tener antes de acudir con un cirujano plástico y poner su vida en sus manos. Así pues, los principios bioéticos de autonomía, información, beneficencia y no maleficencia (corriente del principalismo) actúan como normas profesionales y éticas para el ejercicio del cirujano plástico, con el propósito de reducir los riesgos sobre la salud y la vida de las mujeres; aunque los dos primeros son criterios básicos y necesarios en las mujeres que quieren recurrir a las cirugías estéticas, para hacer uso de sus derechos y su conocimiento con respecto a su cuerpo.

En el presente estudio, se observa la violencia de género implícita en las cirugías estéticas mediante la violencia psicológica (la descalificación, la ofensa verbal, la amenaza y el rechazo social) para evitar que las mujeres recurran a estas prácticas. Lo cual generó un impacto negativo en la salud emocional y en los ámbitos familiar y amoroso de las mujeres. Al respecto, subyacen los tipos de violencia psicológica y física hacia 5 informantes. La violencia psicológica se

desarrolló en las esferas personal y social mediante insultos, burla, apodos, humillación, hostigamiento, acoso sexual, exigencias, celos, chantajes, sometimiento, prohibiciones y amenazas de muerte. De este modo, la violencia psicológica se generó, por una parte, por no ajustarse a un prototipo de “belleza física” en el caso de Nicol (41 años), donde sus compañeros del colegio le hacían *bullying* durante su adolescencia al tener sobrepeso, acné en el rostro y baja estatura, lo cual influyó para que decidiera recurrir al aumento de senos, glúteos y liposucción. Por otro lado, esta violencia por recurrir a las cirugías estéticas se evidenció en los testimonios de Zyrkonía (32 años), Violeta (48 años), Karen (26 años) y Sofía (60 años) por parte de sus parejas, familiares, hombres y una mujer desconocida en el caso de Nicol. La violencia física sólo se presentó en Violeta (48 años), proveniente de una pareja mediante jalones y presiones del cuerpo.

Para la mayoría de las mujeres, la belleza y la valoración de una mujer no dependen únicamente del aspecto físico y de las cirugías estéticas. Consideran que la importancia de la belleza en una mujer va más allá de una mera apariencia física estética, por lo que también son importantes: la salud física y espiritual, los valores, la simpatía, la inteligencia y la personalidad.

Con la finalidad de abordar el objetivo de la investigación se eligieron las siguientes categorías conceptuales para el capitulo: salud, bioética, cirugías estéticas, género y subjetividad, de las cuales se derivan sub-categorías como: salud física, salud psicológica, principios bioéticos (consentimiento informado, beneficencia, no maleficencia, autonomía e información), éticas feministas, belleza, violencia de género y patriarcado, mismas que sirvieron de base para el diseño del guión de entrevista en profundidad. Por consiguiente, a continuación, se analizan los resultados de las entrevistas retomando cada una de las categorías conceptuales señaladas en el marco teórico y en los rubros del “Guión de entrevista”. De igual forma, surgen categorías analíticas con base en las entrevistas realizadas.

### V.3.1 SIGNIFICADOS DE SALUD.

Se inicia con una de las categorías más relevantes de la investigación: la salud, la cual se enfatiza en los planos físico y psicológico de la mujer a partir de conocer las percepciones subjetivas, socio-culturales y biológicas; y la relación con los estilos de vida y la “belleza corporal”.

#### V.3.1.1 La salud como un discurso subjetivo, socio-cultural y biológico.

La mayoría de las mujeres entrevistadas refieren que la salud en toda su expresión “es lo más importante que se tiene como seres humanos”. Los significados de salud que expresaron en general las informantes, poseen un carácter subjetivo, socio-cultural y biológico. Subjetivo porque es un concepto que han ido construyendo con base en sus creencias, experiencias, cuestionamientos, motivaciones, prioridades o necesidades y sentimientos. Por lo cual, también la relacionan con la salud psicológica (tener alta autoestima, emociones de satisfacción o felicidad y seguridad corporal) y la sexualidad (confianza para mostrar su cuerpo a la pareja). En relación con esto, Alma (52 años) comentó que para ella la salud es:

“Estar físicamente y emocionalmente bien [...] que mi cuerpo esté sano [...] ser feliz conmigo misma [enfatizando con movimientos de su mano derecha lo que expresaba]”.

El carácter socio-cultural estriba en que el contexto social influye en sus percepciones al hacerlas similares, pues vinculan la salud con realizar estilos de vida saludables y con la apariencia física como saludable o “atractiva”. Algunas mujeres difieren de la percepción de sus progenitores en el sentido de que el sobrepeso era igual a tener salud. Por último, el carácter biológico alude a la salud física como el “bienestar corporal” cuando no se tienen enfermedades (diabetes, hepatitis, hipertensión, etc.) ni ciertas molestias físicas (dolor físico, mareos, etc.), así como tampoco desniveles de triglicéridos, colesterol y glucosa. Sólo cuando hay padecimientos físicos que alteran su salud, deciden acudir con el médico para “recuperarla”. Sobre esto, Colomer y Álvarez-Dardet (2000) refieren que el término de salud está relacionado con el bienestar y la subjetividad de las personas. Así

pues, las interpretaciones de salud están determinadas por el espacio, el tiempo, los determinantes de la salud, los factores socio-culturales, la autopercepción del cuerpo y la subjetividad de las participantes.

#### V.3.1.2 La salud, los estilos de vida y la “belleza corporal”.

Conforme a la significación de las participantes sobre el término de salud, éste lo vinculan con una serie de prácticas humanas para conservarla o alcanzarla que son determinadas por factores socio-culturales, educativos, económicos y tecnológicos. De este modo, la mayoría lleva a cabo estilos de vida saludables, considerando que con ellos evitarán las enfermedades y reflejarán un aspecto exterior del cuerpo cuidado y esbelto, que empate con su salud física y, por ende, se sentirán “guapas” o “atractivas”. Las actividades y conductas que llevan a cabo entre todas son: higiene personal; prescindir desvelos; uso de vitaminas y antioxidantes; meditación; tomar agua y leche de soya; alimentación balanceada y saludable (en frutas, verduras, macro y micronutrientes); realizar ejercicio, por ejemplo: bailar, danza, cardio, box, pilates, yoga, kick boxing, acudir al gimnasio, físicoconstructivismo (ejercicio con pesas); gimnasia; y evitar algunos alimentos como: capeados, empanizados, carbohidratos, no gluten (proteína encontrada en la harina de cereales), tortilla, refresco, sal, azúcares, bebidas con alcohol, cafeína, comestibles procesados, grasas, carne de puerco y de res. Sí los llegan a consumir por gusto en casa y eventos, pero nada en exceso, pues todo se llega a reflejar en el cuerpo, “somos lo que comemos”. Al mismo tiempo que realizan todo lo anterior, gran parte de ellas refiere que acuden a las cirugías estéticas para conservar su salud. Al respecto, para Restrepo (2001: 41), los estilos de vida:

“[...] comprenden no sólo algunos comportamientos reconocidos como saludables –ejercicio físico, dieta sana, y ausencia de consumos [sic] de sustancias dañinas–, sino también otras actitudes [...]”.

Hay gran coincidencia en las mujeres en que las enfermedades físicas, la depresión y la baja autoestima, además de afectar la salud, influyen en la apariencia física de una mujer, las cuales las llevan a verse “demacradas”, “tristes”, “cansadas”, “ojerosas”, “deshidratadas”, “inflamadas”, de tal manera que

la “belleza física” no se refleja. Ellas van estableciendo ideas, hábitos y creencias acerca de lo saludable y lo dañino a la salud física y psicológica, también haciendo una relación con la belleza. Consideran que es importante que las mujeres no se comparen con nadie respecto al aspecto físico, pues existen “modelos de belleza” (europeos, asiáticos, etc.) que cambian en cada país, que no corresponden con la fisionomía “latina” y que, además, no son acordes a la realidad. Entonces, belleza no es igual a salud cuando se arriesga ésta última. En este sentido, Karen (26 años) comentó:

“La *belleza*<sup>69</sup> no es salud cuando tu estándar de *belleza* es el de una modelo súper delgada talla 0 [...], eso aquí [en México] no es saludable, para mí dejó de serlo [...] Mi opinión pudiera parecer discriminatoria, sin embargo, no es lo que quiero decir, es simplemente que para mí la obesidad no es salud, ¿por qué?, muchas veces lo podemos evitar, se heredan los hábitos alimenticios”.

Hay quienes opinan que el significado de la “belleza física” es una cuestión de cada persona, y a veces la percepción que se tiene de aquella no resulta siempre saludable, pues para las mujeres puede llegar a ser incompatible que “belleza corporal” sea igual a tener salud. Es así que Ariet (33 años) refiere:

“Mi percepción de la *belleza* es que mi autoimagen en el espejo me resulta agradable, pero podría ser que mi cuerpo no estuviera sano o viceversa. Yo cuando subí de peso, mi cuerpo en realidad sí estaba sano, no tenía ningún padecimiento [físico], pero yo no consideraba *bella*<sup>70</sup> mi imagen en el espejo.”

Karen y Ariet hacen una asociación entre la salud y la apariencia corporal, valorando la delgadez al considerarla “atractiva”, saludable y satisfactoria. Sin embargo, tener un bajo peso que no corresponde a la edad es un factor de riesgo a la salud, por ello, es importante mantenerse en el peso adecuado, dicho de otro modo, ni tanta delgadez ni demasiado sobrepeso. Sobre las representaciones que encierra observarse en el espejo, Tornos (citado en Rodríguez, Muñiz y List, 2015: 299) comenta que:

---

<sup>69</sup> Cursivas en el original.

<sup>70</sup> Cursivas en el original.

“La imagen que nos devuelve el espejo debe ser corregida sin descanso, para poder conseguir un cuerpo delgado que se adapte a unos cánones de belleza que, sin embargo, siempre son inalcanzables. De este modo, se establece una lucha obstinada con el propio cuerpo, con el único fin de ajustarse al ideal de feminidad que se trasmite por medio del discurso social”.

En relación con la cita anterior, se discrepa en que los ideales de “belleza física” resultan inalcanzables para quien se propone seguirlos, pues hoy en día existen diferentes métodos quirúrgicos –aunque no del todo seguros ni económicos- que han demostrado lo contrario. Para las mujeres, llevar a cabo estilos de vida saludables y evitar sustancias nocivas al organismo no son suficientes para tener salud física y psicológica ya que también el uso de la tecnología resulta oportuno tanto en el ámbito de la medicina como en cuidar el aspecto físico, surgiendo así una demanda de diferentes tipos de productos y procedimientos tecnológicos. Así pues, es importante dar cuenta de que el uso desmedido de la tecnología y la falta de responsabilidad pueden generar un resultado no favorable a la salud física y emocional.

### V.3.2 SIGNIFICADOS DE “SER MUJER”, DE BELLEZA Y PERCEPCIÓN DEL CUERPO.

Desde la perspectiva de género se analizaron los tres significados por separado, pero hubo una gran relación entre ellos y otras categorías analíticas que surgieron a partir de los testimonios.

#### V.3.2.1 “Género femenino” multifacético.

Hubo una variedad de respuestas en las representaciones de “ser mujer” que se relacionan con su subjetividad, la historia de vida de cada una y su entorno (amoroso, familiar, social, laboral y académico). En este rubro, la mayoría de las informantes hicieron varias pausas para responder. Algunas señalaron que era complicado indicar qué es “ser mujer”, ya que antes no lo habían pensado ni se los habían preguntado. Otras mencionaron que “ser mujer” es un “género femenino” multifacético, es decir, que puede dar vida a otro ser humano; que atiende y cuida a los hijos en todos sus sentidos; que es la mediadora y organizadora en casa

porque se encarga de las labores domésticas, que es la integrante principal de una familia, y no sólo implica ser madre; también que trabaja y estudia. Refieren que están contentas con su género asumido. Se pueden percibir dos apreciaciones sobre “ser mujer” en las informantes, por una parte, es una cuestión fisiológica de nacer con un aparato reproductor “femenino” para procrear y, por otro lado, con un asunto cultural que las hace desempeñar un “rol femenino” basado en percepciones de estereotipos de género. La impresión que dan las percepciones sobre “ser mujer” es de tener un determinado cuerpo (Torras, citada en Muñiz, 2015). En este sentido, se concuerda con Tubert (2015) en que en la expresión “ser mujer” se atribuyen elementos “femeninos” como: la ternura, el cuidado y la belleza. Además, para las informantes “ser mujer” es un ser valiente, con mucha fortaleza física e interna porque tuvieron que cuidar, educar y sostener a sus hijos solas, pasando muchas dificultades de crianza, de salud, de pareja y de trabajo.

No obstante, para algunas entrevistadas, “ser mujer” es dedicarse a muchas facetas de la vida, como: ser mamá, ser amiga, ser pareja y ser profesionista, pero ante todo está satisfacer sus propias necesidades de salud, de apariencia física y de ideologías. Sobre estas concepciones de “ser mujer”, De Beauvoir (2005: 27) refiere que:

“[...] la feminidad y la masculinidad son formas de ser mujer u hombre determinadas por la cultura y la sociedad y, por tanto, que no existe [...] una esencia femenina, algo que caracterice a la mujer ontológicamente como tal [...]”.

Sin embargo, el significado más importante de “ser mujer” para la mayoría, se refiere a una decisión personal, que consiste en ser como cada una quiera comportarse y vestirse, desempeñarse y sobresalir en cualquier actividad o profesión que se proponga y, sobre todo, tener la autoestima alta para conseguirlo. Aunque llega a ser un reto “ser mujer”. En este sentido, Alia (46 años) explicó lo siguiente:

“[con tono alto y firme expresó lo siguiente:] Muchas veces ganas menos [dinero] que un hombre siendo más capaz, es luchar con una sociedad machista [...] Se impresionan mucho con los musulmanes, cuando aquí [en México] pasa exactamente lo

mismo, la única diferencia digamos, es el tipo de burka que te pones, allá [Medio Oriente] te tapan, aquí te opacan, es horrible, entonces es muy, muy demandante *ser mujer*".

En su testimonio, Alia refiere que la inequidad laboral de género y la discriminación son aspectos socio-culturales que embisten a las mujeres a nivel mundial mediante diferentes ejercicios simbólicos, poniendo como ejemplo explícito la burka, la cual deben utilizar las mujeres del Medio Oriente como una forma de sometimiento y desvaloración por los hombres machistas. En cambio, en México se desprestigian las capacidades de las mujeres en diferentes ámbitos, como: laboral, político, etc., a través de los estereotipos sexistas y los roles de género.

En síntesis, los significados de las informantes sobre "ser mujer", fueron percepciones éticas y morales. Las percepciones éticas se refieren a los cuestionamientos acerca de la inequidad de género sobre el salario y el trabajo; a las posturas que describieron de la salud física y psicológica como algo vital; la libertad de las mujeres para ser protagonistas de su propia vida (amorosa, laboral, académica e ideológica) y de su aspecto corporal; y para ser reconocidas como seres humanos y no como meros objetos ante una sociedad machista. De este modo, los estereotipos de género no influyen por completo en su subjetividad. Mientras que las percepciones morales son aquellas normas que no se cuestionaron y en la aceptación de creencias (de lo vivido y tradicional) sobre el papel de "ser mujer" basados en las pautas de género (roles de género) establecidas a partir de los genitales "femeninos". Así pues, no hay una condición precisa ni una manera de "ser mujer" en las informantes. Existen construcciones socio-culturales sobre lo "femenino" que han establecido prototipos en los cuerpos y en las subjetividades sobre lo "propio" o "natural" del sexo, lo cual, también puede tener un impacto negativo sobre la salud y la vida como se observa más adelante mediante los testimonios.

#### V.3.2.2 Significados sobre "belleza física" y "belleza interior".

Hubo una gran cantidad de respuestas de las informantes con respecto al tema de la belleza, además la separaron en "belleza física" y "belleza interior". Por "belleza

interior” se refieren a los sentimientos “positivos” (alegría, motivación, simpatía), la personalidad, los valores, la lealtad, la ética, la amabilidad, la bondad, ser culta, la serenidad, tener alta autoestima, también cuando no hay dolor físico, ni enfermedades y sin traumas como: autodescalificación o autodesvalorización. Relacionan “ser mujer” con “belleza interior”, la cual aflora a través de su fortaleza, “ser mujer es ser una guerrera”. Por “belleza física” describen distintas características corporales que a ellas les gustan y que consideran propias de una mujer. De esta manera, los rasgos físicos son: “tener un cuerpo armonioso o con proporciones equilibradas”, es decir, una cintura pequeña y un vientre plano, senos “grandes” y “firmes”, ser delgada (no con sobrepeso ni baja de peso) y con glúteos pronunciados, ojos grandes, labios gruesos y delineados, pómulos resaltados, cara ovalada, cabello cuidado, largo y ondulado, con higiene personal, un cuerpo depilado, maquillada, pestañas largas y chinas, tener estatura alta. La razón de ser así, para una de ellas, es porque así le gusta a su pareja, pero para las demás, es por estar satisfechas con su apariencia física, y al mismo tiempo, “sentirse bellas”, “fuertes” y “sanas”. La estatura alta no sólo les interesa por una cuestión “atractiva”, también porque, en comparación con una persona de estatura baja, es “representación de autoridad y respeto”. Mientras que a otras mujeres les gusta ser fuertes, tener un cuerpo atlético, ser pulcras e inteligentes, no tener alguna limitación tanto física como sensorial, no tener algún padecimiento físico o enfermedades. No obstante, para ellas, es más significativo “tener salud” porque les permite reflejar su “belleza física”. También es importante no llegar a situaciones extremas en la alimentación, ejercicio y cirugías cosméticas. Sólo pocas mujeres no se sentían “atractivas” antes de sus cirugías estéticas. Sobre esto, Le Breton (citado en Díaz y Giménez, 2015: 27-28) menciona que el papel de la “belleza física” asigna una posición social en las personas ya que tal “belleza”:

[...] irradia, porque es difusa, inasible, eminentemente subjetiva, mientras sigue mostrando su fuerza de atracción que confiere un status particular en las relaciones sociales. [...] Es una cara, un cuerpo, una actitud, sin que podamos definir con precisión el significado de cada uno de ellos. Y los cuidados del cuerpo, el maquillaje, la armonía de la ropa, del peinado aumentan su valor”.

Sobre la “belleza física”, las informantes discreparon bastante, aunque 10 coincidieron en que “no son bellas para nadie”, pues no son “objetos”. Sin embargo, Violeta (48 años) y Karen (26 años) mencionaron que querían ser “atractivas” para agradar a su pareja. Señalaron que la importancia de la “belleza física” radica en sentirse seguras, en armonía con su cuerpo y la autoestima alta. Mencionaron que depende de los parámetros (rasgos de moda y estereotipos de belleza) y percepciones de cada mujer para dar valor a la “belleza física”, pues para ellas puede ser primordial cuidar su apariencia física, mientras que para otras es más importante la “belleza interior”. Aunque coinciden en que debe haber una armonía o equilibrio entre ambas. Es importante que una mujer se considere “guapa” porque es una cuestión de alta autoestima y seguridad. Cada mujer posee una “belleza física” diferente a través de alguna característica física. No obstante, remarcaron que las mujeres deben “tener amor propio” para cuidar su aspecto físico ya que si no serían formas de “abandono y agresión a su propia persona”.

Surgieron posturas diferentes y contradictorias al preguntarles “cómo debe ser una mujer físicamente”, para algunas de entrada implica que cumpla un “rol de género”, es decir, que tenga “bubis y genitales femeninos”, cabellera, cuidada, maquillada, aunque no podrían generalizar, pues en la actualidad hay “una diversidad física y sexual de ser mujer”. Para ellas, es importante que sea delgada, “por salud, autoestima y vanidad”. Sin embargo, la mayoría de las informantes asumen que se están contradiciendo al opinar que una mujer debe aceptarse como es físicamente. De esta forma, a Violeta (48 años) le hubiese gustado aceptarse y evitar problemas en su salud y en su vida por recurrir a las cirugías estéticas (más adelante se retoman sus testimonios sobre sus resultados negativos en su salud y en su esfera amorosa), pues no aceptaba su aspecto corporal, pero sigue sosteniendo que una mujer debe aceptar su apariencia física.

También señalaron que para aquellas mujeres que quieran modificar su apariencia física es necesario que sea en función de reconocer su genética y su complejión latina, es decir, no intentar reproducir la imagen corporal de modelos o mujeres de otros continentes, ya que hay una notable diferencia en dichas fisionomías. Al respecto, en cada nación la corporalidad obedece a factores

genéticos, pero también a ambientales, pues el organismo se tiene que adaptar para sobrevivir (por ejemplo; la piel negra y la nariz “grande” en temperaturas muy altas o la piel blanca y la nariz “pequeña” en temperaturas muy bajas). Sobre esto, San Martín (1983: 103,101) menciona:

“Si nuestra biología funciona en tan estrecha dependencia con el ambiente, parece lógico que los factores externos actúen en forma predisponente y específica para mantener la salud. [...] Dos grandes tipos de factores generales influyen sobre nuestra capacidad de tolerancia y de adaptación a los factores del ambiente: las [...] biológicas (anatómicas, fisiológicas hereditarias y congénitas) y los factores adversos a nuestra biología que pueden existir en el ambiente externo [...]”.

Así pues, para la naturaleza humana la “belleza física” no ocupa un primer plano como lo es tener una morfología corporal acorde a las necesidades de adaptación y resistencia ante las temperaturas de cada país para conservar la salud.

Scarlet Valladores (36 años) recordó que en su niñez y adolescencia fue esbelta y cree que su mamá alteró su peso al darle infinidad de vitaminas sin que estuviera enferma, y una alimentación abundante; su madre le decía: “Si no eres gorda, no estás sana”. Entonces, para ella es desagradable tener demasiado abdomen cuando no ha tenido hijos. En México, no hace mucho tiempo, se consideraba a las personas fornidas como saludables, pero esta idea se ha transformado por la ideología de la mercadotecnia de la belleza, de los medios de comunicación y la publicidad acerca del interés y la importancia de adelgazar para alcanzar la “felicidad”. Se difunde más como una cuestión de belleza que por salud física. Al respecto del comentario de Scarlet Valladores sobre cómo han ido cambiando las preferencias corporales, Cabrera (citada en Rodríguez, Muñiz y List, 2015: 345) menciona que:

“No existen estándares universales de belleza pero sí modas que sensibilizan los imaginarios<sup>71</sup>. La representación visual del cuerpo voluptuoso no es una constante universal como no lo es tampoco

---

<sup>71</sup> El concepto de imaginario se define como un “[...] conjunto de imágenes mentales y visuales mediante las cuales el individuo y la sociedad organizan y expresan simbólicamente su relación con el entorno” (Durand, 2004, citado en Cabrera, 2015: 329).

la delgadez obsesiva, es la masificación de estas representaciones corporales las que las han destacado”.

En otro testimonio, Alia (46 años) comentó que su pareja le mencionó la “belleza natural” como una forma para que las mujeres acepten y no eliminen los signos del envejecimiento (arrugas, manchas en la piel, etc.) y, por tanto, no acudan a las cirugías estéticas. Pero para ella es una forma de violencia machista para que las mujeres pierdan interés en su aspecto físico:

“[...] me estaba acordando de otro estúpido [hombre], que dice: ‘Es que la belleza natural’, o sea, por favor, y todavía le pregunto: ‘¿A qué te refieres con belleza natural?’, mira nada más el criterio, y se nota lo machista: ‘Tienes que envejecer igual que tu pareja’, y: ‘¿Por qué?, ¿porque tú dices?, para que al rato tú te busques una [mujer] de 20 años’, así son [los hombres], es otra forma de violencia [hacia las mujeres]”.

A partir del relato anterior, por una parte, la expresión “belleza natural” adquiere una valoración socio-cultural sobre el proceso de envejecimiento de la mujer, como una actitud moral para envejecer al lado de la pareja, sin recurrir a los procedimientos contra las marcas de la edad. Por otro lado, Alia parte del supuesto de que los hombres abandonan a la esposa por una mujer más joven y, por ello, señalan que la mujer tiene que envejecer al igual que el hombre. Sin embargo, Alia no siente temor de ser abandonada por alguien más joven, pues durante la entrevista comentó que tiene seguridad (la cual también se denotó con un temple convincente y crítico) de ella misma en una relación y que su felicidad no depende de tener un hombre a su lado. Sobre esto último, cuando sus pretendientes le comentan que se interesan por un cierto prototipo de particularidad corporal, ella les comenta: “Vete para allá porque estás en el lugar equivocado”.

A través de sus experiencias y obstáculos en la vida, las informantes han percibido que la belleza en una mujer no se limita a una cuestión de apariencia armónica o “atractiva”, es cuestión de percepciones. Abarca muchas cosas, entre ellas, la parte interior, es decir, la simpatía, la inteligencia, la autoestima alta, la autovaloración, la seguridad, la bondad, la convivencia, la sinceridad, la lealtad, la ética, las cualidades, expresar un interesante tema de conversación, lo subjetivo

(sentimientos, percepciones y personalidad), los valores, así como la salud física. Y no necesariamente tiene que englobar todas, pues “cada mujer es un mundo”. Una mujer con un “físico atractivo” y vestidos de marcas reconocidas, no es más “hermosa” que otra mujer. De esta manera, Ariet (33 años) opinó que la “belleza física” no tiene que ser una imposición en las mujeres, menos para agradar a otros u otras, porque es más importante estudiar, desarrollar las capacidades y conocimientos en el trabajo que se quiere, realizar actividades recreativas y de deporte.

Para Carolina (38 años), el que una mujer no se considere “atractiva” depende de su percepción y autoestima para desafiar el tema de la belleza:

“Dependiendo del pensamiento y el sentimiento de esa mujer, podría llegar a sentirse no aceptada socialmente y deprimirse, o podría ser una mujer muy fuerte de carácter, de principios, donde saber que, aunque no sea *bella* físicamente es un ser tan apreciable como cualquier otro”.

La “belleza física” es atribuida a las mujeres por las creencias socio-culturales a partir de la condición biológica (genitales “femeninos”). Así, los estereotipos de belleza han ido cambiando a lo largo del tiempo, pero todavía continúan más inclinados hacia las mujeres que en los hombres. Sin embargo, lo más importante es que aquellos están siendo cuestionados por las mujeres mediante sus posturas y sus significados sobre la “belleza física” y “ser mujer”. De esta manera, el “valor” de la “belleza física” no es meramente o propiamente la apariencia del cuerpo, también es (aparte o en conjunto) la salud física y psicológica; la higiene; la “belleza interior” (la cordialidad y los valores sociales); el desarrollo y la satisfacción lúdica, intelectual y profesional.

#### V.3.2.3 “Belleza física”: estatus socio-cultural.

Las entrevistadas consideran que la “belleza física” es solicitada para las mujeres que quieren algún trabajo como: modelo, aeromoza, instructora de algún deporte, etc., porque requieren que sean delgadas, altas y con un cuerpo atlético. Para las siguientes mujeres, la “belleza física” tiene un propósito distinto: “abre muchas puertas en diferentes ámbitos como: laborales y de relaciones interpersonales”

Alia (46 años); “tiene privilegios en todos los aspectos” Sofía (60 años); y “proporciona seguridad personal” Ariet (33 años), pero también para ellas es elemental que las mujeres se consideren “bellas”. Al respecto, Muñiz (citada en Díaz y Giménez, 2015: 32) menciona que la belleza está asociada con:

“[...] la obtención del éxito, a la posibilidad de ascenso social, a la obtención de mejores condiciones de vida, tal vez, al logro de un buen empleo o un buen matrimonio”.

Sin embargo, algunas informantes han conocido a mujeres muy inteligentes, que físicamente no son “agraciadas”, pero han sobresalido laboralmente por su pulcritud. Piensan que la apariencia física “atractiva” ofrece “una posición de estatus ante la sociedad en diferentes ámbitos”, ya que lo han vivido, sobre todo en su trabajo. Pero que se llega a malinterpretar e incluso a denigrar con prejuicios la imagen de una mujer cuando cuida su apariencia física, por ejemplo, que es “vanidosa”, “infiel” y “promiscua”. El que una mujer ocupe cargos laborales altos, suele atribuirse a que ha mantenido una relación amorosa con el jefe. Sobre esto, Muñiz (2011) refiere que las cirugías estéticas están teniendo una resignificación para quienes recurren a ellas, por ejemplo: se han transformado en un símbolo de estatus para las mujeres o para las parejas que las pagan<sup>72</sup>. En este sentido, Zyrkonía (32 años) expresó lo siguiente:

“Aquí en el trabajo, en la calle, como te ven te van a tratar, si en el trabajo te ven arreglada te van hacer un estatus y si en la escuela te ven arreglada tienes un estatus, en la calle te ven arreglada tienes un estatus [refiriendo con voz potente]”.

Desde la perspectiva de género, en México todavía algunas mujeres son juzgadas y opacadas por su imagen corporal en el medio (amoroso, académico, social y laboral) que se desenvuelvan. La mujer que es joven, esbelta, de piel clara, “agraciada” y con estatura alta adquiere socialmente un estatus o símbolo de autoridad y de “belleza física”; mientras que una mujer obesa, madura, morena y de estatura baja es representación de “debilidad” o “fealdad”. Cabe señalar que el feminismo, incansablemente, ha cuestionado y trabajado para modificar las

---

<sup>72</sup> En el rubro cirugías estéticas y violencia de género se aborda la cuestión del poder violento que ejerce la pareja en Violeta al haber pagado la cirugía estética.

percepciones y atribuciones hacia las mujeres que socialmente las invisibilizan y denigran por la cuestión biológica y la representación cultural. Así, el ahínco del feminismo (tanto de mujeres como de hombres) ha derivado en diferentes logros: el reconocimiento del trabajo y el aporte de las mujeres en diferentes espacios (académico, científico, tecnológico, industrial, político, económico, entre otros); la inclusión de las mujeres en más ámbitos que se consideraban sólo del hombre; la evidencia para la eliminación de diferentes formas de violencia hacia las mujeres; el reconocimiento de sus derechos humanos (salud, reproductivos, educación, trabajo, etc.); y también la autonomía de decidir sobre su propio cuerpo.

#### V.3.2.4 Diferencia entre “belleza física” y “belleza interior” (“buena persona”).

Mientras que para las participantes la “belleza física” comprende percepciones sobre la corporalidad, la “belleza interior” tiene que ver con ser “buena persona”, es decir, ejercer valores, evitar: envidias, rencores, burlas, groserías, sojuzgar, maldecir, relegar, despreciar, ser prepotente y amargada/o, pero puede ser complejo, porque tal vez la persona está atravesando por un momento desagradable, triste o difícil, y la actitud no es parte de su personalidad. De hecho, esta asociación entre la “belleza física” y ser “buena persona” ya ha sido abordada en algunos estudios. En este sentido, para Le Breton (citado en Díaz y Giménez, 2015: 28):

“En francés, las raíces latinas *bellus* y *bonus*, asocian belleza y bondad, del mismo modo que el término griego *kalosagathos* que liga las ideas de lo bello y lo bueno”.

Para las informantes, hay mucha diferencia entre “belleza física” y ser “buena persona”. Las mujeres pueden tener ambas cualidades o sólo una, es cuestión de cada quien. Sin embargo, para algunas personas, sobre todo las machistas, preexiste la idea de que las mujeres “atractivas” son “tontas”. En este sentido, Alía (46 años) afirmó:

“Tienes que ser buena persona, pero no idiota, y la *belleza física* es aparte, es distinto. Lo que sí te puedo decir y también me ha llegado a pasar, creen que porque eres *guapa* automáticamente eres estúpida y ¡no!, no va por ahí, porque las mujeres son

inteligentes. Si tú observas a Marilyn Monroe, era una mujer hermosísima, pero siempre jugo a la rubia idiota, siempre, todas sus películas fueron en torno a la rubia materializada e idiota, entonces, ¿los caballeros las prefieren rubias de aquella película así, por qué es idiota? Entonces, se queda mucho ese parámetro en la mente machista, porque finalmente y terriblemente este es un mundo de hombres”.

Respecto al testimonio anterior, el patriarcado aún se percibe como un modelo de autoridad y descalificación hacia las mujeres. De esta manera, el machismo vincula directamente la “belleza física” de la mujer con la “torpeza” (esta relación se ha divulgado culturalmente), es decir, pretende que las mujeres se sometan al sistema machista para ser un “objeto sumiso” de placer y obediencia, pues no le interesa percibir las como humanas ni reconocer su inteligencia y sus derechos. Pero la cuestión interesante aquí sobre el patriarcado, es que, por un lado, la independencia, la inteligencia y el reconocimiento de las mujeres en los diferentes espacios (laborales, educativos, etc.) que antes sólo eran ocupados por los hombres, están aboliendo esta ideología discriminatoria; y, por otra parte, hay resentimiento de este sistema patriarcal porque está perdiendo territorio, el control sobre las mujeres y de otros grupos que han defendido sus derechos humanos como las personas sexualmente diversas, entre otros.

Para la mayoría de las informantes es más importante la “belleza interior” que la física, porque “la belleza exterior un día va a terminarse con la edad”, mediante la aparición de arrugas y canas, manchas en la piel y un cuerpo “flácido”, el cuerpo envejece. En cambio, “la interior permanece hasta la muerte” cuando una persona es honrada, agradable y auténtica. Además, la “belleza exterior” se “apaga” cuando la persona no posee “belleza interior”. Es decir, acercarse a alguien por su “atractivo”, pero después empezarla a tratar o conocer, y darse cuenta de que no hay afinidad y que desagrada la persona. También, puede ser que la persona no sea “atractiva”, pero se estima y admira, de tal manera que se percibe “hermosa”. Se podría preguntar: si es más importante para ellas la “belleza interior” que la física, entonces ¿por qué recurrir a las cirugías estéticas? En general, las mujeres se contradijeron sobre esta pregunta y lo asumieron como tal. Asimismo, intentaron explicar que recurrieron a estas prácticas para que su

“belleza interior” (alegría y “juventud del alma”) se reflejara en su apariencia física y no tener un “semblante triste y descuidado”, lo cual tiene que ver con “sentirse bien consigo mismas”, motivo que más adelante se aborda. Al respecto, la mayoría sostuvo que no porque la “belleza física” se va “apagando”, quiere decir que “las mujeres tengan que descuidar su imagen y cuerpo”, es como decir: “Todos vamos a morir, entonces para qué ir al doctor”, “para qué tomar medicamentos”. Así pues, en general, las informantes dan importancia a su salud física (evitar enfermedades y alimentarse saludablemente), pero también a su salud psicológica (atender la apariencia corporal para sentirse satisfechas y seguras). Sin embargo, las contradicciones de las mujeres reflejan que no tienen convicciones claras sobre la “belleza física” y la “belleza interior” y que acomodan las cosas a su conveniencia para “quedar bien” aparentando que valoran más lo “interior”, pero en el fondo no es así ya que decidieron modificar su cuerpo; pero no lo asumen porque socialmente es “mal visto” ser vanidosa o valorar más la apariencia que la esencia. Asimismo, se entiende que las mujeres tienen una actitud moralista al repetir discursos construidos y valorativos por la sociedad.

#### V.3.2.5 Percepciones subjetivas corporales antes y después de las cirugías estéticas.

La percepción que tenían las mujeres de su cuerpo antes de realizarse la/las cirugía/as estética/s era diversa, algunas consideraban que aquél era muy infantil y que no estaba completamente desarrollado (con senos “pequeños”). Mientras que la apreciación (“sentirse hermosas”) de dos mujeres sobre su cuerpo no cambió después del aumento de senos, sólo sus tallas. Otras se percibían corpulentas, con abdomen “flácido” y estrías, y con líneas no estéticas en el rostro, de tal manera que no deseaban verse demasiado en el espejo, pues su imagen les resultaba desagradable. La apreciación actual que tienen sobre su cuerpo no es la misma que tenían antes de realizarse la/as cirugía/as estética/s, pues ahora sus tallas son más chicas, su peso bajo, y ya están satisfechas con la apariencia física que deseaban. Se “sienten bien”, es decir, su estado de ánimo se ha elevado “de una forma extraordinaria”; perciben armonía en su cuerpo; se sienten

gustosas con la ropa que visten; y su imagen les ha dado mayor seguridad. Reiteran que la actitud de sentirse “guapa” en una mujer, es muy importante, influye en su estado emocional y lo puede proyectar, aunque no por ello deba ufanarse ante otras mujeres, pues eso haría que se apague el brillo que emana o su “belleza física”. Sobre esto, Locke (citado en Guzmán, 2014: 43) vincula la percepción con la reflexión al referir que:

“[...] la percepción se ocupa de las ideas; de hecho, es la primera facultad de la mente que arroja la primera idea simple conducida por la vía de la reflexión”.

Mientras que por su parte Guzmán (*Ibíd.*: 47) menciona que:

“La percepción es, entonces, el modo de estar del sujeto consigo mismo y con el mundo. Percepción es articulación, vinculación, poner en relación a las sensaciones, pero también es poner en relación al sujeto consigo mismo y con el mundo [...]”.

A la mayoría le gusta ser admirada por todas las personas que las rodean, pero de manera “decente”, sean: pareja, amistades, familia y desconocidos, sobre todo por ellas mismas. En la pareja, porque “es una cuestión de atracción en la relación”; en los demás casos les agrada representar menos edad vistiéndose como les gusta, las hace sentirse complacidas y halagadas, es una sensación agradable y de orgullo de que ha valido el esfuerzo y su dedicación por cuidar su aspecto físico. No obstante, no desean miradas lascivas o morbosas, ni que les falten al respeto, pues las hace sentir utilizadas y vigiladas. Mientras que a otras no les interesa atraer miradas y halagos de otras personas; prefieren que la gente se acerque y disfrute estar con ellas más por su personalidad e inteligencia que por su imagen corporal. Para Lamas (2018: 47), el cuerpo: “[...] es el operador de todas sus prácticas sociales y soporte de todas sus vivencias, de sus intercambios afectivos y sus pensamientos”. Aunque también, el cuerpo es testimonio y es experiencia de vida, de salud, de autonomía, de ideología, de preferencias, de desigualdades, entre otras cuestiones. En relación con las apreciaciones del cuerpo, Le Breton (2002, citado en Muñiz, 2015: 37) indica que:

“En la modernidad, cada individuo construye una representación de su cuerpo, de manera autónoma, a pesar de los saberes, de

los medios de comunicación, de los vínculos personales o de las informaciones de cualquier tipo”.

Por lo anterior, en otros rubros se analizan las percepciones de las mujeres sobre su cuerpo y las relaciones familiares y de pareja, y se articulan con la autonomía.

### V.3.3 MOTIVOS PARA LA PRÁCTICA DE LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS.

Es este rubro, en general, las mujeres expresaron que la salud es “estar bien consigo mismas”, es decir, debe haber reciprocidad entre la apariencia física y el estado anímico, que su autopercepción les agrade, poderse ver al espejo sin temor a sentir depresión. Entonces, aparte de acudir a los estilos de vida saludables, la tecnología de las cirugías estéticas es otra opción para cuidar su cuerpo y su salud. Es necesario explicar que en las informantes coexistieron distintos motivos enlazados al recurrir a las cirugías estéticas, aunque algunas coincidieron, hubo motivos diversos, opuestos y uno que determinó más su elección. Por ello, a continuación, se alude repetidamente a algunas mujeres en los diferentes motivos, y estos aparecen en orden de mayor a menor frecuencia.

#### V.3.3.1 “Sentirme bien conmigo misma”.

En general, recurren a las cirugías estéticas para “sentirse bien consigo mismas” en los aspectos emocional y sexual (con mayor confianza). Sobre esto, Cabrera (citada en Rodríguez, Muñiz y List, 2015: 344) explica que la autopercepción que se hace del aspecto corporal resulta sustancial en la subjetividad, por lo que:

“La apariencia fortalece o debilita las valoraciones que hagamos de nosotros mismos, afectando según sea el caso la estabilidad emocional y afectiva, aquello que se entiende como sentirse bien”.

De este modo, Carolina (38 años) ahorró un largo tiempo para “sentirse bien con ella misma” en relación a su apariencia corporal:

[...] ahorré desde que nació mi primer hijo para podérmela hacer [sobre todo el aumento de senos y la liposucción] porque como fui una mamá muy joven, nunca pude ponerme un bikini desde que era chiquita. Para mí era una prioridad en mi vida para poderme sentir bien conmigo misma, poderme ver al espejo sin ocultarme

[físicamente] y sentirme a gusto poniéndome un bikini [en su rostro reflejaba que estaba recordando este momento vivido]”.

La aspiración de Carolina de “sentirse bien consigo misma” está vinculada con la autoestima. Al respecto, Muñiz (2011) menciona que la autoestima tiene un papel determinante en la elección de una cirugía cosmética y que influye en la subjetividad:

“La autoestima es un término acuñado por la psicología y se refiere a la autovaloración personal a través de un conjunto de percepciones, sentimientos, evaluaciones y comportamientos relativos a nosotros mismos, a nuestro cuerpo y a nuestro carácter” (2011: 76).

Por su parte, Alia (46 años) refiere que cuando una mujer se desestima por su físico se llega a relacionar con parejas que la agreden emocional y físicamente, es necesario que las mujeres se aprecien, así lo explicó:

“Muchas mujeres están con un fulano [hombre] que las maltrata porque sienten que no lo merecen porque están *feas* o una relación por lástima [refiriendo con voz baja]. [...] Pero si estás bien contigo, estás bien con todo lo demás”.

Sobre lo anterior, la discriminación corporal hacia las mujeres sigue ocasionando violencia física y psicológica por parte de las parejas agresoras, así como baja autoestima en ellas. El patriarcado justifica la desvalorización y control del hombre “macho” hacia “su hembra”, sin tener en cuenta el estado emocional e integridad física de las mujeres.

Recurrir a las cirugías estéticas requiere de una iniciativa responsable, libre e informada de la persona y la profesión ética del cirujano plástico para evitar riesgos en la salud integral. De esta manera, es posible que las cirugías estéticas puedan generar cambios en las personas para que aumenten su confianza, su autoestima y ello se refleje en su salud psicológica. Al respecto, Gaynor (1998: 31) señala:

“la cirugía estética empieza cuando las personas identifican en su aspecto un problema que desean corregir, cambiando el exterior para ponerlo en armonía con el interior. Un aspecto mejorado –un yo más atractivo y agradable- casi siempre conducirá a cambios

tales como una mayor confianza, mejor humor y mayor sensación de bienestar”.

La mayoría de las informantes está en desacuerdo con la idea de que las mujeres se realizan cirugías estéticas para ser aceptadas por: la pareja, los amigos y la sociedad. Socialmente es lo que se piensa, pero para ellas el principal interés fue para: cambiar su autoimagen; darse gusto; elevar su autoestima; sentirse más contentas y seguras con su apariencia corporal; evitar el aspecto de envejecimiento precoz; eliminar aspectos físicos no gratos; no descuidar o abandonar la apariencia física; por “vanidad”; lucir más “atractivas”; y utilizar la ropa que les gusta. También piensan que las personas se comparan con modelos estéticos y eligen esa imagen cambiando la suya. De este modo, para Ariet (33 años) la finalidad de las cirugías estéticas no radica en ser aceptadas socialmente, sino en ser autoaceptadas y emocionalmente estar satisfechas con su aspecto físico, aunque lo que resulte podría ser un efecto adicional, por ejemplo: los comentarios halagadores, tener más pretendientes, entre otros aspectos. Sin embargo, en el siguiente rubro, 6 mujeres reconocieron que estuvieron motivadas por los modelos de “belleza física” y dos de ellas relataron que recurrieron a estos procedimientos por su pareja. Las informantes tienen una actitud egocéntrica sobre el manejo del propio cuerpo para modificarlo a fin de obtener una sensación placentera y también asumen una actitud práctica mediante el uso de la tecnología (Roa, 1995).

#### V.3.3.2 Las cirugías estéticas y las amigas.

Aunque ciertas informantes comentaron que conocían las cirugías estéticas por los medios de comunicación (televisión, revistas), no se atrevían a recurrir a ellas por temor y falta de motivación. La mayoría de las entrevistadas coincide en que su principal motivación y seguridad fue platicar con sus amigas y parientes mujeres que habían recurrido a las mismas cirugías estéticas que querían realizarse, constatando que no tuvieron ninguna consecuencia negativa, que los resultados fueron favorables y, más aún, que estaban muy felices. Esta forma de estimulación es importante de analizar porque es ahí donde pueden surgir

informaciones erróneas y guiadas por la apariencia o, por el contrario, ser una forma de alerta para no acudir con algún charlatán que ponga en riesgo la salud de las mujeres que quieren someterse a alguna cirugía cosmética. Sobre esto, Violeta (48 años) explicó:

“[...] ver a mi amiga...de verla te motivas, ¿no es cierto?, yo te digo de esa muchacha que estaba bien gorda, gorda y quedó bien *guapa* [...] yo quería tener unos pechos de revista. Ya sabía por la televisión, por las revistas, pero no, no me había aventado a, a averiguar. Una amiga aquí vino [a su estética], y estaba bien gorda, pero quedó bien *guapa* y por eso fue que yo me animé al ver a esta muchacha y ahí fue cuando yo empecé a decirle: ‘¡Llévame a ver a tu doctor!’. Y sí, me fui con ella al doctor [se mostró muy expresiva con sus gestos faciales y movimientos corporales de sus manos]”.

Conocer las situaciones de mujeres que han tenido resultados desfavorables por recurrir a las cirugías estéticas es una causa de las informantes para sentir temor ante estas prácticas. No obstante, saber de experiencias satisfactorias por amigas, conocidas, celebridades y familiares mujeres es un motivo para que desaparezcan el miedo y la incertidumbre, pero también es un factor para el aumento de estas prácticas en las mujeres. Según las informantes, sus amigas no pasaron por efectos desfavorables y los resultados fueron satisfactorios en el caso de la misma cirugía, pero lo interesante es que 5 participantes expresaron haber tenido experiencias desagradables. Sobre esto, resulta necesario preguntarse, ¿sus amigas las engañaron o en realidad no tuvieron consecuencias negativas? La explicación puede deberse a las siguientes suposiciones: la intervención quirúrgica propició reacciones diferentes (negativas) en el organismo; no se siguieron debidamente los cuidados postoperatorios; las atendió otro cirujano plástico con falta de ética profesional; y/o que, con base en las características particulares de la solicitante, el procedimiento no era conveniente de realizarse en comparación con las características de la amiga.

#### V.3.3.3 Las cirugías estéticas y los estereotipos de belleza.

A 6 mujeres no les interesa tener un parecido físico o compararse con alguna modelo, cantante o celebridad, ni antes ni después de la cirugía estética.

Buscaban tener un físico más “atractivo”, no ser la “copia de alguien más”, sostienen que es más importante la personalidad propia de cada mujer “definida en su físico” y ser auténtica. Creen que muchas mujeres cometen un error al realizarse varias cirugías estéticas de nariz, senos y glúteos con la intención de parecerse físicamente a otra mujer, sea artista o modelo, y no lo logran, no quedan igual ya que la fisionomía o incluso el origen étnico de cada mujer es diferente, además de que “deforman” su cuerpo y ponen en peligro su salud y su vida.

Sin embargo, los arquetipos de belleza llegaron a influir en las decisiones de 6 participantes para someterse a un procedimiento estético; el ver a las modelos delgadas, con busto “grande” y “firme”, las motivó a querer tener la misma talla de senos, pues opinan que “es bonito e importante en el cuerpo de la mujer para lucir más como femenina”. Aunado a esto, está el factor edad y el aspecto físico después de un embarazo, que influyó para que se percibieran con senos “pequeños” y “flácidos”, y con vientre no “atractivo” por las estrías, lo cual, “no les gustaba, las incomodaba y deprimía”. Opinaron que quisieron ser delgadas ya que la ropa les queda elegante y se sienten “guapas”.

En relación con los estándares de “belleza física”, a 3 informantes les interesa tener un parecido físico a dos cantantes (Lucero y Madonna) y una bailarina mexicana de danza árabe (Tatiana Ávila) porque físicamente son “atractivas a su edad”. Sobre lo anterior, se les preguntó a las 3 por qué les gustaría parecerse físicamente a ellas y cómo lucen, a lo que, respectivamente, respondieron de la siguiente manera:

“[Reflexionando por un momento para responder] Lucerito [cantante, actriz y conductora mexicana] Pues, es alta, tiene senos firmes, buena cintura, o sea, no es ni muy flaca ni gorda, es como un cuerpo regular tendiendo a ser más flaco que gordo y su *belleza interior*, es una congruencia con su *belleza física*” (Carolina, 38 años).

“Madonna [cantante estadounidense] porque es una mujer muy hermosa, porque es delgada, canta, baila, es original como viste. Es una señora que, pues a lo mejor es de mi edad y está súper cuidadísima, tiene su niña, es muy desinhibida, canta bien, es una

mujer muy talentosa, ella es mi máximo [añorando con su mirada el aspecto corporal de la cantante]” (Sofía, 60 años).

“No famoso, pero sí hay una bailarina de *bellydance* [danza árabe o del vientre] mexicana que admiro mucho. Considero que tiene un cuerpazo y que estoy muy segura que también tiene una cirugía [estética] por ahí [en su cuerpo], no me consta, pero estoy segura que sí [aseverando con la cabeza]. Es Tatiana Ávila, ella es más o menos alta, tiene el cabello largo, castaño, ondulado, ojos grandes, labios gruesos, es muy, muy, muy delgada, pero su vientre está muy bien marcado, muy bien definido y baila muy bonito” (Ariet, 33 años).

Desde la visión de género es posible concebir cómo a partir de los modelos de género y de belleza surge la admiración hacia mujeres que se desempeñan en el medio artístico, quienes comparten algunos rasgos físicos como un cuerpo esbelto y un vientre plano. Sobre esto, se difunde el mensaje explícito de la “belleza física” como una forma para alcanzar el éxito personal y profesional, surgiendo así el interés en algunas mujeres por tener una apariencia parecida a las celebridades. Por tanto, recurren a diferentes tratamientos de belleza y antienvjecimiento facial, así como a las cirugías estéticas.

En el siguiente testimonio, se observa que Karen (26 años) estuvo motivada por los modelos de “belleza física” cuando recurrió a la cirugía estética, y que lo hizo para otro y no para ella misma, en este caso para atraer la atención de su novio, quién reprobaba su apariencia física porque no lucía “desarrollada” ni “femenina”:

[...] Son situaciones que vas arrastrando, en lo personal fue desde la adolescencia, ya sabes, ese noviecito malvado, que tú eres la más delgadita del salón y siempre se va por quien o su mirada siempre se desviaba a quien se desarrolló primero que tú, que yo en este caso. Entonces, creo que era prácticamente eso, el hecho de saber que para él eran *atractivas* las curvas cuando yo era un palito, pues fue lo que inició para que un día yo dijera: ‘No quiero ser yo, no quiero verme como yo, quiero verme como ellas [con una apariencia femenina desarrollada], quiero verme distinta, no tan delgada’, fue eso [se mostró pensativa y con tono bajo]”.

Las mujeres reportaron experimentar insatisfacción por los resultados que obtenían y los que esperaban al realizar los estilos de vida saludables como:

ejercicio y alimentación saludable (a pesar de tener un régimen estricto). Entre los ideales estaba adelgazar proporcionalmente y resaltar los glúteos. Debido a esa insatisfacción, llegaron a considerar a las cirugías estéticas como la única solución rápida para alcanzarlos, pues tampoco conocen otras opciones para los cambios que querían en su cuerpo. Sobre esto, Violeta (48 años) comentó que en la edad adulta el cuerpo ya no responde al ejercicio como en la etapa de la juventud y agregó:

“Hago ejercicio, hago dieta, pero no quedas igual, yo me pongo a hacer ejercicio, bajo de peso, pero bajo así, [¿cómo es así?] Pues no estético. Hago dieta y también adelgazo *bien feo*. Te juro, yo andaba en ejercicio y no bajo el estómago. Yo soy de las personas que tomo té, de que te da unas diarreas, y nunca bajas [...] nunca estuve como yo quise y era de irme al parque a correr, iba a levantar pesas. Nunca, nunca de a de veras, nunca bajé la *llantota* que se me hacía aquí [mostrando con su mano la cintura], nunca, nunca”.

La insatisfacción corporal generó que Violeta recurriera a diversos métodos para adelgazar que no resultaron como esperaba, pero tampoco fueron saludables como en el caso de los tés, que le ocasionaron más perjuicio en su salud física. Su deseo exhaustivo de bajar de peso estuvo más orientado por una cuestión de apariencia física que de salud; de cuidar más el exterior que la salud. Sobre esto, es necesario señalar que actualmente en México existen diversos métodos y productos mercantilistas que se difunden en los medios de comunicación y de publicidad con el propósito de adelgazar, eliminar marcas de la edad o cicatrices, entre otros, pero se encausan más por una cuestión de “belleza física” que, de salud, los cuales muchas veces generan más efectos perjudiciales que favorables en las personas que los utilizan.

Al igual que Violeta, otras mujeres también recurrían a variadas opciones como: tés y pastillas para adelgazar, refiriendo que gastaban mucho dinero y tiempo, pero no conseguían tener la apariencia física deseada. Igualmente, recurrieron a cremas para eliminar grasa del cuerpo o “antiarrugas”, que al final fueron recursos falsos. Como Le Breton (2015: 23) menciona, tales productos y tratamientos proliferan en el mercado también como “antídotos contra la edad”:

“Los tintes, los implantes contra la calvicie, las cremas anti-edad, las mascarillas, los peelings, el ácido butílico y la cirugía estética componen un arsenal de guerra en contra de las marcas del tiempo [...]”.

A pesar de que Violeta y otras mujeres llevan a cabo estilos de vida saludables, también tienden a descuidar su salud cuando recurren a prácticas o consumen productos que les ocasionan más efectos negativos que favorables. Sobre lo anterior, la siguiente reflexión de Fuentes (citada en Muñiz, 2014: 120-121-122) resulta importante y puntual:

“Lo complicado y paradójico de este fenómeno que ocurre en diversas partes del mundo es la asociación entre ser saludable y mostrar un cuerpo exento de grasa. No importan los medios a los que tengan que recurrir las personas para convertirse en ese modelo sugerido. [...] El modelo impuesto de cuerpo bello para las mujeres que hace referencia a la esbeltez y la juventud es un problema social que está irrumpiendo como un virus a través de varios medios en nuestra cotidianidad. [...] la mercadotecnia sitúa a las mujeres en objetos transformables e inconformes debido a la imperfección que se les hace creer que tienen. [...] Estamos viviendo un problema antagónico al tener mujeres con sobrepeso a las que se les instiga a perder kilos, y otras más que aseguran estarlo y que se encuentran bajas de peso, talla y músculos”.

En relación con el cuestionamiento de Ramos-Rocha (2012), revisada en el marco teórico, en el sentido de considerar si el aumento de las cirugías estéticas en las mujeres y la proliferación de clínicas de belleza ilegales ¿son indicadores de la presión social actual como efecto del rechazo hacia la vejez y la exigencia de aproximarse a “estándares de belleza cultural”? Con base en los hallazgos de este estudio, se puede afirmar que la demanda de estas prácticas en mujeres y la existencia de establecimientos ilegales sí son indicadores de las pautas socio-culturales de “belleza física” occidentalizadas que intentan alcanzar modelos de belleza “femeninos” y evitar la vejez, la gordura y los rasgos étnicos. Aunque también tienen que ver con otros factores socio-culturales que influyen en las mujeres como asumir la decisión de modificar el propio cuerpo; la incitación de la familia y las amigas; y la burla escolar durante la adolescencia (motivos que más adelante se analizan). Por lo anterior, se considera que sí existe una presión socio-cultural en querer recurrir a las cirugías. Sin embargo, la propagación de los

establecimientos de clínicas de cirugías cosméticas ilegales en México, sí tiene que ver con el negocio de la belleza “femenina” mediante la modificación de los cuerpos; con la falta de responsabilidad de las mujeres en investigar y evitar estos espacios ilícitos para que no sigan operando; pero también, con la falta de normatividad (vigilancia, sanción y clausura) eficaz de los lugares que realizan cirugías estéticas y que se encargan del cuidado físico, así como de la práctica médica y ética.

#### V.3.3.4 Autonomía corporal de las mujeres.

Otro motivo por el que 4 informantes recurrieron a las cirugías estéticas fue para tomar la decisión sobre su propio cuerpo independientemente de las falsas atribuciones machistas, los comentarios y chantajes de sus parejas o su familia para que no se las hicieran (los últimos dos aspectos más adelante se analizan). Sobre esto, Alia (46 años) comentó que no le interesa la opinión ni la actitud de su pareja para recurrir a las cirugías estéticas, y si le llega a reprochar algo por modificar su cuerpo enseguida le comenta que no lo hizo por él y que la relación se termina si no le parece:

[...] Yo tenía un amigo, en ese entonces, con la lipo [cuando se realizó la liposucción], acababa de terminar con él, me osó decirme: ‘¿Para qué te operas?, si yo te quiero igual’, [ella le responde:] ‘¡A ver, a ver, perdón! [Subiendo la voz con seguridad], ¿quién te dijo que me operé por ti?, ¿qué te hace pensar que eres el eje de mí? ¡Mira, lo que tú quieras, sientas o pretendas, pues, es tu rollo, yo soy así, te gusta como soy, qué bueno, no te gusto, hasta luego!’. Entonces, a mí los hombres no, cómo te diré, no vienen a decirme qué tengo que hacer o cómo me tengo que vestir o cómo tengo que comportarme para que me regalen el honor de su compañía, por favor [risa]. Yo no voy a cambiar un solo centímetro de mi cuerpo por un hombre, de ninguna manera, ¡para nada! Mientras yo me sienta bien [que le guste su cuerpo], y si a él [su pareja] no le gusta, mira: ‘Vámonos, hasta luego, ¡next!’. Mira, en las cuestiones de pareja, para mí no es importante. Yo no necesito una pareja para ser feliz, no me es indispensable, no es algo que te complete porque yo creo que estoy completa. Entonces, si se relacionan conmigo los hombres, es porque van a entender que no soy una *mujer estándar*, que estoy primero. (¿A qué te refieres con que no eres ‘una mujer estándar’?) Mira, las he visto [mujeres], mucho, durante muchos años [...] todas son tan codependientes de muchas maneras, se aferran a los hijos, se

aferran al marido, en lugar de aferrarse a sí mismas, y sufren, ¡ah cómo sufren, qué horror! Todas en México, por lo que yo he visto, tienen el inmenso complejo de [...] ‘todo por mis hijos’, esa es la bandera de la mujer mexicana, ‘todo es por mis hijos’, y a los 40 años me voy a ver como si tuviera 90 años, pero ‘por mis hijos’. ¡Ay no, perdón!”.

En la narración de Alia (46 años) surgen varios aspectos importantes para analizar. Antes que nada, ella es un ejemplo de una mujer autónoma, que más se acercó a tal principio. Al respecto, una acción se considera autónoma cuando se tiene la capacidad y el derecho de decidir de manera consciente, racional, voluntaria, informada, responsable y éticamente sobre la salud, el estilo de vida, el cuerpo, etc. Sobre esto, su testimonio deja ver que su decisión fue absolutamente personal y que no lo hizo para agradar a su pareja, sino para darse gusto a ella misma, por tanto, afirmó su autonomía corporal. En cambio, él tiene una actitud machista al considerar que ella modificó su cuerpo para agradarle y que la apreciara más. Para Alia, los comentarios positivos o negativos de los hombres relacionados con sus cirugías estéticas, su corporalidad, su atuendo y su comportamiento, no tienen importancia, mucho menos para atraer o tener la compañía de ellos. Asimismo, no se considera incompleta ni “estándar”, es decir, un esquema de mujer que se asuma como un-cuerpo-para-el-placer (o cuidado)-de-otros, en este caso del marido y los hijos, como una forma de aprisionarse a esto y descuidar su salud, su cuerpo, su autonomía, etc. Así pues, Alia también asumió responsabilidad al recurrir a las cirugías estéticas ya que indagó sobre los pros y los contras; no intentó ser físicamente la copia de una modelo o una celebridad; y siguió los cuidados postoperatorios. En relación con esto, Orlan<sup>73</sup> (Davis, 2007) considera que la cirugía estética es una forma en que las mujeres recuperan el control sobre el cuerpo.

#### V.3.3.5 “Mi papá me invitó una cirugía estética”.

Dos informantes explicaron que hubo motivación por parte del padre, a manera de obsequio, una forma de afecto y apoyo de él, además de ser quien cubrió los

---

<sup>73</sup> Artista francesa del *performance*. Utiliza la cirugía cosmética en su cuerpo para llevar a cabo sus performances.

gastos de las cirugías estéticas. Esta situación a una de ellas le resultó extraña viniendo de su padre. Otra mujer comentó que el papá también apoyó y pagó las cirugías de la esposa, de tal forma que siempre han contado con el apoyo y respeto de él para estas cuestiones. No obstante, ellas expresaron que, de no haber tenido la iniciativa del padre, cuando tuvieran la capacidad económica se las iban a realizar. Al respecto, Ariet (33 años) mencionó:

“Fue una cuestión ocasional, muy rara, fue como un obsequio de graduación, mi papá me pagó la cirugía [aumento de senos]. Fue a raíz de un episodio que fuimos de compras en familia: mi mamá, mi hermana, mi papá y yo. Entonces, sucede que estábamos en el departamento de ropa interior y mi hermana, que es menor que yo, estaba mucho más desarrollada físicamente, entonces, yo buscaba ropa interior, brasieres de mi talla y no había, eran chiquititos [los que buscaba]. Fue un momento particular porque nunca me había sucedido que me sintiera mal por eso. Ese día lloré porque no encontré nada. Entonces, yo creo que mi papá se sintió mal por eso y no me quería ver mal, entonces él tomó la decisión básicamente de hacerme sentir mejor en ese sentido por medio de la cirugía estética [...] En principio fue extraño, ¿no?, que tu papá te diga: ‘Oye, pues si te quieres operar, pues te operas’, ¿no?, sí fue raro. Hasta me quería hacer la liposucción, nomás que ahí sí me mandó al demonio [comenzó a sonreír]. Pero, la verdad, es que ni estaba tan gorda, ni la necesitaba, pero yo la quería, ¿no? (¿qué te comentó tu papá?) Él me dijo: ‘¡Que no, esa sí que no, ponte a hacer abdominales!’ (¿Cómo te hizo sentir eso?) La verdad es que fue indiferente, fue como, ‘¡Ah, órale, o.k., bueno, ya!’, no pasa nada”.

En el testimonio anterior, surgen dos cuestiones de reflexión, por una parte, el progenitor ejecutó un papel de protector “héroe” hacia su hija, consideró que era un momento adecuado para protagonizar su rol cariñosamente con su hija al no encontrar la talla de sostén y que el aumento de senos era la solución. Además, el padre de Ariet tiene una actitud muy práctica: recurre al recurso de la tecnología para hacer feliz a su hija sin tener en cuenta los posibles riesgos. En ese momento le da más importancia al parecer (aspecto físico) que al ser (la seguridad propia, el cuestionamiento, etc.). Aunque la segunda vez el padre evitó la liposucción, cirugía que para ella era innecesaria, y eligió un método saludable. Por otro lado, el mercado de las prendas íntimas para la mujer tiene gran relación con los estereotipos de género y de belleza ya que basta con acudir a un negocio de

lencería y observar desde los maniqués con una forma esbelta, las medias con textura decorativa, los diferentes tamaños y la variedad de los modelos del sostén (casi no se muestran tallas pequeñas de brasier), las formas y tipos exuberantes de los bikinis. Así pues, este mercado puede provocar baja autoestima y falta de seguridad en las mujeres al no encontrar una talla chica de brasier. Además, estos sitios exhiben en mayor cantidad las prendas íntimas “femeninas” como una forma denigrante y de expropiación del cuerpo de las mujeres, como un “cuerpo-para-el-placer-de-otros” y un “objeto sexual” del erotismo. En relación con esto, Basaglia (citada en Lagarde, 1990) refiere que socio-culturalmente el cuerpo de la mujer es asumido para otros a través del cuidado o del placer.

Mientras que en el relato de Diana (22 años), tanto su papá como la cirujana plástica la incitaron para una rinoplastia mediante discursos de “belleza física”. Aunque también señala que desde su infancia recibió burlas por parte de su familia y apodos escolares que la hicieron sentir triste, pero que el factor principal fue la motivación de su papá:

“Mira, yo me picaba la nariz cuando era niña, entonces mi nariz se hizo más ancha, no era tan diferente a esto [su actual tamaño], ¡te lo juro! [...] Me hacían burla mis hermanos, mi mamá un poquito, obviamente los comentarios sí me hacían sentir mal, triste. En la escuela [...] me pusieron como apodo ‘Coala’ [se sonrojó]. Creo que me sentía mal con mi nariz en ese entonces, ¿sabes? Sabía que mi nariz no era como la más agraciada, pero yo hubiera vivido felizmente. Fue un poco mi papá y la doctora [cirujana plástica]. Mi papá es fan de Belinda [cantante]: ‘¡Ah, mira! Diana ¿a ti no te gustaría parecerte?’, más bien fue como una invitación. Mi papá: ‘¿No te gustaría una operación?’, ‘Sí Diana, para que te veas más *guapa*’. Fui al consultorio, la doctora: ‘Te voy a enseñar de gente que ha quedado *bellísima* después de todo esto’. Te promete que te vas a ver más *linda* [...], pues bueno, dije: ‘Está bien, vale, está chido, ¿no?, un cambio, bueno, me convencieron’ [asintiendo con su cabeza]”.

La narrativa de Diana muestra varios aspectos que influyeron en su decisión de recurrir a la cirugía estética, pero los más determinantes fueron la motivación del papá y la incitación antiética de la cirujana plástica. Por tanto, no tuvo una decisión autónoma, la cual dio como resultado una insatisfacción al ver los resultados, punto que en otro rubro se recupera.

### V.3.3.6 La burla y los apodos.

También el asunto de la burla y los apodos por parte de los compañeros y la familia durante la adolescencia, influyeron en Nicol (41 años), Carolina (38 años) y Diana (22 años) para que en las dos primeras mujeres al ser adultas decidieran acudir a las cirugías cosméticas porque se sentían: muy tristes, inconformes con ellas mismas por la apariencia física (sentirse 'feas') y diferentes a las demás personas cuando observaban a su alrededor, sin comprender las diferencias en su cuerpo. Entonces, los comentarios las siguieron, sin poder afrontarlos y se convirtieron en causas para que un día se sometieran a algún procedimiento quirúrgico. De este modo, para Nicol el *bullying* por parte de sus compañeros hombres en la primaria influyó para que decidiera cambiar su apariencia corporal, la cual consideraba como 'fea' [con sobrepeso, estatura baja y acné en el rostro]. En su adolescencia tomó como modelo el aspecto de su mamá (con senos y glúteos agrandados), mientras que la apariencia de su cuerpo era todo lo contrario: poco senos, y con un vientre pronunciado, así lo expresó:

“[...] mi primera cirugía, que fue aumento de senos, yo sufrí muchísimo y en algún momento me arrepentí cuando estaba en mi período de convalecencia porque fue mucho muy, muy doloroso [físico] y en ese momento yo me puse a meditar porqué lo había hecho y recordé, y estuve tratando de escarbar desde mi niñez y me acordé cuando yo iba en la primaria yo era llenita, subida de peso y el *bullying* de mis compañeros hizo como que yo me sintiera fea quizás [...] Fíjate que ese *bullying* que me hicieron mis compañeros, sí siento que me traumó, me hacían sentir mal, que no era aceptada, que era la gordita, me afectó porque yo crecí así muchos años [se le observó muy pensativa y un poco triste] [...]”.

Por su parte, también Carolina (38 años) experimentó comentarios desagradables por el tamaño de las orejas, pero fue por el lado de sus hermanos, lo cual le provocó emociones de tristeza desde temprana edad por sentirse “diferente” a las demás personas y por las burlas recibidas:

“De chiquita fui ‘buleada’, mis hermanos me decían: ‘Dumbo’ [elefante con tamaño grande de orejas], entonces no me gustaba que me dijeran eso [su semblante mostró disgusto al recordar el apodo que recibió desde su infancia] (¿Cómo te hacían sentir sus comentarios?) Mal, muy mal [...], triste y como diferente a los

demás, volteaba a ver las otras orejas y no entendía por qué ellos sí las tenían pequeñas y yo no, se me veían bastante”.

La violencia psicológica es ejercida a través de la burla y los apodosos hacia mujeres que tienen sobrepeso, obesidad, un cuerpo con senos y glúteos “muy pequeños”, una estatura baja y acné en el rostro. Esta violencia influye en la subjetividad y la salud psicológica, haciéndolas sentir rechazadas y surgiendo traumas emocionales que no desaparecen, sino hasta acudir con un/una psicólogo/a o bien que se minimizan cuando las mujeres deciden recurrir a las cirugías estéticas para modificar alguna parte de su cuerpo que les resulta incómoda por causa de burlas.

El sobrepeso y la obesidad son un peligro para la salud física y psicológica, pero ello no es razón para que se discrimine o violente en ningún espacio (académico, laboral, social, amoroso, etc.) a las personas con estas condiciones corporales.

#### V.3.3.7 Reflexiones éticas y morales sobre los motivos de las informantes.

Con respecto a los diferentes motivos, es necesario analizar los asuntos éticos y morales de las decisiones de las informantes y el papel de la autonomía en materia de cirugías estéticas. Desde que nacemos (aún antes) hay una serie de determinaciones como la nacionalidad, el origen étnico, el idioma, el estrato socio-económico, las creencias (culturales, religiosas, cívicas, etc.), la identidad sexual, el género y los roles sociales, entre otros, que se van internalizando de formas consciente (explícita) e inconsciente (implícita) mediante valores, opiniones y significados, usos, costumbres y posturas, transmitiéndose de generación en generación. De este modo, en los significados de salud, “ser mujer” y belleza; en las percepciones del cuerpo; y en los motivos de las mujeres, hay ideas y actitudes socio-culturales aprendidas durante su vida que influyeron sobre las expresiones y los diferentes motivos. Por tanto, su decisión autónoma fue afectada, no por completo, pero sí en cierto grado, por lo que no fueron plenamente autónomas. No obstante, 5 mujeres se acercaron más a esta acción autónoma al recurrir a estas prácticas porque se informaron sobre los pros y los

contras de las cirugías cosméticas; la certificación y la experiencia del cirujano plástico; ignoraron las manipulaciones y los comentarios en contra para no retroceder en su elección; y no pidieron la aprobación ni opinión de nadie (pareja, familia, amistades).

Sobre lo antes mencionado, resulta necesario también responder a las siguientes preguntas realizadas en la parte teórica del presente estudio y que aquí se retoman para reflexionar acerca de las cuestiones éticas y morales de las cirugías estéticas; la primera interrogante es: ¿son totalmente autónomas las mujeres que optan por realizarse cirugías estéticas? Como ya se refirió al principio del análisis, la autonomía está determinada por diferentes factores (socio-culturales, económicos, personales, sociales, familiares, etc.), por ello, no se consideran totalmente autónomas las decisiones de las mujeres en general que recurren a las cirugías estéticas ni en las informantes de este estudio, aunque algunas se aproximaron más a este principio bioético.

La segunda pregunta es: ¿quienes deciden realizarse cirugías estéticas van perdiendo paulatinamente la capacidad de autonomía? Esta facultad no sólo consiste en elegir o no una cirugía cosmética para que se tenga o se pierda. Sin embargo, la autonomía se va perdiendo cuando estos procedimientos son impuestos por otra persona; y por la insuficiente e inadecuada información que se tiene sobre los riesgos, lo cual obstaculiza la reflexión crítica para decidir de manera autónoma. Al respecto, el consentimiento informado favorece la autonomía, el cual más adelante se analiza.

La última pregunta: ¿las cirugías estéticas son una imposición moral o una expresión de autonomía sobre el cuerpo de las mujeres? Se considera que ambas cuestiones. Por un lado, es una imposición moral porque las informantes estuvieron motivadas y coaccionadas por las amigas, los cánones de belleza “femeninos”, la promoción comercial de estos procedimientos, la burla y los apodos (durante la adolescencia), lo que influyó en sus conductas, siguiendo opiniones, pautas y modas sin cuestionar para “mejorar” o “cambiar” su apariencia física mediante estas prácticas. Por otro lado, es una expresión de autonomía ya que algunas mujeres indagaron sobre los riesgos de las cirugías cosméticas y la

práctica del cirujano plástico; rechazaron las prohibiciones de sus parejas y sus familias; e ignoraron los comentarios contrarios para que desistieran de su decisión. Así pues, reflexionaron y eligieron libremente para modificar su corporalidad.

En relación con lo anterior, Fernández (2018: 37) señala que para hablar de la autonomía resulta:

“[...] necesario, por tanto, pensar en el/la agente autónomo/a como un ser emocional, corporeizado, deseoso, creativo, sensible y racional (Mackenzie y Stoljar 2000), con una trayectoria de vida compleja en la que ciertas transiciones favorecen la autonomía, mientras que otras la obstruyen. Esta aproximación integra las diversas maneras en que el **género** y las relaciones sociales de dominación obstruyen dichos procesos al menos en tres niveles. El primero es la formación de creencias, deseos, preferencias y **emociones** a partir de la interacción de los sujetos con las normas sociales, las instituciones y las prácticas culturales. Un segundo nivel se refiere al desarrollo de capacidades necesarias para el ejercicio de la autonomía tales como la autorreflexión y el autorreconocimiento. Finalmente, un tercer nivel se relaciona con la capacidad para actuar y/o participar en decisiones a partir de deseos autónomos”.

Por tanto, diferentes determinantes favorecieron y delimitaron la capacidad de autonomía de las mujeres para decidir recurrir a las cirugías estéticas. De esta manera, el aspecto económico también les proporcionó sentimientos de autonomía a las informantes al cubrir los gastos de estas prácticas.

Para algunas informantes, el aspecto cognoscitivo es otro elemento importante de la salud porque con base en sus conocimientos pueden reflexionar sobre las problemáticas sociales, su salud, su cuerpo y elegir entre dos opciones. De este modo, las habilidades cognitivas se reflejaron en las decisiones de las mujeres mediante los pensamientos reflexivos y posformales en la adultez temprana (abarca entre los 20 y 40 años). El primero implicó una evaluación breve sobre los riesgos de someterse o no a las cirugías estéticas de acuerdo a la información conocida y las creencias socio-culturales. El segundo consistió en cuestionar, justificar una postura y decidir a partir de las vivencias, el razonamiento y la intuición de decidir recurrir o no a las cirugías estéticas. Mientras que el pensamiento inmaduro se vinculó con la moral, esto cuando las pocas mujeres

señalaron generalmente a estas prácticas como “buenas” o “malas” sin reflexionar ni cuestionarlas. El desarrollo cognitivo en la adultez media (comprende entre los 40 y 65 años) de las participantes abarcó probablemente las inteligencias fluida y cristalizada, sin embargo no se cuenta con elementos suficientes para valorarlo. La primera porque involucró enfrentar las dificultades personales al someterse a estas intervenciones por medio de sus conocimientos previos. La segunda ya que radicó en abarcar más conocimientos de aprendizaje educativo y vivencial para tomar sus decisiones (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

En suma, la mayoría de las informantes mencionó que su autoestima se elevó, por lo cual se deduce que uno de los motivos principales para recurrir a las cirugías estéticas fue que tenían baja autoestima en relación con su aspecto físico. Sin embargo, no reconocieron esto y lo expresaron de distinta manera, por ejemplo, para “sentirse bien consigo mismas”, pudiendo ser que querían ocultar que tenían baja autoestima o que no lo habían percibido como tal. Aunque 5 mujeres sí mencionaron sentir tristeza, depresión y desestimación por su autoimagen. Mientras que, en 4 mujeres, el segundo motivo radicó en ejercer su autonomía para modificar su aspecto corporal, pero también lo comentaron de otro modo al referir que la decisión para recurrir a estas prácticas fue de ellas; que se “operaron” para ellas mismas; y que evadieron los comentarios y chantajes de sus familiares y parejas para que no recurrieran a las intervenciones quirúrgicas. Aunque no hayan aludido a la autonomía explícitamente, ésta se reflejó en su elección. De este modo, estas prácticas fueron un medio para satisfacer su estado anímico; tener decisión sobre su cuerpo; y obtener propósitos personales. Los cánones de “belleza física” y las burlas escolares y familiares también tuvieron un papel determinante en la autovaloración corporal, los sentimientos y comportamientos desde la adolescencia de las informantes, lo que generó considerar a las cirugías estéticas como métodos prácticos cuando llegaron a la edad adulta y tuvieron la solvencia económica para pagarlas.

#### V.3.4 IMPLICACIONES ÉTICAS Y MORALES DE LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS.

En este apartado se reflexiona sobre las posturas, las opiniones y las interpretaciones tanto éticas como morales que hacen las participantes sobre las cirugías estéticas, a partir de su subjetividad (el plano bioético llamado de las personas). Al respecto, se analizan dos principios bioéticos y su relación con estas prácticas.

##### V.3.4.1 Ni “en contra” ni “a favor” de las cirugías estéticas.

La opinión que tienen en general las mujeres respecto a las cirugías estéticas es vasta. De esta manera, comienzan señalando que no están ni “en contra” ni “a favor” mientras las personas quieran hacerlo libremente, estén informadas, lo hagan responsablemente y con planeación; que acudan con un cirujano plástico certificado ante alguna asociación regulada; también que tengan los recursos. Entonces, son una opción efectiva para modificar las partes del cuerpo que resultan desagradables a la autopercepción y que no responden al ejercicio o dietas y por genética, consiguiendo un impacto positivo en el estado emocional.

En general, hay una proporción igual de posturas “a favor” y “en contra” que han conocido las entrevistadas sobre las cirugías estéticas. Así pues, las opiniones que han escuchado “a favor” son diversas, entre ellas: elevan o devuelven la autoestima; favorecen la seguridad con respecto al cuerpo; cambian la personalidad (hay más simpatía); y son una alternativa para modificar la autoimagen. Para Scarlet Valladores (36 años) son un medio que favorece la autoestima en mujeres que les afecta emocionalmente tener los senos descendidos, así lo relató:

“Para algunas ha sido su *salvación*, para otras es simple y sencillamente un *capricho* ¡como yo! [Comenzó a reír] Entonces, pero más son positivas de todas las opiniones que he escuchado. (¿A qué te refieres con ‘salvación’?) Una solución a la necesidad, por ejemplo, de las personas que yo conocí que ya habían amamantado y sentían que estaban bien *deterioradas* en el asunto de senos, sobre todo las pocas que yo conozco, que todas son mamás, y sí como que esta onda de haber tenido hijos, sentían que los senos estaban *abajo*, *tirados*. Entonces, era una necesidad, ninguna de ellas me comentó que había sido un

*capricho*, más bien, las tres o cuatro que conozco con hijos, siempre fue: ‘Una necesidad de no sentirse mal’”.

Expresan que las posturas “a favor” se deben, por un lado, a la experiencia de la gente, con lo que están de acuerdo y, por otro lado, a las ideologías que difunde el negocio de la mercadotecnia acerca de estas prácticas como una opción sencilla y barata, pero que influye para que socialmente se rechace la apariencia física considerada no “atractiva”, con lo que difieren. De este modo, Karen (26 años) afirmó:

“Tal vez sea la misma mercadotecnia de la cirugía plástica que lo haga ver como algo fácil, quizás necesario, económico, al alcance ya de cualquier persona”.

Las opiniones que han escuchado las informantes “en contra” de las cirugías estéticas también han sido muchas, sobre todo de mujeres, por los medios de comunicación y la publicidad, como: riesgos de infección; complicaciones durante y después del procedimiento estético; “quedarse en la plancha” (muerte) por rechazo a la anestesia; resultados desfavorables y perjudiciales a la salud física; muy costosas e inasequibles para personas con bajo capital; y celebridades con resultados negativos en la salud y el aspecto corporal. Refieren que esta diversidad de posturas “en contra” de las cirugías estéticas se debe a los valores particulares, los prejuicios, la falta de conocimiento certero (ignorancia); la divulgación a manera de difamación y la relación de los cirujanos plásticos con otras profesiones en las que se tuvieron experiencias no gratas; la consideración de que es gastar dinero por mera “vanidad”; la opinión de que va “en contra” de la naturaleza humana del cuerpo; la convicción de que las mujeres modifican su fisionomía a costa de ser una “mujer artificial de plástico”. Así pues, Alia (46 años) lo ejemplificó de esta manera:

“Hay, tantas [ideas]. Hace poco llevé a una de mis alumnas a que se hiciera un presupuesto con mi médico [cirujano plástico], fue ahí cuando yo decidí hacerme esta de los senos [reconstrucción de senos], y le decía su hermana: ‘¡Por favor, no te operes!’, como si fuera la gran tragedia: ‘Oye, cálmate, ella va estar mejor todavía, si ella quiere porque no es obligación’. Entonces, la gente tiene muchas percepciones absurdas [...] sobre la cirugía estética [ratificando la expresión con sus manos]”.

Sobre lo anterior, también piensan que esas opiniones son por miedo a los riesgos; no tener dinero para pagarlas; para burlarse; criticar lo que moralmente es diferente a las creencias; simplemente desinterés; por envidia y machismo de los hombres. Al respecto, Alia (46 años) opinó que las posturas “en contra” se deben a que:

“[...] generalmente son personas que carecen de los medios económicos para hacérselas. Entonces, ven con mucho rencor que tú te las hagas y estés bien y ellas no. Se maneja también mucha envidia, eso en cuanto a mujeres [tono bajo]. En cuanto a hombres, es un machismo espantoso [...] engórdala, envejecela o házla menos, pártela la autoestima, y es lo que buscan todos. El hombre por lo general quiere el control de la sexualidad de las mujeres. Entonces, defiéndete [subió su entonación]”.

Con respecto a la apariencia corporal “atractiva”, también pudiera parecer una forma de defensa de la mujer frente al machismo que impone a las mujeres sólo dedicarse a ser “amas de casa”, tener hijos para cuidar de ellos y del marido, que resten importancia a su cuerpo y su salud. Sobre esto, las mujeres que sólo dedican su cuerpo-para-servir-a-los-otros, descuidan su salud y su vida porque, por un lado, no acuden a realizarse estudios de mastografía, de papanicolaou, de laboratorio, entre otros, para evitar consecuencias perjudiciales tanto físicas como psicológicas. También, descuidan su alimentación, su actividad física y abandonan su corporalidad, para ser un cuerpo-para-otros (hijos, pareja, etc.) menos para ser dueñas o protagonistas de su cuerpo. Así pues, el cuerpo de la mujer está considerado socio-culturalmente como un cuerpo-para-otros, lo cual, es una forma de violencia de género porque trae consecuencias negativas en la salud física y psicológica de las mujeres al surgir enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, cáncer de mama o de matriz, hipertensión, obesidad) y baja autoestima, (inseguridad ante su aspecto corporal, depresión). Pero la cuestión de la violencia de género implícita en las cirugías estéticas es muy compleja ya que, por un lado, radica en que los medios de comunicación y la publicidad difunden y normalizan estereotipos de belleza para que las mujeres intenten alcanzarlos a costa de su salud y de la vida. Pero, por otro lado, la violencia de género adquiere otra

embestida hacia las mujeres, cuyo propósito es que resten interés por su cuerpo y su salud.

Las informantes señalan que las posturas “en contra” de las cirugías estéticas son respetables, que a quien no le interese que no recurra a ellas, que cada persona es libre de decidir sobre su cuerpo y su vida, pero que no por ello las difamen, ni impongan injerencias o pretendan cambiar la decisión de las personas que se las quieren realizar. Incluso, hay personas que enjuician sin haber tenido la experiencia propia o de alguien, sólo quien ha recurrido a ellas puede opinar propiamente porque tiene elementos reales. A pesar de haber escuchado posturas “en contra”, su decisión siguió firme. Hay quienes no han conocido posturas “en contra” y que las experiencias de sus amistades han sido satisfactorias porque acudieron con cirujanos plásticos profesionales.

Las participantes están “en contra” de las cirugías cuando: se convierten en adicción, un problema de salud y existe el riesgo de quedar facialmente “deforme”; el cuerpo no ha terminado de desarrollarse pudiendo ser un peligro de salud; el cuerpo no tolere la cirugía estética o la anestesia; existan los riesgos que implica toda cirugía; son sólo mercadotecnia; no es el tiempo adecuado, es decir, después del embarazo la talla de los senos aumenta, así lo ejemplificó Ariet (33 años):

“Si yo hubiera sabido que después de los embarazos iba a aumentar tanto la talla [de los senos], a lo mejor me hubiera puesto unos implantes más pequeños”.

Ahora bien, las informantes piensan que las personas sí ponen en riesgo su salud y su vida durante y después del procedimiento estético por el hecho de ser una cirugía, específicamente cuando: acuden con un cirujano plástico que cobra barato o no es profesional, no está certificado ni tiene suficiente experiencia no sólo en el área, sino en la cirugía cosmética que se quiere; no investigan sobre el procedimiento estético y sus efectos negativos o secundarios; no llevan a cabo las recomendaciones del cirujano plástico después de la intervención; existen complicaciones (de la presión arterial, hemorragias, etc.) que surgen en el organismo durante la anestesia; acuden a un espacio sin higiene ni los aparatos necesarios, estando expuestas a una infección. En cambio, si es un cirujano plástico profesional, se realizan los estudios correspondientes (ultrasonidos,

química sanguínea, etc.) dependiendo del procedimiento quirúrgico; si se siguen la vigilancia y los cuidados necesarios, son menos probables los riesgos. En este sentido, Scarlet Valladores (36 años) comentó:

“El mercado de la belleza es un mercado que siempre ha dejado mucho dinero y para quien no conoce es muy fácil que te embauquen con miles de productos, inyecciones, operaciones. Entonces, yo creo que, si eres una persona de pocos recursos económicos, que aparte no se da a la tarea de investigar, yo creo que fácil te puede bambuquear [sic] cualquiera que no sea un profesional y, pues te puede causar infecciones”.

Scarlet Valladores alude a elementos importantes que las personas que adquieren productos de “belleza física”, o están interesadas en someterse a un procedimiento quirúrgico, deben tener en cuenta para minimizar los riesgos que estos pueden conllevar en la salud y en lo económico al motivarse por las leyendas de la mercadotecnia y por las ofertas, que no indagan ni cuestionan más allá de las apariencias.

#### V.3.4.2 El consentimiento informado.

La mayoría de las mujeres señaló que no se acuerdan de haber firmado ni tampoco sus familiares la carta de consentimiento informado, sólo dos mujeres comentaron sobre este documento importante, el cual refieren como “responsiva”. En relación con esto, Carolina (38 años) expresó lo siguiente:

“Me dieron una hojita, una responsiva, y como buena abogada no la leí, nada más la firmé [ligeramente sonrió]. Pues no me acuerdo la verdad quién la firmó, según yo firmé un papel, pero no me acuerdo si también alguno de mis familiares”.

Carolina eludió un punto importante que tiene que ver con el documento que firmó sin conocer su contenido, el cual implica la seguridad de su vida, el éxito de la cirugía y asumir una decisión autónoma. Así, le dio más relevancia a la inmediatez sin reflexionar en los posibles riesgos. De este modo, Tepichin (2005, citada en Fernández, 2018: 43), expresa que:

“Lo que interesa no es cuántas decisiones toman solas las mujeres o con la anuencia de quién, sino el tipo de consentimiento con el que participan en la toma de decisiones”.

La carta de consentimiento informado es necesaria para que las mujeres puedan ejercer su autonomía, pues mediante este escrito el cirujano plástico informa sobre los pros y los contras que implican las cirugías estéticas. Además, las mujeres dan su autorización. Sobre esto, De Frutos (2016: 51) menciona que: “Una acción se considera autónoma cuando ha pasado por el trámite del consentimiento informado”. Lo anterior es importante porque también asegura que tienen más elementos de información para su decisión autónoma. Así pues, aquí se retoma el cuestionamiento de Ramos-Rocha (2012) abordado en el marco teórico: ¿cuándo y con qué criterios hay que establecer los términos éticos? Desde la opinión de quien esto escribe, es legítimo respetar las acciones, convicciones y deseos para evitar trasgredir la autonomía, pero cuando estas actitudes provoquen consecuencias negativas sobre la salud y la vida, y en la de terceros, resultará necesario cuestionarlas éticamente.

El principio de información forma parte de la carta de consentimiento informado ya que alude a la relación médico-paciente, en este caso al cirujano plástico, quien tiene la obligación profesional y ética de proporcionar a las personas la información completa, clara y precisa tanto de los efectos satisfactorios viables y de los riesgos de cada cirugía estética seleccionada, para que los y las pacientes tomen una decisión autónoma e informada. Asimismo, señalar con base en el estado de salud cuando se es candidata/o o no a una cirugía estética y proporcionar la información necesaria al o la paciente en el proceso de recuperación para el seguimiento de su bienestar físico y psicológico.

Sobre lo anterior, la información que algunos cirujanos plásticos dieron a las mujeres antes de la intervención quirúrgica, en general, fue sobre: los posibles riesgos, la duración del procedimiento estético, el tiempo de recuperación, la dieta especial y el período de reposo. Tenían que realizarse estudios de química sanguínea, ultrasonidos y sobre niveles de coagulación, este último para descartar peligro con la cicatrización o un infarto. En el caso del aumento de senos se debía hacer la revisión de estatura y las tallas para conocer la medida de los implantes de silicona más adecuados al físico. De este modo, a manera de ejemplo, la cirugía estética más realizada por las informantes fue el aumento de senos, el

cirujano plástico les explicó lo siguiente: la duración de la operación estética; las muestras y las sugerencias de los tipos de implantes de silicona (en tamaño, forma y peso) para escoger el preferente; los materiales que iban a utilizar en el aumento de senos; por dónde se podían colocar los implantes; los posibles riesgos más probables (rechazo, dolor de espalda) cuando los implantes no tienen calidad, al no tener los cuidados que se recomiendan y por acudir con un cirujano no capacitado.

La información que les dio el cirujano plástico al final de la o las cirugías estéticas fue similar; siguiendo con el aumento de senos, consistió en: no comer grasas para evitar complicaciones de cicatrización; no tener movimientos bruscos que pudieran abrir la herida; usar un sostén especial (sin varillas) para evitar movimientos; mantener los senos en una posición fija y evitar que el brasier lastimara la piel; no bañarse con agua caliente; no usar zapatos con tacones; aplicar una crema especial en la piel para impedir la aparición de estrías (a causa del estiramiento de la piel); no cargar objetos muy pesados; no realizar deporte los primeros días; no dormir boca abajo; y reposo durante los primeros días, con la indicación de que después ya podían realizar sus actividades diarias.

En general, les recetaron medicamentos (algunos muy costosos) para eliminar o disminuir el dolor y desinflamar. También comentaron que la operación había salido bien (exitosa) y que ahora empezaba la recuperación; ésta fue diferente en cada mujer, dependió de la respuesta del organismo. Estas recomendaciones se debían seguir no sólo para obtener los resultados deseados, sino para prescindir de consecuencias negativas en la salud física y psicológica.

#### V.3.4.3 Las cirugías estéticas: una cuestión de elección y no de obligación.

Se encontró una gran diferencia en las respuestas acerca de quiénes deberían recurrir a realizarse una cirugía estética: de entrada, las entrevistadas refirieron que no se trata de una cuestión de deber u obligación, sino de elección y gusto personal. Así pues, para Scarlet Valladores (36 años) y Alia (46 años), las personas que tengan dinero; de igual forma para Alia (46 años), las que

físicamente sean candidatas para soportar la cirugía; para Alma (52 años), Sofía (60 años) y Nicol (41 años), las que no estén satisfechas con su aspecto físico y les interese modificarlo para sentirse más contentas; para Ariet (33 años) y Carolina (38 años), las que hayan tenido algún accidente y quedaron con cicatrices muy visibles o con “malformidades” que afectan su estado emocional y su vida; en tanto, para Violeta (48 años) las obesas que padecen molestias por la piel “flácida” y el exceso de peso; y, para Alma (52 años), las que tienen necesidad por cuestiones de salud y quienes tuvieron cáncer de mama y les quitaron un seno. No obstante, para Karen (26 años) nadie debería recurrir a las cirugías estéticas por los riesgos a la salud y la vida (los motivos de este arrepentimiento se analizan más adelante). Por su parte, Alia (46 años) no se asume como prototipo para opinar si las mujeres deben o no acudir a estas prácticas, pues cada quién decide lo que le interesa; por ejemplo, señaló que hay gente para la que lo más importante es comprarse una bolsa muy cara y su aspecto corporal no le interesa. En relación con esto, ella remarcó lo siguiente:

“No tiene que ser obligatorio que te vayas al quirófano, es cada quién, es tu gusto, es como tú te sientas. La opinión de los demás, pues es la suya, que piensen lo que quieran, a mí, como la verdad nunca me ha importado. Si el “cuate” [hombre] de repente, te dice: “¡Es que no me parece que te gastes, no sé, lo que sea en una cirugía!”, [Alia]: “¡Perdón, tú lo pagas!”, ¿verdad qué no? [Él]: “¡Es que no me gusta que te operes tanto!”, [Alia]: “Mientras me guste a mí mi cielo, ¡qué bueno, no te gusta, hasta luego!”. No estoy sujeta a la voluntad de un fulano [pareja], sí le gusta o no le gusta lo que ve [de su cuerpo]. Ahorita, esta cirugía [*lifting*] le tocó al novio que tengo actualmente, y él me dijo: “Oye, ¿y qué pasa si no te la haces?”, le digo: “¿Cómo?” [...] me gusta y me la voy hacer”, y optó por guardar silencio. Entonces, ni pregunto opiniones, ni nada, es lo que yo decida, es lo que yo quiero hacer [su temple reflejó determinación]”.

El testimonio de Alia ejemplifica cómo cuestiona y desaprueba “el deber ser” para alguien mediante su cuerpo y su voluntad, y también refiere que las cirugías estéticas tienen que ser elegidas personalmente, sin la coacción de otra persona; puntos interesantes que se relacionan con el principio de autonomía.

#### V.3.4.4 La cuestión de mantener oculta o no una cirugía estética.

A 6 mujeres no les gusta que las amistades, los desconocidos y la pareja (en el caso de Nicol) se enteren que se realizaron una cirugía estética, piensan que se interesan sólo por ocio, morbo e incomodar; además, no les gusta andar pregonando. Otras mujeres, lo comentan sólo si sale en la plática con amistades de confianza, no con desconocidos o gente que las envidian en el trabajo. En cambio, hay quienes no tienen inconveniente ni les incomoda que cualquier persona se entere de su cirugía cosmética si es que sale el tema, no lo mantienen oculto, pues son evidentes. En relación con esto, Karen (26 años) compartiría su experiencia sólo como advertencia y recomendación para no recurrir a estas prácticas:

“[su voz fue baja y pausada] Yo lo comento únicamente como advertencia a que, ¿quién mejor que alguien que ya lo hizo para recomendar que no lo hagan [someterse a una cirugía estética]?”.

Mientras que a Alma (52 años) le interesa compartir su experiencia “a favor” del aumento de senos, pero sólo con amistades que la aprecian y no con mujeres que la critican en su trabajo al considerarla “vieja” para las cirugías estéticas. También le da temor en un futuro tener que cambiar sus implantes y la inquietud de cómo lucirá:

“[...] Me gustaría compartirles mi experiencia, ¿no? y decirles: ‘Que no es algo malo’ [el aumento de senos], ‘Que es algo que va a hacerlas sentir bien’ [contentas], ¿no?, ‘Qué te da seguridad’. Y algunas [amistades mujeres] tienen miedo porque piensan que después de un tiempo van a tener problemas. Yo te voy a decir algo, ¿eh?, sí me pongo a pensar: ‘¿Qué pasará en unos años más, me voy a tener que sacar los implantes?’ o ‘¿Qué va a pasar?, ¿cómo me voy a ver otra vez sin implantes? [...]’ [se mostró preocupada por su incertidumbre]”.

Señalan que las mujeres con alguna cirugía estética lo mantienen en secreto por distintas razones, entre ellas: por temor a los comentarios y la actitud de las amistades; por vergüenza cuando los resultados no son favorables; para conseguir permiso en el trabajo a fin de ausentarse; por desconocimiento de los resultados y temor a cómo quedarán físicamente. Hasta que los resultados son los esperados admiten que se realizaron una intervención estética y también cuando

hay una aceptación del cambio corporal. Las razones de sus temores y secretos sobre las cirugías se deben a la desvalorización social de las “mujeres operadas” y al miedo a los resultados no esperados ya que estas prácticas no siempre resultan satisfactorias, lo cual implica que saben que están corriendo riesgos, a pesar de ser informadas; de ser candidatas (según ellas porque así se los hizo saber el cirujano plástico); de que fue su decisión; de acudir con un profesional (aunque no del todo ni tampoco ético en la gran mayoría); y de seguir las recomendaciones del cirujano después de la intervención.

Otro caso es el de Nicol (41 años), quien prefiere mantener ocultas sus cirugías estéticas a su esposo por temor a lo que vaya a pensar respecto a su cuerpo, aunque tiene la sospecha de que él ya se ha dado cuenta porque notó un cambio físico en ella y se lo hizo saber a manera de halagos, pero no le ha comentado nada tal vez para no incomodarla. Ella explicó su motivo para mantener en secreto sus cirugías a su pareja de la siguiente forma:

“Yo creo que una *mujer natural*, no sé, que tenga un cuerpo voluptuoso es más aceptada. El que alguien sepa que una mujer sea operada, ‘¡Ay la operada!’, siempre la empiezan a calificar, ‘¡Ay, pues está operada!’, ‘¡Ay, ésta se ve que se operó!’. Desafortunadamente vivimos en un México que todo critica, que nada les parece y siempre están calificando a las personas, ¿no? [Acompañando con gesticulaciones en su rostro] Entonces, yo prefiero que él no lo sepa. Él jamás me va a calificar, pero si él piensa que yo soy *natural* quiero que se quede con esa idea. Ya quizás en 15 años más que yo me tenga que cambiar los implantes porque me los tengo que cambiar, me dijo mi doctora que, a los 20 años, pues ya le tendré que decir o no sé”.

Respecto al testimonio anterior, de manera poco creíble Nicol señaló durante la entrevista que su esposo no estuvo enterado de sus cirugías estéticas, esto resulta inverosímil desde la convivencia conyugal cotidiana. Sin embargo, a pesar de ello, es interesante su testimonio porque piensa que socialmente es más reconocida una “mujer natural sensual” que una “mujer operada”, a quien tienden a criticar negativamente. La conjetura anterior de Nicol también se debe a su experiencia desagradable de descalificación en su apariencia física como “una mujer operada” por otra mujer en la calle, acontecimiento que aparentemente le produjo inseguridad con su pareja para expresarle abiertamente que ha recurrido a

3 intervenciones. Más adelante se recupera el testimonio donde Nicol es ofendida al figurar un “cuerpo operado”.

#### V.3.4.5 Las cirugías estéticas *versus* naturaleza humana.

Otro aspecto sobre el que se reflexiona es el papel que tienen las cirugías estéticas en la naturaleza humana. Al respecto, pocas mujeres opinan que estas prácticas van “en contra” de la naturaleza humana del cuerpo y de la genética, pero se contradicen cuando refieren que no desaprueban su uso porque sólo cambian la apariencia corporal y no están alterando el proceso de envejecimiento. Por lo anterior, es preciso preguntarse, ¿acaso sólo las cirugías estéticas van “en contra” de la naturaleza humana del cuerpo y la genética? Ante este cuestionamiento, se puede señalar que también hay otras prácticas que van “en contra”, pero que pretenden favorecer más la salud física y psicológica de las personas que todo lo contrario (a pesar de que algunas ocasionan efectos secundarios, colaterales y adversos en el organismo), como: recurrir a la tecnología en diferente manera, ya sea por medicamentos, vitaminas, cirugías, estudios de laboratorio, vacunas, transfusiones de sangre, trasplante de órganos y de tejidos; métodos contra el cáncer (quimioterapia), el sida, el lupus, el sarampión, el dengue, la diabetes, la hipertensión arterial, entre otras enfermedades (infecciosas o crónico degenerativas); tratamientos óseos, dentales, visuales, dermatológicos, etc.; la procreación medicamente asistida, la eutanasia, por mencionar algunos. De este modo, para Alía (46 años), entonces, la tecnología en general, tampoco debería existir, pues también va “en contra” y, en cambio, se hace uso de ella, y así lo señaló:

“[...] Si hay tecnología, ¡aprovéchala! ¿Tú dejarías de ir al dentista?, pues no; ¿dejarías de ir al médico a que te vea si te duele algo? pues no, en todo caso no te tomes antibióticos, ¿para qué?, no te vacunes, sé natural, ¿no?, y muérete igual que se morían antes, sería retroceder. Aunque no vas a una cirugía estética, es lo mismo”.

Como conclusión de lo anterior se puede afirmar que la relevancia de los procedimientos médicos y tecnológicos antes mencionados, sobre todo de las cirugías estéticas, más que discutir si van “en contra” de la naturaleza humana o

no, consiste en que posibilitan bienestar emocional a las personas, siempre y cuando sus consecuencias tengan como resultado un impacto más positivo que negativo en la salud y en la vida. Asimismo, no se trata de recurrir desmedidamente a la tecnología sin cuestionar y valorar el impacto que ésta pueda tener tanto positivo como negativo, sobre todo en la salud.

#### V.3.4.6 Las cirugías estéticas no son magia.

En general, las mujeres opinaron que con recurrir a las cirugías estéticas no se consiguen fantasías, por ejemplo, para tener un trabajo con ingresos elevados que no tenga que ver con el modelaje u otra profesión similar donde la “belleza física” sea un requisito; es más necesario tener un certificado de estudios, demostrar los suficientes conocimientos y la experiencia requerida. Por tanto, lograr las metas personales y profesionales depende de otros factores y no meramente de tener una apariencia “atractiva”. Sobre esto, Muñiz (citada en Díaz y Giménez, 2015: 34) refiere que:

“A las prácticas quirúrgicas cosméticas se les ha rodeado también de un conjunto de ideas que llevan a pensar en la efectividad y la inmediatez de las transformaciones corporales, pues es más rápido y efectivo someterse a una liposucción que pasar meses ejercitando el cuerpo y sometiéndose a dietas, la cirugía cosmética y sus prácticas ‘milagrosas’ es otra de las ficciones de la cirugía cosmética”.

Las cirugías estéticas son intervenciones quirúrgicas para modificar o “modelar” alguna parte del cuerpo, no van a cambiar la vida de las personas al instante o por completo, es decir, la vida del ser humano gira alrededor de su salud, su familia, su trabajo, sus valores sociales, etc. Sin embargo, la vida puede dar un giro siempre que los resultados hayan sido perjudiciales en la salud (infección irreversible en el cuerpo). Alia (46 años) explicó que para conseguir lo que se espera de la o las cirugías estéticas, las personas tienen que tener en cuenta su situación (estado de salud física y mental); su constitución física (genética, edad, origen étnico, etc.); y no un espejismo inalcanzable respecto a su cuerpo:

“[...] Por querer alcanzar otra vez: ‘Ay, es que yo quiero tener 20 años otra vez’, no, no [negando con la cabeza], tienes que verte como dice mi médico [cirujano plástico]: ‘Descansada’, ese es el secreto de una buena cirugía, verse descansada, como si hubieras dormido 32 horas. La liposucción es para modelar tu cuerpo, es para quitarte unos 3-4 kilos, pero para modelar, no es un control de peso. Entonces, tienes que estar muy consciente de qué es lo que quieres, platicar con tú médico [cirujano plástico], y ver dentro de lo que tú quieres, cuáles son tus posibilidades. Yo, a él le dije: ‘Quiero verme descansada, ya no quiero mis ojeras’, [él]: ‘Ah sí, está bien’. Me dejó ‘descansada’. [...] se lo dijo [el cirujano plástico] una vez a una amiga mía que llevé a reconstrucción de seno: ‘Oye, quiero que me dejes los senos como a ella’, y le dijo: ‘Mire señorita, esto es cirugía plástica, no es magia, vamos a hacer lo que a usted le conviene’, nada más, de acuerdo a su complexión, a su edad, a su físico, a la altura, a todo”.

La explicación de Alia demuestra las diferentes maneras en que se percibe a las cirugías estéticas, como: un medio práctico; un procedimiento de ficción de los imaginarios; y un método para intervenir en el peso. No obstante, no debe restarse importancia al cuestionamiento y seguridad de estas prácticas en la salud y en la vida.

También, las informantes consideran que para obtener los resultados deseados hay que seguir las recomendaciones postoperatorias (tener reposo, no asolearse, no cargar pesado, llevar una dieta saludable), pues estos no se van a conseguir mágicamente.

### V.3.5 EXPERIENCIAS PRE Y POST A LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS.

En este punto se mencionan las aspiraciones de las informantes antes de recurrir a las cirugías estéticas y cómo estas prácticas actuaron en sus ámbitos particulares.

#### V.3.5.1 Expectativas subjetivas sobre el uso de las cirugías estéticas.

Para algunas informantes, las expectativas que tenían antes de someterse a la cirugía estética fueron: que era algo inalcanzable; tener los resultados que esperaban de cada procedimiento; no quedar con cicatrices; e incertidumbre de cómo iban a lucir. Las informantes esperaban que las cirugías estéticas “no fueran

dolorosas y que la recuperación fuera rápida”, sobre todo que no sucediera ninguna complicación o efecto negativo durante o después, así como conseguir los resultados deseados, como: armonía en su cuerpo; una apariencia “atractiva”; estar delgadas y con abdomen plano; un mayor volumen de senos; y vestir prendas que les agradaban o ropa con escote.

Un aspecto relevante que surgió en el estudio tiene que ver con las aspiraciones de las informantes para no quedar con cicatrices, lo cual se piensa como una manera para ocultar la cirugía estética o también para que el resultado no transgreda la apariencia natural del cuerpo. De este modo, Cabrera (citada en Rodríguez *et al*, 2015: 346) refiere que:

“[...] –en la mayoría de los casos- la cirugía estética no busca destacar al cuerpo operado, sino que quiere acentuar la ‘esbeltez’ del cuerpo como un acto no elaborado sino ‘natural’. Una fascinación por la simulación óptica, donde lo que *parece* quiere *ser*”.

La mayoría de las mujeres tenían expectativas prácticas (rápidas), inocuas, fantasiosas y eficaces sobre las cirugías cosméticas, cuyos resultados querían que fueran favorables en su aspecto corporal. A pesar de estas ideas imaginarias, reflejan su preocupación en que surjan riesgos durante o después. Al respecto de lo anterior, las siguientes informantes comentaron sus aspiraciones:

“Esperaba que fuera menos dolorosa y la recuperación más rápida [...] que saliera bien sin ningún riesgo [...] [mostró aflicción]” (Karen, 26 años).

“Bueno, la liposucción no hizo efecto hasta seis meses después, entonces, pues sí me veía con el abdomen muy diferente, pero la liposucción, el verme más delgada fue después de seis meses y, pues me siento muy contenta y cómoda” (Carolina, 38 años).

Pero, ¿qué sucede o se espera durante y después de las cirugías estéticas? Sobre esto, Cabrera (citada en Rodríguez y col., 2015: 348) indica atinadamente que los espacios que se dedican a realizar las cirugías estéticas, al hacer la difusión de sus procedimientos, no muestran los momentos durante la operación en el quirófano ni la recuperación de las personas:

“El *antes* y el *después* son sustentados con imágenes que representan explícitamente las modificaciones corporales en dos momentos distanciados entre sí por varios meses, acaso años, sin embargo, no existe la exposición visual de la progresiva rehabilitación que exige una intervención quirúrgica, sólo expone el ‘antes-después’, nunca el ‘mientras’ ni el ‘por medio de’. Es destacado el resultado, no el proceso ni las consecuencias, pues la imagen enfatiza el evidente cambio gracias al producto o servicio y una recuperación exitosa”.

Por lo anterior, también resultó importante analizar cómo las cirugías influyeron en las informantes en el antes, el durante y el después a partir de conocer las experiencias de las mujeres, para ir evidenciando las implicaciones negativas o positivas en su salud, en su subjetividad y en sus diferentes ámbitos personales. Más adelante se retoman estos puntos importantes.

En síntesis, las expectativas no se cumplieron en algunas mujeres porque surgieron impactos negativos en su salud física y psicológica, en algunos casos por falta de ética profesional del cirujano plástico, quien produjo efectos perniciosos en la salud y en los cuerpos de ellas; porque cambiaron drásticamente su forma de alimentación; y también por influir en la relación de pareja a manera de celos, violencia de género y en la separación, aspectos que se explicarán en profundidad en los siguientes rubros que tienen vinculación con este. A pesar de las implicaciones negativas en su salud y en sus relaciones con sus parejas, la mayoría no se arrepiente de haber recurrido a las cirugías estéticas pues, como se mencionó antes, la iniciativa fue de ellas. Asimismo, tuvieron presente que la decisión de recurrir a estas prácticas debía ser con responsabilidad, pero algunas hicieron caso omiso a este aspecto fundamental. En tanto que pusieron expectativas imaginarias y minimizaron los peligros de estos procedimientos, la experiencia resultó decepcionante.

#### V.3.5.2 Influencia *versus* no influencia de las cirugías estéticas en las esferas personales.

Sobre la siguiente pregunta aludida por Ramos-Rocha (2012) en el marco referencial: ¿actualmente, con las cirugías estéticas es posible alcanzar todas las

metas que se proponen las personas?, algunas informantes opinan que no debido a que sus metas eran modificar su apariencia física y satisfacer su estado emocional. Así pues, se considera que para alcanzar o no las metas planteadas no dependen únicamente de las cirugías estéticas, sino de los satisfactores socio-culturales, laborales, educativos, personales, económicos, políticos, entre otros. El mercado de la belleza mediante los medios de comunicación y la publicidad ha difundido estas prácticas como alternativas “mágicas” o de éxito en todos los ámbitos de las personas, lo cual no es real.

En relación con la opinión sobre la influencia que tienen las cirugías estéticas en los diferentes ámbitos de las personas, la mayoría sostiene que no cambian las esferas personales ni mucho menos cambia la vida (aumentar las relaciones sociales, tener el trabajo deseado, tener más pretendientes) por recurrir a estas prácticas; otras difieren en que sí influyen, ya sea de forma positiva o negativa en los aspectos: amoroso, laboral y social.

Quienes indicaron que las cirugías cosméticas sí influyen, es porque hubo cambios negativos y positivos en sus relaciones de pareja, familiares y sociales o simplemente percibieron un trato diferente de la gente. En lo amoroso, reciben obsequios e invitaciones (para el cine o comer) de gente que antes de la o las cirugías estéticas no les hablaba, y encontraron una pareja; mientras que otras mujeres tuvieron problemas en su matrimonio, ocasionando celos, ruptura y divorcio, ya que sus parejas se sintieron desvalorados ante la nueva imagen de ellas. Sobre lo antes mencionado, Carolina (38 años) comparte su experiencia acerca de la conflictividad en su matrimonio por su transformación corporal, pero que no lo atribuye del todo a las cirugías estéticas ni se lamenta de haber recurrido a ellas:

“[La entonación fue baja y pausada] Me divorcié a los tres años de las cirugías. Fue algo que no lo tenía planeado. Sin darme cuenta, al principio fue algo que me generó seguridad en mi persona, y a él [su esposo] todo lo contrario, le generó mucha inseguridad el que yo cambiara tanto físicamente. No me hacía ningún comentario, pero porque es una persona sumamente seria, pero repercutió en el transcurso de mi matrimonio [...] Y al final, ya cuando nos divorciamos, él dijo: ‘Que cuando yo me había operado me había sentido segura de mi cuerpo, yo había

cambiado de personalidad, que había según esto [haberse realizado cirugías estéticas] me había como creído, me había como subido, como ya era una mujer más *guapa*, pues ya no le hacía caso', y situaciones que no es cierto. (¿Cómo te sentiste emocionalmente por la separación?) ¡Ah! no, pues muy deprimida, sumamente deprimida. (¿Llegaste a atribuir tu separación a las cirugías estéticas?) No culparlas, pero sí fue parte de un factor, pero jamás me las hubiera dejado de hacer y si hubiera sido necesario me seguiría operando [realizado cirugías estéticas] lo que fuera. (¿Estás arrepentida de haberte realizado las cirugías estéticas por ser un factor en tu separación?) No, para nada, no, no [confirmando con la cabeza]”.

El testimonio de Carolina se asemeja a los casos de Zyrkonía, Violeta, Sofía y Karen al referir que la pareja estuvo inconforme con la decisión de que recurrieron a las cirugías estéticas. También, indicaron que percibieron inseguridad en él, lo que produjo en ellos realizar comentarios ofensivos; amenazas y chantajes; actitudes coercitivas y violentas; no hacer halagos; y criticar su personalidad. Así pues, la relación de tres mujeres terminó.

Además, sobre la influencia, opinan que actualmente recurrir a estas prácticas estéticas puede provocar diferentes vicisitudes, por ejemplo: tener alta autoestima y más seguridad (lo que más se busca); un cambio de imagen (cambiar las tallas del cuerpo, eliminar arrugas) o una completa transformación corporal. Sin embargo, también surgen nuevos problemas de pareja, de acoso sexual, de críticas y deudas económicas.

Sólo en el caso de Zyrkonía (32 años) las cirugías estéticas -al realizarse la braquioplastia, la liposucción y la lipectomía- influyeron en su ámbito amoroso, pues el cambio de apariencia física de robusta a esbelta hizo que sus compañeros de trabajo se acercaran a ella para invitarla a salir, hombres que no le hablaban, ahora sí se acercaban, lo cual nunca hicieron antes de que fuera delgada, pero a ella no le interesa llevar una relación de amistad ni de pareja, porque para ella:

“Si antes que estaba gorda ¿no? [No se dirigían a ella], ¿por qué ahora que tengo unos kilos menos lo hacen?, o sea, no me interesa, los saludo por educación, pero ya [expresando con voz determinante]”.

Mientras que a Violeta (48 años) sí le interesa que los varones la inviten a salir, le den regalos, no porque no tenga para solventar, sino porque le gusta y, según a ella, el realizarse aumento de senos, rinoplastia, liposucción, vaginoplastia, lipectomía y aumento de glúteos mejoró su vida amorosa, pero se contradice porque dos de sus parejas le ejercieron violencia de género (aspecto que más adelante se aborda). Sobre esto, Violeta pretende adecuar las cosas para que parezca que estas prácticas influyeron de forma satisfactoria en su amorío.

En este sentido, en el ámbito social algunas mujeres han recibido halagos, les han hecho preguntas curiosas sobre sus procedimientos quirúrgicos, y la gente ha tenido actitudes de sorpresa hacia su cambio de apariencia física. También, comentaron que se sienten más seguras de lucir la ropa que les gusta, salir a la calle, ir a fiestas o reuniones, en la intimidad sienten más confianza con sus parejas. En cambio, otras han pasado por insultos de mujeres en la calle, en las redes sociales, juzgándolas como: “prostitutas”, “mujeres operadas” y “operadas”, así como comentarios perniciosos sobre futuras consecuencias negativas. En el caso de Karen (26 años), efectuar su deseo de realizarse aumento de senos, la llevó a enfrentarse a situaciones de acoso sexual en la calle y el transporte público, así lo expresó:

“Te enfrentas a otras situaciones como andar más insegura por la calle. En lo personal, andar en transporte público, pues sé que ya no puedo andar con cualquier ropa, entonces, qué caso tiene haber llegado a eso [realizarse el aumento de senos] para no poder siquiera lucir cierta ropa por la inseguridad, con un escote pronunciado, que nada da derecho a nadie a tocarte, insultarte [...] El hecho de andar en transporte público, ¿no?, tal vez no necesitar ser la talla que yo soy [de senos] para enfrentarte a los problemas del acoso, pero quizás cuando te enfrentes a ello, y tengas que exponerlo ante una autoridad te va a decir que tú eres la culpable por ir así, por vestirte así, por haberte modificado [por la cirugía de aumento de senos], yo no lo sé, no siempre apoyan [las autoridades], aunque la mujer es muy violentada actualmente, casi siempre ven la manera de hacerte sentir a ti [a la mujer] como la culpable [expresión facial para evidenciar la injusticia]”.

En relación con lo anterior, destaca la postura machista por parte de las autoridades en la preocupación de Karen por su atuendo y su aspecto corporal,

como si ser “atractiva”; utilizar ropa con escote, etc., fuera motivo para ser violentada, lo que es reprochable. De este modo, se naturaliza y se justifica el acoso sexual (acto de violencia) hacia las mujeres por las percepciones machistas basadas en las construcciones socio-culturales, como señalaron Corsi y Bonino acerca de los procesos psicosociales que contribuyen a ocultar la violencia contra las mujeres (Herrera, 2009). También se evidencia la falta de cumplimiento de las autoridades para sancionar la violencia de género y alentar a que no se siga realizando.

En el testimonio de Nicol (41 años) tener un abdomen plano, aumento de senos y glúteos, fue motivo para que otra mujer la insultara por su apariencia corporal. También comentó que su experiencia fue una forma de descalificación machista y denigrante, por ello algunas mujeres mantienen ocultas sus cirugías estéticas:

“Pienso que por la descalificación que hacen las demás mujeres [es necesario conservar en secreto sus cirugías estéticas], ¿no? [...] Alguna vez yo iba caminando con un amigo, veníamos a las rodadas de bicicletas de Reforma [paseo ciclista dominical en Avenida Paseo de la Reforma], de repente nos bajamos y seguimos caminando, creo que mi bicicleta le pegó a una chica y me empezó a armarme un pleito, a reclamarme y me ve de arriba abajo y dice: ‘¡Estás bien operada!’ [Actitud de asombro por la descalificación de la mujer], y yo volteo y le dije [subió su modulación]: ‘¡Sí, sí estoy operada, pero porque tengo dinero [...]!’ y me seguí. Desafortunadamente en México siempre [...] hay mucha descalificación, incluso que si una mujer tiene varios novios, pues ‘ya es una *zorra*’, ¿no?, que si de repente la vez ‘mucho mejor’ [con atributos pronunciados y una imagen delgada], pues ‘está operada’”.

El testimonio de Nicol refleja cómo experimentó el insulto de descalificación por otra mujer, quien examinó su cuerpo de arriba a abajo y terminó aseverando que no era una “mujer natural”, sino una “mujer operada” completamente. Lo anterior se interpreta como una forma de violencia de género mediante insultos, que desapruueba socialmente que las mujeres recurran a las cirugías estéticas para modificar su cuerpo y que se valora más la “belleza natural” que la “belleza artificial”. Todavía se siguen descalificando las acciones de las mujeres con

respecto a su apariencia corporal o su vida amorosa con actitudes denigrantes del patriarcado, pero lo peor es que algunas mujeres reproducen las frases discriminatorias hacia otras mujeres. Aunque las reprobaciones y ofensas de una mujer a otra mujer también obedecen a una cuestión subjetiva, por ejemplo; sentirse opacadas ante alguien que tiene una corporalidad diferente a la suya; por la necesidad de recibir reconocimiento social; por la falta de seguridad; y la baja autoestima.

Por su parte, Violeta (48 años) y su sobrina recibieron insultos denigrantes por recurrir a las cirugías estéticas a través de las redes sociales de la joven:

“Fíjate que apenas hubo un pleito con mi sobrina, a mi sobrina de 15 años le hice la lipo [le pagó la liposucción] y estaba conmigo en casa y dijo que le escribieron en su *face* [sic]: “Tía, tía ve lo que me escribieron”: “¡Que pinche operada!, igual que sus tías, de la banda de las operadas, de las prostitutas”, [Violeta responde:] “usted dígalas que sí, ¿y qué?” Cosas bien feas le escribieron [voz triste] y le dije [subió la entonación]: “Ay te va, usted escriba, ¡dile que ella no se opera porque no tiene [dinero para pagarlas], no le alcanza para una operación! y ¡puta, dile que sí, ella no se opera porque no lo tiene!, porque si ella lo tuviera, a huevo que se lo hace”, ¿no es cierto?”.

El testimonio anterior, también es significativo para reafirmar la desaprobación social que existe en las mujeres que recurren a las modificaciones corporales. Además, evidencia aspectos preocupantes de salud, irresponsabilidad y reglamentario. En este sentido, Violeta no le da importancia a los comentarios sociales, pero actúo de manera irresponsable –al igual la joven al aceptar la cirugía- al pagarle una intervención quirúrgica a su sobrina que es menor de edad, lo cual es un factor de riesgo a su salud y su vida; la normatividad en México es todavía insuficiente en esta materia; y a los cirujanos plásticos mercantilistas no les interesa seguir operando a costa de la salud de las mujeres mayores de edad o no.

En el plano familiar, el apoyo y el respeto son parte fundamental en las relaciones interpersonales, y aunque muchas veces ello depende para que las personas puedan ejercer su criterio y libertad en las decisiones, no siempre son un determinante. En el caso de algunas mujeres, a pesar de que no contaron con el

apoyo y el respeto de sus familias, decidieron seguir con las cirugías estéticas. Cabe resaltar que algunas informantes platicaron con familiares sobre el interés de ellas en ser acompañadas en el proceso de su intervención (no obligatoriamente); informar de los cambios en las actividades de la casa y evitar preocupaciones; y avisar de su ausencia, pero no con el afán de pedir la autorización u opinión, sino para invitarlas. Aunque no estuvieron de acuerdo las familias o las parejas, por considerar a las cirugías mera “vanidad” y riesgosas, la decisión, al final, fue suya. En este sentido, Carolina (38 años) expresó:

“Lo comenté con mi esposo en ese entonces [cuando iba a elegir la promoción de las cirugías estéticas, que consistió en: el aumento de senos, la liposucción, la rinoplastia y la otoplastia], mis padres y mis hermanos. (¿Qué comentarios te hicieron?). [Subió la entonación] ¡Que estaba loca!, que son muy peligrosas las cirugías plásticas, pero, pues que era mi decisión. (¿Cómo te hicieron sentir sus comentarios?) [Bajo la entonación] Mal, muy mal, triste. No me importaba, yo estaba completamente decidida a operarme pese a los comentarios positivos o negativos”.

En el caso de Karen (26 años), observó que sus hermanos menores se opusieron a que ella se realizara aumento de senos porque lo consideraban un gasto por necesidad, pero nunca se lo expresaron a ella, sino a sus padres a manera de reclamos. Eso la hizo sentir mal emocionalmente, no por los comentarios, pues las opiniones las ignoraba, sino porque ellos les reclamaban a sus padres. Actualmente, sus padres están arrepentidos de apoyarla en su idea de operarse, por los posibles riesgos que pudo implicar la cirugía.

El rol que desempeñó la familia fue diferente en las mujeres que recurrieron a las cirugías cosméticas. En la mayoría de los casos, la pareja o expareja y los hermanos, asumieron un papel protector, de autoridad y de control, lo cual, desde la visión de género, tiene una raíz cultural en los estereotipos de género, pues el hombre es considerado socialmente (erradamente) como el defensor de lo que es de su propiedad o de su dominio, en este caso de la mujer como esposa o como hermana. Sin embargo, lo anterior es una forma de violencia de género hacia la mujer porque afecta su estado emocional (tristeza, depresión, incertidumbre y miedo). Además, estos varones manipulan para que las mujeres no ejerzan su

libertad sobre su propio cuerpo. Al respecto, Jejeehboy (2000, citada en Fernández, 2018: 39) refiere que la autonomía también: “[...] refleja de manera puntual el rango de control de las mujeres sobre sus propias vidas con relación a sus familias en un momento determinado”.

En 3 casos, las familias están familiarizadas con las cirugías estéticas, por lo cual no se extrañaron que acudieran a estas prácticas. En algunos casos, el padre, la madre y los hijos apoyaron y respetaron la voluntad de las informantes para someterse a procedimientos quirúrgicos, las acompañaron a realizárselas y en el proceso de recuperación, lo que las hizo sentir más apoyadas.

Todas las informantes indicaron que platicaron su decisión de recurrir a las cirugías estéticas con ciertos familiares en particular, siendo los más frecuentes los progenitores y la pareja, seguido de los hijos mayores hombres. Sobre esto, las mujeres sienten mayor confianza con aquellas figuras con las que hay afinidad de sangre, pero también con quienes socio-culturalmente representan protección y autoridad.

En el aspecto laboral, los procedimientos quirúrgicos no cambiaron de manera considerable la situación de las mujeres, pues la mayoría trabaja en el mismo lugar, tiene igual jerarquía o puesto y la misma carga de trabajo. La forma en que influyeron las cirugías estéticas en el ámbito social del trabajo fue a modo de comentarios de halago, asombro y preguntas curiosas, como: “Esa ropa te queda bien”, “¿Qué guapa te ves?”, “¡Ah, caray!”, “¿Qué te hiciste?”, “¿Cuánto te costó?”, “¿Te duele?”, “¿Sufriste mucho?”. Sólo dependiendo de la profesión, por ejemplo: las personas del medio artístico, del cuidado o entrenamiento físico, las modelos, entre otras funciones similares, las cirugías estéticas sí pueden influir para tener más trabajo, pero en otras funciones se requieren conocimientos, experiencia y alto desempeño, más que tener un aspecto “atractivo”. Al respecto de esto, en su testimonio, Ariet (33 años) señala que notó un cambio en su ámbito social a través del trato de las personas:

“Tuve más atención y sin importar el *género* ¿eh?, de verdad, tanto de hombres como de mujeres, que no era tampoco la finalidad de mi cirugía y no lo niego, sí uso eso a mí favor. Digamos, que, si solicito o compro algo, me atienden más rápido o mejor, me dan una atención más eficaz, o más amable. (¿Antes

de la cirugía estética no tenías esa atención?) Más bien, yo creo que antes, debido a la edad, no tenía como la necesidad o la razón como para usar eso, ¿me explico?, o sea, no era algo que necesitara, digamos, explotar. (¿Por qué antes no necesitabas explotar?) Porque, pues digo, era estudiante, entonces, no tenía más que ir a la escuela y ya, ¿no? Ahora en la vida laboral sí es distinto, sí es una realidad de '¡como te ven, te tratan!', sí es una realidad de que si vas más arreglada te tratan diferente [atentamente] que si no vas arreglada [reafirmando con su rostro]".

Quienes opinaron que las cirugías cosméticas no influyen en la vida de las personas, es porque no experimentaron cambios en sus ámbitos laborales, sociales y familiares; además, no esperaban que eso sucediera, más bien, querían sentir satisfacción propia. Estas prácticas son un pequeño impulso que, junto con otros factores personales (trabajo productivo, familia, amistades) dan felicidad. Así pues, las cirugías estéticas influyeron en diferente dimensión en los espacios abordados de las mujeres; y también reflejaron cómo esta relación repercutió en la subjetividad de cada una para que reflexionaran sobre su autonomía, su corporalidad y los sucesos amorosos, familiares y sociales, satisfactorios y negativos, a raíz de modificar su cuerpo.

### V.3.6 IMPACTO DE LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS EN LA SALUD FÍSICA Y PSICOLÓGICA.

A continuación, se aborda el impacto de las cirugías estéticas en la salud física y psicológica. Cabe mencionar que por impacto no sólo se entienden los aspectos negativos, sino también los positivos. La opinión de las mujeres respecto a los resultados obtenidos de sus procedimientos quirúrgicos fue diferente y diversa, la cual expresaron por medio de sus emociones, preocupaciones y experiencias.

#### V.3.6.1 Experiencias sobre resultados perjudiciales en la salud física.

Cuando surgen consecuencias negativas, Muñiz (citada en Díaz y Giménez, 2015: 38) se pregunta: "¿fue culpa del médico, fue la reacción del cuerpo, fue una necesidad del paciente?". Sobre esto, desde la opinión de quien esto escribe, también se cuestiona ¿acaso los factores socio-culturales no cuentan al influir en las decisiones de las personas que recurren a estas prácticas? A continuación, se

describen las percepciones de las informantes sobre sus resultados satisfactorios y sus resultados negativos.

Los malestares físicos en general que tuvieron las mujeres después de la o las cirugías estéticas fueron diversos y de distinta magnitud, entre ellos: dolor físico en la parte del cuerpo intervenida quirúrgicamente (durante semanas y meses); hemorragias (durante días); migrañas (permanente); vómito (por días); hinchazón en la parte del cuerpo sometida a cirugía (durante meses); problemas de cicatrización por el tipo de piel; y mareos (por meses). En el caso del aumento de senos (cirugía estética más frecuente) hubo dolor muscular de los brazos (por días) y cansancio (por días y semanas); incomodidad al respirar (permanente); pérdida de sensibilidad en los senos (por días, meses, años y en un caso fue permanente); en la rinoplastia las molestias de la nariz fueron mormarse (permanente) y en un caso un poco de pérdida de sensibilidad; y en una mujer al recurrir a la abdominoplastia se produjo una infección en la herida del vientre bajo (por días).

Algunos de los malestares, como el cansancio, el dolor y el vómito, los controlaban con reposo, dieta y medicamentos prescritos por el cirujano plástico; el dolor y la pérdida de sensibilidad en los senos con masajes y rehabilitación.

En el caso de Carolina (38 años), comenta que su otoplastia fue más dolorosa que el aumento de senos y la rinoplastia, y también que presentó una infección por la abdominoplastia:

“[...] lo que más me dolió fueron las orejas [...] De las orejas, no te puedes acostar ni de un lado ni del otro porque es un dolor intenso, sumamente fuerte. [...] creo que fue tanto el dolor que no recuerdo cuánto fue, pero yo creo que no mínimo de una semana, el dolor fue intenso. [...] me dieron medicamento para controlar el dolor [se quedó pensando unos segundos]. Pero era muy, muy fuerte el de las orejas, entonces, me mandaron todavía más medicina sublingual, para tratar de aminorar el dolor. En la abdominoplastia, en el vientre bajo había un punto que estaba dentro de una estría que es muy gruesa, se me infectó muchísimo, se infectó por la cirugía plástica, me salió pus, me tuvieron que llevar [con el cirujano plástico] para desinfectármela, lavar constantemente hasta que pudiera cerrar bien. (¿El cirujano plástico te comentó que era posible que apareciera alguna infección?) Sí: ‘Que era parte del procedimiento, una posibilidad’.

(¿Cuánto tiempo duró la infección?) Yo creo que días, unos tres, cuatro días”.

Carolina, es una de las mujeres que más referencia hace al dolor físico que experimentó después de la cirugía de orejas, debido a que este malestar físico perturbó su tranquilidad y su recuperación, pero también su subjetividad a manera de una desagradable experiencia.

Mientras que Violeta tuvo problemas en su salud física; al realizarse aumento de senos perdió sensibilidad y, días antes de menstruar, le duelen demasiado los senos por el peso de la silicona y la hinchazón natural de los mismos por el período. De la rinoplastia, cuando hace frío, se morma y se le dificulta respirar (además, no le gustaron los resultados); y a raíz de la lipectomía, actualmente debe tener desayunos y comidas ligeras, limitarse a ciertos alimentos que le gustan, como: grasas, chile, yogurt, lácteos, porque de no llevar a cabo esto se llena rápido y padece de inmenso dolor en el estómago, entonces tiene que vomitar para que desaparezca la molestia, así lo explicó ampliamente:

“[...] ahí te va lo otro, lo *mal*. Cuando a mí me hacen la lipectomía, me cierran, me hacen que el chaleco, me hacen un estomaguito, mira [se levanta para señalar su estómago], yo digo que se me extiende y me duele bastante [su estómago, baja el tono de voz], hasta que se me va bajando la comida es cuando ya puedo caminar bien. [...] Al principio llevas la dieta que te dice [el cirujano plástico], porque te operaste y quieres quedar muy bien, ¿no? Te está citando cada ocho días [el cirujano plástico] para estarte revisando, te preguntan qué sientes, qué tienes, pero no me daba cuenta porque yo sí hacía mi dieta bien y no me dolía nada. Ya fue con el tiempo [después de ocho meses] cuando me empezó a doler el estómago, no me dolía nada al principio porque no comía chile, pero con el tiempo yo también quiero chile, yo también quiero comer todo. Entonces, empiezo a comer y a meterle un poquito más, a comer ya una galleta, un yogurt con frutas y el yogurt ¡puff!, me daba diarrea, ya con el tiempo fue cuando yo me empecé a dar cuenta y yo fui y le dije al doctor [cirujano plástico]: ‘¡Oye, fíjate que me siento bien mal, me duele mucho, yo como de más y vomito’: Me dijo: ‘¡Es que te hice el estómago muy chiquito!, ¡te hice el chaleco!’. Entonces, se cierra parte de aquí de tu boca del estómago. [...] No te puedo comer chile, no te puedo comer grasas, me duele mucho el estómago, si yo como de más, me duele mucho el estómago, yo tengo que vomitar, lo que yo como de más. No tomo agua porque yo como o

tomo agua, porque si yo tomo agua me lleno bastante y te como muy poquito, pero llega el momento que ya unas dos horas yo ya tengo mucha hambre porque no traigo casi nada [voz pausada y aspecto preocupado]. Yo creo lo mal que hizo [el cirujano plástico] fue cerrarme demasiado aquí [su estómago], ¿no? Yo creo que estaría bien si yo hubiese llevado bien la dieta toda la vida, pero yo también soy carne, soy como tú [humana], también se me antoja [comer de todo]”.

Violeta (48 años), quien se realizó en el mismo día muchas cirugías estéticas (liposucción, lipectomía, aumento de glúteos y de senos, y vaginoplastia), tuvo demasiado dolor físico en todo su cuerpo, el cual le impidió levantarse para bañarse, comer e ir al baño, por lo cual utilizó pañal desechable durante dos meses. Sobre esto, es necesario señalar tres cuestiones importantes; la primera, consiste en que Violeta no le da importancia a su salud al aceptar 5 procedimientos en la misma fecha, permaneciendo un largo período expuesta en la plancha y enfrentando un mayor riesgo en su integridad física. La segunda cuestión tiene que ver con la falta de profesionalismo y de ética del cirujano plástico por realizar las intervenciones en conjunto, pues cada cirugía tiene su nivel de complejidad para el organismo y requiere la suficiente entrega y vigilancia. La tercera y última cuestión, radica en el cambio en sus hábitos alimenticios, por lo cual después de un tiempo le resulta desagradable la restricción de ciertos alimentos. Sobre esto, Fuentes (citada en Muñiz, 2014: 132) expresa lo siguiente:

“[...] hay una marca indeleble en la que se sumergen y que se ha tornado su compañía cotidiana ante la decisión de abandonar el antojo, de degustar el plato preferido, de pensar la transformación probable en su piel y en su imagen: la culpa”.

Siguiendo con las consecuencias negativas físicas, la liposucción de Alia (46 años) le produjo alteraciones físicas en su cuerpo, pero opina que lo sucedido no fue un error de su cirujano plástico, sino parte de la recuperación como en toda intervención quirúrgica, y no la hace sentirse arrepentida porque es algo que había decidido teniendo en cuenta las posibles dificultades en su organismo, lo refirió de la siguiente forma:

“[...] él [cirujano plástico] sabe que no tomo, no fumo, no me desvelo, no tomo café, como bien, en fin, se le hizo muy fácil

sacarme un poco más de grasa, bueno, bastante más grasa de la que se podría decir que está permitido o es normal. La liposucción fue muy dura, tuve una recuperación muy pesada [...] tuve un seroma<sup>74</sup>, tuve tendinitis<sup>75</sup> en la pierna derecha, se me cayó el cabello un poco, se me fue la regla unos tres meses más o menos, saliendo de la operación tuve algo que se llama lipodistrofia<sup>76</sup> [...] entonces, fue horrible, la descompensación fue brutal. Ventajosamente, mi salud sí es muy buena, y me recuperé en dos años [...] Tenía los nervios intercostales lastimados, ya se recuperaron, ya me muevo totalmente normal. Fue realmente muy, muy complicado, además extremadamente doloroso. (¿Qué piensas sobre lo que te sucedió, fue error del cirujano plástico?) Pues no fue error, simplemente la reacción del cuerpo, ¡vaya!, cada cuerpo es diferente, cada mujer es distinta, cada organismo es diferente. Sí fue muy, muy agresiva para mí [la liposucción] [...] es parte de una recuperación, que se complicó, pues, bueno, ni modo, hay que recuperarse [con tono determinado] [...]

El impacto negativo causado en las mujeres por las cirugías estéticas fue, por una parte, resultado de factores tecnológicos (efectos nocivos de los procedimientos en la salud física); sanitarios (falta de normatividad en los establecimientos); biológicos (reacción de la piel o el cuerpo); y educativos (falta de información certera sobre los contras de estas prácticas) y, por otro lado, por la falta de ética profesional del cirujano plástico. Sobre esto, los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia resultan necesarios en este análisis. La beneficencia interviene ya que los riesgos fueron mayores a los beneficios esperados en la integridad física de las mujeres según los testimonios anteriores. De este modo, las consecuencias negativas en la salud física de las mujeres involucraron enfermedades y dolencias físicas como: infecciones, hinchazones, hemorragias, cansancio, problemas de cicatrización, alteraciones químicas del organismo (colesterol y triglicéridos) y pérdida de sensibilidad en las partes del cuerpo intervenidas quirúrgicamente. En cuanto a la no maleficencia, la mayoría

---

<sup>74</sup> Consiste en la acumulación de líquido (plasma, linfa, no de pus ni sangre) que altera la cicatrización y provoca infección en la herida (Sánchez, 2014). Complicación física que surge de una cirugía plástica (reconstructiva y estética), en este caso de la liposucción, ocasionado la retención de líquidos como grasa, suero (fluido obtenido de la sangre) y linfa (sustancia procedente de la sangre), en un área del cuerpo operada o lesionada.

<sup>75</sup> Lesión de un tendón que provoca su inflamación (Brooker, 2010).

<sup>76</sup> Alteración del metabolismo de grasa dentro de los tejidos del cuerpo, ocasionando la pérdida de tejido graso (*Ídem*).

de los cirujanos plásticos actuaron sin ética profesional en distintas ocasiones (antes, durante y después de la intervención quirúrgica), lo que incidió en el surgimiento de algunos de los efectos perjudiciales antes aludidos, y también ocasionó experiencias desagradables, las cuales repercutieron en la salud emocional.

#### V.3.6.2 Subjetividad e impacto de las cirugías estéticas en la salud psicológica.

Las mujeres interpretaron su “salud sentida” mediante su subjetividad y sus historias personales; con base en sus percepciones y conocimientos sobre la salud y la vinculación con las cirugías estéticas, cada informante percibió y vivenció de diferente manera sus resultados. De este modo, en este punto se aborda tanto el impacto negativo como el positivo sobre la salud psicológica (emocional) de las mujeres.

Resulta preciso retomar los siguientes cuestionamientos planteados por Cedillo, García y Sabido (2016: 15): ¿qué significa sentir?, ¿es algo cultural o biológico? ¿Qué efectos tienen los otros en lo que sentimos y viceversa? Para ir reflexionando sobre estas preguntas, es necesario aludir a Jasper (2013, 52, citado en *Ibíd.*: 19) quien refiere que: “[...] en las ciencias sociales se ha señalado que la emoción está relacionada con procesos cognitivos, ya que representa ‘una forma de tratamiento de la información, a veces más veloz que nuestra mente consciente’”. Así pues, el organismo, la mente y los factores externos interactúan e influyen de forma negativa o positiva en las emociones.

Las experiencias desagradables e imborrables que vivenciaron algunas mujeres después de la intervención fueron: la obtención de resultados tardados o no esperados; la aparición de cicatrices muy marcadas o problemas por el tipo de piel; el servicio del cirujano plástico ni profesional ni ético; y la inadecuada aplicación de la anestesia. Sobre esto último, Karen (26 años) mencionó:

“[...] En plena cirugía me desperté. Yo no podía hacer nada porque el efecto de la anestesia me paralizó a cierto grado, por medio del cual no podía moverme, pero sentía cómo salían mis lágrimas, sentía cómo el médico [el cirujano plástico] hacía el esfuerzo por meter un implante de dos kilos aproximadamente,

kilo y medio por una hendidura de dos centímetros, entonces, es eso. Fue traumático el poder ver y no poder hablar, ver el esfuerzo, el sentir tus lágrimas y no poder decir nada y más que traumático, sí fue el dolor más grande de mi vida [tono bajo y pausado], con dolor me refiero al dolor físico del momento más el dolor mental [...] seguramente se dio cuenta el cirujano porque después de ello no recuerdo nada, pienso que me volví a quedar dormida, no me comentó nada o no lo recuerdo [...] Que en realidad no fue su responsabilidad porque en la cirugía estuvieron presentes el cirujano y el anestesiólogo”.

Con respecto a la opinión de Karen de deslindar la falta del cirujano plástico ante su vivencia traumática, se considera lo opuesto, ya que sí es responsabilidad de él conocer el tipo de anestesia necesario en cada persona para evitar situaciones desagradables como en el caso de ella. De este modo, en la intervención quirúrgica se hizo presente la ausencia del principio bioético de no maleficencia porque hubo un impacto negativo en la salud psicológica de Karen, a manera de emociones de miedo y tristeza. También, existió un impacto físico por el dolor experimentado.

En los casos de Diana (22 años) y Sofía (60 años), después de ver los resultados de la rinoplastia, emocionalmente se sintieron “extrañas” por su aspecto diferente en el rostro, lo que alteró su autoimagen, pero con el tiempo fueron asimilando y aceptando el cambio físico. En relación con lo anterior, Cabrera (citada en Rodríguez y col., 2015: 349-350) señaló que:

“La anatomía del cuerpo experimenta el cambio de manera obvia. El imaginario en cambio lo hace precozmente mientras cala el *antes-después* del cuerpo. El proceso de asimilación del ‘nuevo’ cuerpo implica pensar en uno ‘anterior’, pasando del imaginario a la representación sobre el mismo. [...] varía la forma de sentirlo [...]”.

Sobre el aspecto favorable en el estado emocional de las mujeres, en el caso del aumento de senos a algunas les pareció demasiado volumen, a otras les gustó, pero cuando disminuyó el tamaño por la desinflamación, éstas últimas se desanimaron un poco. De esta forma, Scarlet Valladores (36 años) al principio se sintió muy contenta e impresionada por el tamaño, pero después de un mes se bajó el volumen de sus senos, porque bajó la inflamación, y se decepcionó. En un

principio no quiso rellenos más grandes de silicona porque no quería arriesgarse a parecer “payasita”. Aunque el malestar fue momentáneo y ya está satisfecha con su talla de senos. Para Alia (46 años), las cirugías estéticas no sólo cambian el cuerpo, sino su autoestima y su vida:

“Yo las amo, te devuelven la vida. Mira, las cirugías estéticas van más allá del físico. A mí me devolvió la vida [el aumento de senos] porque de ver mis senos destrozados, salí maravillada [timbre alto y seguro]. Fue maravilloso, entonces, es cuidar ese aspecto de la salud, que es muy importante, la gente cree que no es importante, sí, sí es, mucho cuando lo vives. (¿A qué te refieres cuando dices que ‘te devolvió la vida’?) Es estar bien contigo, te ves en el espejo y dices: ‘Ay, ¡qué bonito!’, te gusta lo que ves [la apariencia física], vaya, te gusta andar desnuda por la casa, si no hay nadie te la pasas desnuda en la casa y no pasa nada. Hay gente que se la pasa tapándose porque no le gusta lo que ve. Hasta para estar con una pareja, durante el sexo, mucha gente está tapada, ¡no, prende la luz, destápate!”.

Así pues, los sentimientos o las emociones causadas en las mujeres, por los resultados de sus cirugías cosméticas y las reacciones al ver su cuerpo cambiado o la parte intervenida, fueron múltiples. Por un lado, para la mayoría de ellas los cambios fueron aceptables y satisfactorios, lo cual les dio más seguridad en su autoimagen, reflejándose en su estado de ánimo y en la elevación de su autoestima. Pero, por otro lado, algunas experimentaron sentimientos como: tristeza, desilusión, disgusto o desagrado y depresión porque los resultados no fueron los deseados, experimentando extrañeza o asombro para acostumbrarse a los cambios del cuerpo; frustración e incomodidad porque tenían que guardar meses de reposo; no poder realizar actividades en casa, como cargar; dormir en posiciones especiales; no poder asolearse; tomar medicamentos para quitar el dolor y disminuir la inflamación; bañarse con el apoyo de alguien, mientras que ellas están acostumbradas a ser muy activas e independientes.

Ocho entrevistadas opinaron que algunas mujeres que recurren a las cirugías cosméticas sí cambian su personalidad cuando los resultados obtenidos son favorables. Por tanto, son más decididas para ponerse la ropa que les gusta y salir en público; son más sociables o bien actúan de forma “prepotente” y “descalifican” a personas consideradas no “atractivas”, de tal modo que ahora son

ellas las que agreden psicológicamente. En este sentido, Karen (26 años) lo ejemplificó así:

“Sí, definitivamente. Porque tú al verte con más curvas o más esbelta o no lo sé, al verte más cerca del estándar de belleza que tienes, te sientes más valiosa y sientes que nadie te merece y tiendes a ser más soberbia y menos humilde con la gente que te rodea, especialmente en el ámbito amoroso, en el campo amoroso siempre es así. (¿Tú te sentías así después de la cirugía estética?) Mmm... un poco, recién que lo hice sí, pero ya después no. (¿Por qué después ya no?) [Guardó unos segundos en silencio] Me acerqué a los caminos de Dios y eso cambió mi vida por completo”.

La mayoría refirió que las cirugías estéticas dan más seguridad, satisfacción y alta autoestima como parte de la personalidad, entonces, surge la pregunta: ¿la seguridad depende solamente de las cirugías estéticas?, a lo cual Ariet (33 años) comentó:

“No, yo creo que, de muchos factores, ¿no?, el conocimiento, la *belleza interior*, el que puedas desempeñar alguna función y te sientas satisfecho con lo que estás desempeñando, todo eso te da seguridad”.

No obstante, para 4 informantes las cirugías cosméticas no cambian la personalidad; por ejemplo, las personas relacionan los problemas personales con la apariencia corporal y se someten a estos procedimientos, pero sus asuntos siguen latentes y perjudicando su estado de ánimo. De esta forma, Scarlet Valladores (36 años) opinó lo siguiente:

“[...] mi personalidad, según yo, no cambió, yo siempre he sido de un carácter fuerte, me reconozco como una persona [se quedó pensando unos segundos] radical, o es negro o es blanco, y las pocas personas que he tenido contacto, que se han operado, siguen igual, su personalidad en realidad no cambia [subió el tono de voz]”.

En resumen, las cirugías estéticas tuvieron un impacto negativo en la salud psicológica (o emocional) de 6 mujeres a modo de baja autoestima, depresión, miedo y preocupación. Mientras que, en la otra mitad de las informantes, el efecto que resultó fue satisfactorio al elevar la autoestima, sentir un mayor grado de autonomía sobre el cuerpo y propiciar la seguridad con respecto a las decisiones y

conductas futuras tanto personales como profesionales. Por lo tanto, para quienes el resultado fue negativo es porque hubo distintos factores involucrados, como: biológicos (reacción diferente [negativa o positiva] del organismo); educativos (falta de responsabilidad de las informantes para indagar sobre el método y el cirujano plástico); sanitarios (falta de normatividad en los espacios); socio-culturales (recibir comentarios ofensivos); y deontológicos (elusión de la deontología por parte de los cirujanos). Asimismo, esta diferencia subjetiva de las participantes es porque sus procedimientos cambiaron (aunque tres fueran los más frecuentes); se hicieron varias cirugías en una sola ocasión; pocas no siguieron los cuidados postoperatorios; algunas no tuvieron la plena seguridad de elegirlos (estuvieron impulsadas por el papá, las amigas y el *bullying*). En cambio, la otra mitad de las mujeres que las conceptualizan como favorables es porque no pasaron por consecuencias negativas permanentes o complicadas, o bien, sí las tuvieron, pero no les dieron la importancia como al aspecto emocional (sentirse felices) al ver los resultados esperados. De este modo, el principio de beneficencia sí se efectuó sobre la salud psicológica en la mitad de las mujeres, mientras en la otra parte se faltó al principio de no maleficencia. Así pues, la autoestima tiene un papel importante en la subjetividad de las mujeres, pero también lo es en la salud psicológica, como se ha ido evidenciado.

#### V.3.6.3 El miedo a las cicatrices y a los implantes rellenos de gel con silicona.

Las preocupaciones que tenían en general sobre el aumento de senos eran que las cicatrices<sup>77</sup> no desaparecieran y que siguieran muy acentuadas, incluso todavía para algunas mujeres éstas permanecen visibles. Asimismo, el temor de algunas era que se abriera la herida, y a la ruptura de los implantes de silicona (la mayoría los eligió) al realizar algún esfuerzo o cargar, miedo a golpearse y tener un rechazo. Al respecto, sobre la seguridad de estos implantes, el cirujano plástico Gaynor (1998: 188 y 197) explica:

---

<sup>77</sup> El corte para colocar los implantes mamarios se realiza: “[...] alrededor de la parte inferior de la areola, por debajo de la mama (en el pliegue inframamario) o en la axila” (AMCPER, 2016). Al respecto, Gaynor (1998) señala que la incisión puede ser hasta de cinco centímetros.

“Los implantes mamarios a veces pueden romperse o perder sustancia, como resultado de un trauma o de la compresión del pecho sobre el implante. [...] No se espera que los implantes duren para siempre y es necesaria una mamografía periódica para evaluar la integridad del implante. Si hay una rotura espontánea, o si el implante se rompe por alguna razón, digamos, por un accidente, será necesario extraer el implante y reemplazarlo”.

Un aspecto importante acerca de la relación entre los implantes rellenos con gel de siliconas y los estudios para revelar el cáncer de mama, es que estos implantes no ocultan tumores, por tanto, no impiden los estudios pertinentes para detectarlo. Sobre lo anterior, Gaynor (*Ibíd.*: 197) explica que:

“Actualmente utilizamos IRM (imagen por resonancia magnética) y ultrasonido para detectar tumores muy pequeños aun en presencia de implantes en los pechos. Su cirujano plástico debe poder aconsejarle un buen especialista con experiencia en la aplicación del IRM en pacientes con implantes en los pechos”.

Además, el cirujano plástico que intervino a Scarlet Valladores (36 años) le comentó que los implantes de silicona no son permanentes debido al paso del tiempo o después de un embarazo, ya que descienden por la naturaleza humana (envejecimiento). Además, le comentó que no habría impedimento para la lactancia, sólo debe pasar un año después del aumento de senos. Sobre esto, Gaynor (*Ibíd.*: 195) menciona que: “Normalmente no se afecta la capacidad para la lactancia, pero esto depende de otros factores y no se puede garantizar”.

En 2010, México, a través de la COFEPRIS, fue el primer país que canceló la importación y comercialización de los implantes mamarios fabricados por la empresa francesa *Poly Implants Prothese* (Implantes PIP), posteriormente, le siguieron las agencias sanitarias de España, Inglaterra, Argentina y Ecuador en 2011. El motivo de lo anterior fue porque la Agencia Francesa de Seguridad Sanitaria de los Productos de la Salud (AFSSAPS), mediante diferentes pruebas de seguridad y de resistencia, identificó en los implantes mamarios con gel de silicona un nivel alto de ruptura; otro tipo de gel, no descrito por el fabricante, que no ocasiona efectos tóxicos en los tejidos, pero cuando los implantes se rompen y liberan el gel, provoca reacciones inflamatorias en algunas pacientes. Así pues, los cirujanos plásticos tienen la obligación de informar a la COFEPRIS, por medio

del sistema nacional de tecnovigilancia, los casos que aparezcan con efectos adversos causados por los implantes PIP y dar seguimiento a las pacientes para su valoración médica. De igual forma, invita a las pacientes que han tenido problemas por los implantes mamarios a que lo denuncien en esta instancia, o bien que acudan a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (COFEPRIS, 2012).

Al respecto de lo anterior, en el caso de Nicol (41 años) la respuesta de su cuerpo ante los rellenos de gel de silicona dio como resultado un rechazo del implante izquierdo, ocasionándole intenso dolor. Ella acudió nuevamente con la cirujana plástica para su revisión, sobre lo cual comentó:

“[...] me tuvieron que operar dos veces [aumento del seno derecho] porque tuve una complicación, tuve un rechazo en el seno derecho, a los ocho días tuve que volver a entrar a cirugía y salí muy mal. Mi hermano, que era el que me cuidaba, me dice: ‘Es que yo pensé que ibas a morir’ porque como que hay mucha pérdida de sangre. Todo ese tiempo de dolor que yo no sabía cuándo iba a terminar, me duró casi cuatro semanas, un dolor muy intenso [...]”.

El testimonio de Nicol da cuenta de que el implante de gel de silicona que le colocaron tuvo un impacto negativo en su salud. De este modo, es importante mencionar que otras 6 mujeres también tienen este implante mamario y, aunque no refirieron roturas o rechazos, es preocupante que en México aún se estén utilizando en el aumento de senos, cuando a partir del 2010 se anuló su uso por los efectos perjudiciales que podían aparecer en el cuerpo. Sobre esto, Gaynor (1998: 188 y 191) igualmente asevera que cuando un implante de gel de silicona tiene un rompimiento al interior de los senos se llega a:

“[...] formar una cápsula fibrosa alrededor del implante. Si la rotura se debe a un trauma, esto puede provocar la migración del gel a otras áreas, generalmente la axila, donde el cuerpo formará tejido cicatrizante alrededor del gel para contenerlo. Esto requerirá una segunda operación para limpiar el área y reemplazar el implante. [...] Puede aparecer inflamación y algo de dolor luego de la operación, y en cierto grado, debiera esperárselos. Sin embargo, si hay una excesiva hemorragia después de la operación tendrá que ser controlada y puede necesitarse otra operación para remover todo coágulo de sangre”.

#### V.3.6.4 Cirugías estéticas y violencia de género.

En este apartado se analizan diferentes testimonios en los cuales surge la violencia de género (psicológica y física) por medio de vivencias cotidianas en la relación de pareja que perciben las informantes, la cual está relacionada con las cirugías estéticas y tiene un impacto negativo en su salud emocional. El testimonio de Violeta (48 años) nos refleja sus experiencias en este sentido:

“[...] el que me operó las *bubbies* fue el judicial [refiriéndose a una pareja que pagó el aumento de senos], pero nada más me las operé y de ahí fue cuando me encerró en mi casa, no me dejaba solita, ya no me dejaba salir, ya me empezó a enfermar, enfermar, enfermar tanto que yo llegué a los hospitales, porque de tanta presión todo me explotó: los triglicéridos, el colesterol, la tiroides, pero, todo eso viene de tanta presión que yo tengo, ¡pun! y llegué a ir, estuve internada dos veces, porque el *viejo* se alocaba mucho, no quería que ni saliera, nada, nada, nada, pues estaba delgadilla y con mis *bubbies*. Yo me salí a Herbalife [Empresa encargada de vender productos alimenticios en diferentes presentaciones] y fue cuando me puso la pistola [en la cabeza] y me oriné, del susto yo me orino. ‘¿Por qué, adónde te fuiste?’, ‘A Herbalife, te lo juro, te lo juro’ [voz de tristeza], y yo nunca vi cuando saca la pistola, entonces me empieza a dar vueltas y yo parada, sentí la pistola y fue cuando chin, se me salió la pipi, fue el miedo. Y ya después tuve muchos problemas, y más y más y más, que me hartó, me fastidió y lo corrí, y sí lo dejé porque lo dejé, lo corrí [subió el tono de voz]. Y no nada más él, después me volví otra vez a juntar y también el muchacho [se refiere a otra pareja] me dejó. No podía salir, no podía salir a mi estética, porque si él pasaba, no sé, yo creo que se fijaba, y volvía a pasar [sigilosamente observaba la puerta de su estética al platicar], si yo estaba con el mismo cliente ya me llamaba y me decía: ‘¿Qué tanto te cuenta?, ¿qué le estás diciendo, por qué no lo sacas ya?, ¿por qué? te tardaste tanto tiempo ya cortando el pelo’. A mí no sé qué les da de tenerme encerrada. Bendito sea Dios, no me ha pasado nada, pero mi cortina estaba balaceada [cortina metálica de su estética], porque son tanto sus celos, yo creo se avientan a quererme matar, pero no se les ha hecho. [...] Ya no sabes, si te va ir bien, te va ir mal, te van a dejar o te van a querer, pero casi todas las operadas [mujeres que tienen alguna cirugía estética] somos dejadas”.

El relato de Violeta (48 años) refleja varias cuestiones importantes para reflexionar. Una se refiere a la violencia de género ligada con la violencia psicológica que fue generada por sus dos parejas, el primer varón intentó atentar

contra la vida de ella después de que se realizó el aumento de senos, pues al ser quien pagó el procedimiento estético de Violeta, le dio seguridad para asumirla de su propiedad, para tenerla como un “objeto” más en la casa. Además, se sentía con el derecho de quitarle la vida cuando él quisiera, generando en ella un impacto perjudicial en su salud. Mientras que la segunda pareja empleó la vigilancia y el mando como formas de autoridad y pertenecía sobre ella. Así pues, el nuevo aspecto físico de Violeta, propició en sus parejas inseguridad y temor a que otro hombre la pretendiera. Cabe señalar que ella o su apariencia corporal no deben asumirse como las responsables de generar las conductas de sus parejas. Por tanto, las acciones violentas de ellos son reprobables, pues modificar la apariencia corporal no tiene que ser un motivo para que las parejas agredan ni física ni mentalmente. Sobre esto, hay que remarcar la cuestión de que su pareja agresora era un policía y también que cometió un abuso de autoridad. Siguiendo con el análisis de Violeta, en su frase: “Pero casi todas las operadas [mujeres que tienen alguna cirugía estética] somos dejadas”, significa tal vez que las parejas o esposos de estas mujeres, desaprueban no sólo a las cirugías cosméticas, sino lo que conllevan estas prácticas en ellas, como: la transformación corporal; la elevación de la autoestima y la seguridad; y las ideas culturales acerca de que las “mujeres atractivas” llegan a ser prepotentes, infieles, entre otras cosas, y, por tanto, ellos se separan de ellas por inseguridad y temor a ser dejados. Otro asunto de reflexión en este testimonio es cuando Violeta menciona: “A mí no sé qué les da de tenerme encerrada”, con lo cual pareciera que asume una actitud de vanidad y que le gusta que sus parejas la admiren físicamente. No obstante, Violeta es liberal, muy sociable, pero parece que sólo a nivel verbal tiene un carácter enérgico para desaprobar las agresiones de sus parejas y mantener su libertad sobre su cuerpo y personalidad. Además, quizás refleja la falta de autoreflexión y autoconciencia de lo que ella está poniendo en su forma de ser para relacionarse de esta manera, es decir, no sólo son ellos quienes la quieren tener encerrada, sino que ella también busca relacionarse con hombres que la someten, quizá un reflejo de su propia inseguridad y baja autoestima.

En el testimonio de Sofía (60 años), su esposo no le hacía halagos, pero sí decía comentarios desagradables sobre ella. Acerca de esto, comentó lo siguiente:

“Mi esposo nunca me dijo: ‘Te ves bien’, nada, porque te digo que a él no le gusta decir cosas bonitas porque ha de decir que: ‘Ay no se vaya a creer’. [...] a pesar de ser tus parejas, luego son envidiosos, como que me quería hacer sentir mal para que no tuviera autoestima, su misma falta de seguridad de él quería provocar baja autoestima en mí. Me decía: ‘Tienes nariz de plasta’, ¿cómo me va a decir eso a mí [su esposa]? [Tono bajo y de extrañeza]”.

Mientras que el esposo de Zyrkonía (32 años) la amenazó con la separación para que no modificara su aspecto corporal mediante las cirugías estéticas, no lo consiguió, pero eso causó su divorcio:

“Le comenté a mi esposo que tenía ganas de hacerme otras cirugías [estéticas], me dijo que: ‘Si yo me las hacía ahí terminaba todo’, ¿no?, ‘Si te pasa algo yo no me voy hacer cargo de tus hijos’ [entonación baja]. Nunca me explicó por qué, usualmente yo lo interpreté como una inseguridad. [...] el que el hombre o el que el esposo no soportara, no aguantara [...] que te arreglaras, que tuvieras una mejor apariencia física, eso me llevó al divorcio”.

Los últimos dos casos mencionan la inseguridad del hombre como una forma de perder control o poder sobre ellas, lo cual provoca que ejerzan violencia psicológica mediante celos, ofensas y amenazas. Por tanto, los hombres piensan que al cambiar ellas su aspecto físico, adquieren más libertad y autonomía tanto de su propio cuerpo como de su vida al elevarse su autoestima. Sobre esto, los psicólogos Buss y col. (citados en Canto, García y Gómez, 2009), mediante una serie de estudios, encontraron que los hombres se sienten más preocupados que las mujeres por una hipotética infidelidad sexual por sus parejas, por lo cual ejercen los celos (influidos por factores culturales) como una forma de mecanismo para conservar la relación. Aunque también, los celos ejercidos por las parejas de las informantes son respuestas socio-culturales al considerar que ellas son de su propiedad.

La mayoría le dio poca importancia a las separaciones de sus parejas y actualmente las han olvidado, y tienen una nueva relación satisfactoria. A pesar de

que las parejas estaban en desacuerdo en que ellas se realizaran una cirugía cosmética y habían amenazado con alejarse, ellas se mantuvieron en su decisión.

Al contrario, las parejas de otras mujeres, respetan sus decisiones sobre las cirugías estéticas, admiran y halagan su apariencia corporal y no las agreden verbal ni físicamente. En este sentido, Alma (52 años) comentó que su pareja la valora y eso la hace sentir feliz y complacida con la cirugía estética:

“[...] él [su pareja] me dice que: “Así como estoy, estoy perfecta”, eso me hace sentir muy bien [...] me hace sentir satisfecha con lo que tengo [aumento de senos] [entonación serena y de satisfacción]”.

Respecto a la anterior expresión: “Así como estoy, estoy perfecta”, que le hace la pareja de Alma, pareciera ser otra forma velada de violencia de género, es decir, entonces, ¿antes del aumento de senos para él estaba imperfecta y ahora con la cirugía estética ya está perfecta, y ya puede sentirse “satisfecha”?

En suma, la violencia de género también interfirió negativamente en la salud sexual de las mujeres, en la medida en que las parejas pretendían gobernar su sexualidad y su corporalidad, como en el caso de Violeta al recurrir al aumento de senos y a la vaginoplastia, lo cual generó un impacto negativo en su salud emocional.

#### V.3.6.5 La obsesión por las cirugías estéticas.

Las informantes piensan que las mujeres que se obsesionan con las cirugías estéticas, además de gustarles mucho, tienen dinero para pagar varias intervenciones, pero caen en el exceso de transformar su corporalidad, y lejos de tener “un cuerpo atractivo”, éste se “deforma”. Sobre lo anterior, Muñiz (citada en Díaz y Giménez, 2015: 35) explica que los promotores de la cirugía estética promueven una insatisfacción permanente para provocar en las personas:

“[...] una adicción a las cirugías desde la cual se emprende un camino sin retorno que conduce, muchas veces, al surgimiento de nuevas monstruosidades, todo lo contrario a la perfección anhelada”.

Para la mayoría de las entrevistadas, la obsesión por las cirugías estéticas es “una adicción” difícil de abandonar; es una “enfermedad mental” y las personas

tienen que ser canalizadas con un psiquiatra o psicólogo para “tratar” o “subsananar” el “problema mental” porque va “en contra” de la salud física y psicológica, las personas tienen que concientizarse. Sobre lo anterior, Karen (26 años) ejemplificó:

“[...] Tú una vez que te sometiste a una cirugía ya cambiaste la proporción de tu cuerpo, de tu fisionomía. Entonces, si te pusiste busto, después verás que tienes poco glúteo, vas a querer glúteo, pero, entonces, querrás menos cintura y es así, un innumerable de cirugías que necesitarás para sentir que ya no necesitas más [...]”.

Con base en la expresión de Karen (26 años): “un innumerable de cirugías [estéticas] que necesitarás para sentir que ya no necesitas más”, surgen tres preguntas, la primera es: ¿cuándo se considera una adicción a las cirugías estéticas? La segunda, ¿las cirugías estéticas se convierten en una obsesión por modificar casi todo el cuerpo una vez que se ha perdido el temor al quirófano y cuando el resultado fue favorable? La tercera, ¿algunas mujeres necesitan “tocar fondo”, es decir, tener experiencias desagradables y perjudiciales en su salud y su vida para evitar estas prácticas? Estas cuestiones se abordarán a lo largo de este y los siguientes rubros.

El Trastorno Corporal Dismórfico<sup>78</sup> (TCD) se emplea como una categoría de análisis psiquiátrico en las personas que tienen una adicción a las cirugías estéticas, aunque también se relaciona con la anorexia y la bulimia. Pitts-Taylor (2007, citada en Muñiz, 2011: 79) indica que:

“[...] actualmente se vincula el TCD con la adicción y usa el término ‘adicto a la cirugía cosmética’ para referirse a las personas que se considera han hecho un uso ‘extremo’ de la misma: aquellas personas obsesionadas con la delgadez y con la obesidad que son capaces de practicarse hasta cinco o más transformaciones en una misma intervención con los riesgos que esto implica o las constantes operaciones para arreglar la nariz o estirar la piel o volver a alisar los párpados”.

Al respecto de lo anterior, Violeta (48 años) y Alia (46 años) recurrieron frecuentemente a las cirugías estéticas –en seis ocasiones-, ambas no reconocen que su interés en recurrir a tales procedimientos tiene que ver con un caso de adicción, sino con una iniciativa práctica para cuidar su aspecto corporal.

---

<sup>78</sup> La palabra dismorfia se refiere a tener fobia a la fealdad (Muñiz, 2011).

Asimismo, opinaron que la obsesión implica, por una parte, sentirse inconformes con los resultados, a pesar de que estos sean satisfactorios y, por otro lado, después de la cirugía quedar con un rostro o un cuerpo “monstruoso” y que la “belleza física” se difumine. Las dos informantes han considerado recurrir nuevamente a las mismas o diferentes intervenciones cuando los resultados de las iniciales ya no sean perceptibles o agradables para ellas y para eliminar los signos de envejecimiento en el rostro que vayan surgiendo durante su vida. Esto puede ocasionar más riesgos a su salud y su vida, pues a pesar de haber tenido consecuencias negativas físicas seguirán exponiéndose al peligro. La recurrencia a sucesivas intervenciones o varias de éstas realizadas en el mismo momento por el cirujano plástico, y sin valorar los riesgos, refleja una situación de adicción a las cirugías derivada por posibles situaciones como: la baja autoestima; la imitación de cánones de “belleza física”; y el rechazo constante a la apariencia corpórea “cansada (envejecida)”.

Por su parte, algunos cirujanos plásticos mencionan el lapso adecuado entre cada intervención y el número excesivo para considerarlas preocupantes. Sin embargo, su criterio no es profesional cuando señalan que las personas pueden recurrir a cualquier cirugía que pretendan, pues no hacen referencia a la fisionomía y al estado de salud de la o el solicitante:

“[...] los individuos se pueden someter a todas las cirugías que deseen, recomiendan que entre una y otra se dejen al menos tres meses, aunque también comentan que después de la tercera o cuarta es necesario pensar en una consulta psicológica” (Muñiz, 2011: 75).

A partir de la información anterior, Carolina (38 años), Nicol (41 años) y Zyrkonía (32 años) también se encuentran dentro del rango de adicción a las cirugías estéticas, pero ellas tampoco consideran tal obsesión. Es posible que ninguna admita la adicción porque no han quedado con un cuerpo o un rostro “deforme”. Tres mujeres, después de haber reflexionado sobre sus experiencias negativas, ya no se someterán a más procedimientos. Así pues, a pesar de que las 5 mujeres no reconocen la condición de adicción, fue necesaria la reflexión

porque involucra un problema de salud física y psicológica que constantemente pone en peligro sus vidas.

#### V.3.6.6 Los dilemas de una siguiente cirugía estética.

Para las mujeres la cuestión de recurrir a una siguiente cirugía estética ha implicado analizar los dilemas éticos y bioéticos que estos conllevan con base en sus experiencias favorables o insatisfactorias. Éticos al tener que elegir si someterse nuevamente o no de acuerdo a sus resultados y sus opiniones. Bioéticos porque han reflexionado sobre evitar más riesgos a su salud física y emocional. De esta manera, a 8 mujeres ya no les interesa recurrir nuevamente a las cirugías estéticas por distintos motivos, entre ellos porque: les dejaron secuelas en su cuerpo y su salud; pasaron por vivencias desagradables e incómodas; el cambio que quieren ya lo pueden conseguir con ejercicio; se han intervenido casi todo el cuerpo y no les interesan otras partes que resultan más dolorosas; les gusta su actual apariencia física.

Específicamente, entre las razones de las informantes de no modificar otras partes de su cuerpo se encontró que, en un caso, la liposucción no resultó por la genética, quedando la piel del abdomen “flácida”, a pesar de llevar a cabo la dieta, los ejercicios y cuidados; en otros, por el miedo de morir en la intervención o los riesgos que implica una cirugía, y dejar a sus hijos desprotegidos ya que no tienen una pareja o familia. Otro inconveniente consistió en lo que el cirujano les comentó: “Que perderían su aspecto femenino” y, por ende, “su armonía o equilibrio corporal”; también por las experiencias desagradables que implicaron sus cirugías estéticas, como: gastos elevados, cuidados postoperatorios, mucho dolor físico, despertar durante la anestesia y ser muy traumático. Finalmente, porque están satisfechas con su actual apariencia física.

Así pues, 4 están arrepentidas de recurrir a las cirugías estéticas debido a las experiencias desagradables que tuvieron y por la preocupación causada a sus familiares. El primer caso es de Monserrat (45 años), quien fue intervenida por otro cirujano plástico que no conocía y, también, por los resultados desfavorables de su rinoplastia (su nariz no le quedó recta); el segundo es de Sofía (60 años), quien

acudió con una estilista no profesional para la rinoplastia, infiltrándole una sustancia desconocida que le “deformó” su nariz (lo peor que le pudo suceder era una infección que dañará su función); el tercero es de Nicol (41 años), quien tuvo un rechazo del implante en el seno izquierdo e intenso dolor físico; y, por último, el de Karen (26 años) quien, por un lado, vivió una experiencia desagradable cuando despertó durante la anestesia para observar cómo el cirujano plástico le colocaba los implantes de silicona y, por otro lado, por la angustia de hacer responsable “moralmente” a su familia por las posibles complicaciones de su cirugía estética. Así lo mencionó Karen (26 años):

“[...] [se mostró muy pensativa] si tuviera la oportunidad de no hacerlo [el aumento de senos], no sé, es un cincuenta-cincuenta, pero quizás no, quizás no lo haría por los riesgos que implican, por la preocupación que dejas a tus familiares una vez que han firmado una responsiva diciendo: ‘Que si mueres es tu culpa y no la del médico’ [cirujano plástico]”.

Mientras que a 4 mujeres sí les interesa recurrir a más cirugías cosméticas, como: la rinoplastia, la lipectomía, el aumento de pechos y glúteos. Los motivos son porque: las partes del cuerpo que intentan modificar (por ejemplo: piel “flácida”) sigue sin responder al ejercicio y las dietas; tienen la posibilidad económica; son una opción efectiva para eliminar arrugas y líneas de expresión del rostro cuando aparezcan; y, porque los resultados de cirugías previas no fueron satisfactorios. No obstante, dos están dudosas, por un lado, porque tendrían que ahorrar con la incertidumbre de no quedar como desean y, por otro lado, por haber tenido una experiencia desagradable sobre la salud física y emocional. Sobre esto, Le Breton (2015: 26-27) señala que:

“[...] la conciencia del peligro no es suficiente para debilitar la atracción hacia los cosméticos, hacia la exposición prolongada al sol o hacia algunas otras prácticas que prometen producir belleza. El poder del marketing que refuerza los estereotipos propios de la belleza [...] ocasiona que los riesgos para la salud sean baladíes en comparación al riesgo de quedarse con una identidad denigrada o insignificante”.

En general, las experiencias de las mujeres al realizarse una o más cirugías estéticas fueron diversas porque mientras a la mayoría le fueron satisfactorios los

resultados (a pesar de las consecuencias negativas en su salud), para otras resultó decepcionante por las razones antes referidas.

### V.3.7 OPINIÓN SOBRE EL SERVICIO REALIZADO Y DEL LUGAR.

En este último rubro se analiza la deontología del cirujano plástico hacia las informantes; las instalaciones del lugar; y la relación del precio con los resultados obtenidos de las cirugías cosméticas.

#### V.3.7.1 Las experiencias con el cirujano plástico.

La mayoría se sintió en confianza con el servicio brindado por el cirujano plástico (y en un caso con la cirujana plástica), a quien ya habían investigado y constatado que tenía amplia experiencia en diversas cirugías estéticas, y mucha preparación; otros, además habían realizado cirugías reconstructivas (personas con quemaduras, “malformaciones” congénitas, etc.). Incluso 3 mujeres regresaron nuevamente y lo recomendaron. Asimismo, se sentían nerviosas por el hecho de entrar a quirófano, pero también a gusto y emocionadas. No obstante, algunas mujeres sintieron desconfianza de acudir de nuevo con el mismo cirujano plástico por incumplimiento en los resultados esperados, y la falta de compromiso y ética de aquél. En este sentido, Monserrat (45 años) comentó lo siguiente:

“[...] el cirujano que a mí me recomendaron era buenísimo, pero desgraciadamente él me pasó con otro cirujano, no me atendió él. Entonces, ahí empecé con un poquito de desconfianza, me decía [el cirujano plástico]: ‘Yo te voy a operar’, ‘Yo voy hacer el que va a estar contigo y tú no te preocupes que esto va a salir muy bien’. Bueno y, pues confié en él, y finalmente, nunca apareció el día de la cirugía y me operó otra persona [otro cirujano plástico]. Tuve problemas durante la cirugía, el médico [cirujano plástico] entró con personas y yo siento que los que me hicieron la cirugía fueron los pasantes, me puso en manos de estudiantes, no fue ni siquiera con el médico [cirujano plástico] con quien me batearon. Hubo derrame durante la cirugía, pero no se dieron cuenta y así cerraron, entonces, me empezaba a sentir mal, ya se empezaba a ver la nariz hinchada, más amoratado de lo que había quedado, pues es ahí donde me doy cuenta. Entonces, tuve una hemorragia interna, a los ocho días tengo que regresar a quirófano para que me vuelvan a abrir, para que me cautericen el vaso que estaba roto [tono alto y de descontento]”.

Al final del procedimiento quirúrgico, el cirujano plástico le comentó a Monserrat que podía presentarse a su trabajo como si no tuviera una rinoplastia, pero la realidad es que en su recuperación el dolor físico era intenso, incluso para comer, y la hinchazón demasiada como para regresar a trabajar.

En su caso, Nicol (41 años) opinó que el cirujano plástico no le dio un servicio adecuado durante la liposucción y la lipoinyección de glúteos (aumento de glúteos) porque se salió de la operación por mucho tiempo y, además, para ella todo el proceso fue muy largo al igual que la recuperación, así lo indicó:

“[...] el doctor [cirujano plástico] se tardó mucho, siento que fue muy irresponsable porque él me citó a las 2:00 de la tarde para ingresarme a la cirugía, 2:30 a 3:00, pero tuve que tener ocho horas de ayuno, entonces no desayuné [entonación de disgusto]. Pero la noche anterior yo cené unas sincronizadas solamente y al otro día ya nada hasta las 2:00 de la tarde que ingresé. El cirujano me empezó, obviamente, a hacer el procedimiento y de repente le llamaron y a media cirugía a mí dejó en el quirófano, no sé cuánto tiempo, salió a dar una consulta, lo supe porque mi hermano el mayor, le dice: ‘Oye, ¿qué pasó y mi hermana?’, [el cirujano plástico responde:] ‘Ah, sí, ahorita regreso’. No sé cuánto tiempo se tardó, pero haz de cuenta que yo de 3:00 de la tarde, creo que terminó la cirugía a las 7:00 de la noche, fue mucho tiempo. De 7:00 de la noche a 1:00 de la madrugada yo todavía seguía en recuperación. Entonces, la verdad no me gustó con él [cirujano plástico] [...] (¿Quién te recomendó al cirujano plástico?) Un amigo, un compañero del trabajo que le dije: ‘Oye, es que, ¿sabes qué? a ver si conoces tú a alguien que opere’, y me dijo que supuestamente este médico operó a algunas artistas, yo dije: ‘Bueno, debe ser bueno’, pero no, es una *bestia*, no volvería con él [subió el tono de voz]”.

En relación con el testimonio anterior, se demuestra la falta de deontología del cirujano plástico hacia Nicol cuando abandonó a la mitad dos intervenciones quirúrgicas mayores por bastante tiempo. Sobre esto, también se refleja la importancia de acudir con un o una acompañante para que identifique, vigile y reclame cualquier anomalía en el servicio o la cirugía estética; en el caso de Nicol, si su hermano no le hubiera reclamado al cirujano su ausencia, éste hubiera puesto más en peligro su salud y su vida. Este acontecimiento le originó un impacto desfavorable en su estado emocional y la llevó a reflexionar que la fama que tienen los cirujanos no asegura que realicen un servicio profesional ni ético.

En tanto, Sofía (60 años) por ignorancia (quién también así lo expresó) acudió con una estilista para que le realizara la rinoplastia, pero esta persona carece de conocimientos, experiencia y certificación en este campo, lo cual repercutió desfavorablemente en el resultado y en su salud física y emocional:

“Te voy a platicar la historia [levantando su dedo para iniciar y fijando una mirada retrospectiva], fui con una persona que era estilista, o sea, ignorancia. Y me infiltró algo en la nariz, te dice que es colágeno el que te va a meter, pero me la desgració, se me hizo horrible [...], parecía muy narigona, me puse a llorar. La estilista es una amiga de una amiga, pero ella sí quedó bien de la nariz, la verdad. En una de esas me dice mi hijo: “Mamá, ¿qué crees?, ¡que vi a un amigo, que es médico! [En el Hospital Militar]”. Entonces fui, le platicué mi historia [...] Según el doctor [y cirujano plástico] me pusieron algo así como *kola loka*: “¿No sabe qué le pusieron?, ¿de qué color era? [La sustancia]”, le digo: “No, ay doctor, pues ya tiene muchos años, porque ni el doctor supo que era [lo que inyectó la estilista en su nariz]. Me arregló el tabique y me limpió, o sea, me hizo ajustes como un otorrino y ajustes como un cirujano plástico, me la dejó funcional y estéticamente. Después noté la diferencia, cuando me operó, que ya podía respirar bien [tono de alegría]”.

A pesar de las acciones de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) en verificar y suspender actividades en clínicas de cirugía plástica y estética por irregularidades en el servicio, el personal y la normatividad (Pérez, 2016), se especula que continúan surgiendo lugares inadecuados y clandestinos que ponen en riesgo la salud y la vida de las y los solicitantes, quienes acuden a estos sitios como en el caso de Sofía. Aunque haya sido la única que acudió no debe restarse importancia a su situación porque posiblemente está reflejando la realidad de otras mujeres que por falta de información, de responsabilidad y de motivación social insegura acuden con charlatanes/as. Esta dependencia y otras deben sancionar y regular con más firmeza y eficacia espacios que resultan peligrosos.

En cambio, a Alia (46 años) siempre le ha gustado el servicio profesional de su cirujano plástico, le tiene alta estima, al cual se refiere de la siguiente manera:

“[Se refirió con tono de admiración] Siempre me he operado con el mismo médico, es una *eminencia*, es un doctor al que yo le tengo un enorme cariño, él no nada más es cirujano plástico, es también

reconstructivo [...] tiene varios hospitales [privados], opera tanto en México como en Brasil, en Estados Unidos, en Tokio, en Turquía [...] Siempre está al pendiente de mí, siempre me cuida, además que es un médico sumamente 'ético' [...]"

En el caso de Alia, se figura que su cirujano plástico tiene amplia experiencia y suficiente credibilidad para que ella se sienta segura con él y alentarla a que regrese una y otra vez.

La deontología del cirujano plástico es vital para minimizar los riesgos en la salud, y que se les considere a las y los solicitantes como seres humanos y no como meros objetos o medios para practicar y obtener recursos económicos. En este sentido, con base en el artículo 4 del código de ética de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, A.C. (AMCPER, 2018) el cirujano plástico debe respetar la vida y la integridad física y psicológica de las personas que recurren a una cirugía estética. Asimismo, el proyecto "Diamond" señala que estos procedimientos deben ser realizados por un cirujano plástico titulado a quien le corresponde tener especialidad en estas cirugías; ser certificado por alguna institución acreditada; y contar con suficiente experiencia para una mayor seguridad y éxito en las intervenciones (Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética, 2016). Sin embargo, los aspectos mencionados en el artículo 4 de la AMCPER y del plan "Diamond" no fueron cumplidos por los cirujanos plásticos ni por las personas que realizan estas prácticas de forma indebida, sin la autorización, sin el debido conocimiento y en lugares inadecuados. Sobre esto, los testimonios de Monserrat, de Nicol y de Sofía evidencian la falta de profesionalismo y de ética de la estilista y de los cirujanos plásticos que las intervinieron, lo que repercutió de manera negativa en la salud física y psicológica de las informantes.

Las participantes refirieron que los cirujanos plásticos mostraron documentos o títulos, pareciéndoles honestos y muy profesionales. Lo anterior, es una estrategia para enganchar, o bien, para conseguir que las y los solicitantes se sientan seguros de que ellos son especialistas. En general, los especialistas presentes durante la o las cirugías estéticas fueron el cirujano o cirujana plástica, el/la anestesiólogo/a y un/una enfermero/a.

Asimismo, se encontró con casos donde los cirujanos incitaron a las informantes para recurrir a más intervenciones. Al respecto, Violeta (48 años) comentó que al acudir la primera vez el cirujano plástico le mostró en una pantalla cómo iba a verse después de realizarle las cirugías estéticas (aumento de senos y glúteos, rinoplastia, liposucción y lipectomía), y le gustó; además, momentos antes de la anestesia, la motivó para la vaginoplastia:

“Te ponen en una pantalla, ‘Usted está así, y va a quedar así’, te empiezan a moldear, dije: ‘¡Ay sí, hágamelas ya!’ [las cirugías estéticas]. Fui una persona muy aventada, que él me dijo: ‘Podemos aprovechar la anestesia y de una vez te puedo hacer esto, ya se te *aguadó* esto [la vagina], ¿qué te parece si te la hago y te reconstruyo todo adentro?, te estoy hablando de la vaginoplastia, ¿qué te parece si te la hago?, ¿ya no vas a tener hijos?’ Ya soy una mujer de tantos años, y sí, pues sí, acepté [voz muy exaltada y de gusto]”.

El testimonio anterior da cuenta del oportunismo y el mercantilismo del cirujano plástico, quien convence a Violeta para aceptar otra cirugía que no estaba programada, y que no la deja reflexionar su decisión, sino que la toma casi desprevenida en la plancha, al mismo tiempo que le está realizando muchas intervenciones quirúrgicas (cuatro), lo cual pone en mayor riesgo tanto su salud como su vida. El cirujano empleó una estrategia sutil para motivarla a aceptar el procedimiento y que éste se viera realizable en esa ocasión.

A Monserrat (45 años) también el cirujano plástico la incitó a acudir nuevamente, pero no acudió por dos cuestiones, la primera, por la experiencia desagradable de la hemorragia durante la rinoplastia y, la segunda, porque no la operó el cirujano plástico que eligió:

“[...] él [cirujano plástico] me dijo que me esperaba en diciembre, que, porque él veía que yo tenía, que, para tener hijos, no tenía *un cuerpo mal formado* y podía hacerme una lipectomía para *formarme* más la cintura, para que me viera más delgada y yo acepté de momento y le dije que: ‘Sí’, eso fue un poquito antes de entrar a quirófano, obviamente ya no regresé porque tuve problemas con la cirugía, tuve una hemorragia interna [...]”.

En suma, el aumento de las cirugías estéticas en México también se está llevando a cabo de una forma clandestina y como un negocio que lucra con la

salud, la vida y la economía de las mujeres, quienes recurren más frecuentemente a estos procedimientos. Para el mercantilismo de estos métodos, el cuerpo de las mujeres son meros objetos para adquirir capital. Así pues, el mercado de las cirugías cosméticas se ha elevado en el país mediante distintas estrategias (difusión en los medios de comunicación y en la publicidad, la vinculación con estándares de belleza “femenina”, etc.) y mecanismos (avances tecnológicos y nuevos conocimientos médicos); haciendo que más personas recurran a ellas para modificar diferentes partes de su cuerpo o su rostro.

#### V.3.7.2 Las percepciones sobre el lugar.

Las instalaciones del lugar al que acudieron las mujeres para la o las cirugías estéticas les parecieron muy seguras, con una adecuada disposición de los instrumentos para la operación y con higiene, características que debe cumplir un hospital o clínica que realiza intervenciones quirúrgicas. Sobre esto, los espacios que se dedican a estos tipos de procedimientos, por implicar un negocio, van a manejar mucho una apariencia elegante, confiable y reglamentaria para que las mujeres se animen a realizar las cirugías estéticas en ese lugar, y también para que lo recomienden a más personas.

Asimismo, comentaron que los cirujanos plásticos tienen un consultorio pequeño para realizar cirugías ambulatorias o menores<sup>79</sup>, por ejemplo, *lifting*, además hay cubículos para llevar a cabo curaciones. En cambio, cuando es una cirugía mayor, como la liposucción, la lipectomía, etc., recurren al hospital privado donde tienen más aparatos necesarios para realizarlas.

Para Carolina (38 años) la clínica privada del cirujano era pequeña y con falta de aparatos en caso de una emergencia, pero consideró que por el costo fue razonable. Piensa que es muy usual que los cirujanos operen en lugares así, en privado, en una casa muy grande donde hay varias salas pequeñas con

---

<sup>79</sup> Para el cirujano plástico Guillermo Rodríguez, las cirugías menores: “[...] son aquellas que no requieren de anestesia general y utilizan variadas técnicas empleadas principalmente para disminuir volumen corporal, para mermar tallas, para eliminar ‘grasa localizada’” (entrevista realizada por Cabrera en 2009 para su investigación) (Cabrera, 2015: 333).

quirófanos y de recuperación. En el caso de Alma (52 años) el cirujano plástico le mostró los aparatos y los materiales que iba a emplear en su aumento de senos.

Mientras que a Sofía (60 años), le pareció incómodo el lugar por las condiciones en que tuvo que estar:

“[...] ya no quiero pasar a quirófano, es una sensación bien fea. (¿A qué te refieres con ‘una sensación bien fea’?) Pues mira, te quitan la ropa y es que yo soy bien penosa, y ahí enseñando todo, ¡ay, no, no!, y sin zapatos, y el frío del hospital, y la anestesia, ¡no, no, no! Puede más la incomodidad que el placer de estar ahí [en quirófano] [su rostro reflejó arrepentimiento e insatisfacción]”.

Para recapitular este rubro, la narrativa de Sofía, y anteriormente también de otras mujeres, deja ver que los espacios que se dedican a realizar cirugías estéticas muestran una apariencia de encantamiento, seguridad e higiene a primera vista, pero que ocultan la habitación temerosa e incómoda que genera un quirófano y los instrumentos para intervenir el cuerpo. Sobre esto, Cabrera (citada en Rodríguez *et al*, 2015: 333) explicó que:

“El paisaje de la clínica agobiante y maltrecha es reemplazado por uno ameno y que genera confianza desde los parámetros estéticos. Ocultos están los espacios en los que la sangre contrasta con los claros colores hospitalarios [...] Detrás del anuncio ‘Acceso restringido’, donde sólo el personal autorizado tiene libre acceso, se esconden los procesos embellecedores que ciertamente podrían resultar escalofrantes”.

#### V.3.7.3 Los costos de las cirugías estéticas y su relación con los resultados.

El precio de las cirugías estéticas cambia en cada cirujano plástico y también depende de la temporada, por ejemplo, cuando Violeta (48 años) acudió por primera vez, el cirujano plástico no le solicitó el pago inmediato hasta que la diera de alta; cuando acompañó a su hija para que se realizara una cirugía estética, el cirujano solicitó el pago antes de la intervención quirúrgica, sin embargo, Violeta no pagó antes, sino hasta que su hija salió del quirófano:

“Fíjate que cuando yo me operé [al recurrir a su primera cirugía estética] no te pedían el dinero, hasta que tú te dabas de alta. Ahora que regresé con mi hija tú tienes que pagar primero [semblante de asombro] [...] Le dije al doctor [cirujano plástico]: “Oye, ¿cómo?, ¡si se me muere mi hija, yo ya te pagué!”. Yo

alegaba muchísimo, yo porque ya me conocen, pero primero tienes que pagar”.

En el relato anterior se percibe que para el cirujano plástico es más importante asegurar el recurso económico en caso de que surjan complicaciones durante el procedimiento; ante la posibilidad de que se generen consecuencias negativas por la intervención; y por temor a que la o el solicitante no le paguen por motivo de insatisfacción de los resultados.

En el caso de Alma (52 años), cuando acudió para el aumento de senos, consideró que fue un momento adecuado (antes de fin de año) ya que diciembre es una temporada alta para las personas que acuden a las cirugías estéticas y su costo se eleva mucho.

Ciertas mujeres ya tenían escogida la cirugía estética que querían, aunque ellas también se interesaron en la promoción que les dio el cirujano plástico, la cual consistió en realizarse dos o más intervenciones estéticas en el mismo día y pagando un costo menor que si las realizaban por separado. Sin embargo, hubo quien comentó que tal vez iban a recurrir a las mismas intervenciones estéticas de la promoción, pero por separado, mientras que otras expresaron que de no haber existido la promoción no las hubieran contemplado en un futuro. En un caso, la informante se realizó el aumento de senos porque el costo no implicó ahorrar o hacer sacrificios para realizarla, de haber sido así, no se habría operado.

En relación con los resultados obtenidos, para algunas mujeres el precio les pareció apropiado ya que la cirugía estética no se complicó, no se enfermaron, no les ocasionó ninguna alteración física y, sobre todo, los resultados fueron satisfactorios. Para Scarlet Valladores (36 años), el aumento de senos le pareció barato, pues cree que es más elevado el costo real. Para otras, el precio es elevado, pero es razonable porque finalmente están pagando el servicio de un especialista y los materiales de calidad, como en todo gasto o pago “la calidad cuesta”. Por su parte, a Alia (46 años) el costo le pareció justo:

[..] [Tono elevado] si te vas con uno que te va a cobrar \$10,000 mil y mi médico te cobra \$100,000 mil, él de diez me va a matar, ¿no?, obviamente”.

Aunque para Karen (26 años) los riesgos por una cirugía estética no dependen del monto, sino de la respuesta del organismo para asimilar una operación:

“Que si bien no es económico [el aumento de senos], yo pude tal vez perder la vida si hubiera pagado la mitad o perderla si hubiera pagado el doble, o sea, que hay cuestiones que no son como del precio, sino... no sé, la capacidad de tu cuerpo [...] para mí, sí hubo relación entre el servicio brindado y el costo, o sea, sí lo valió el precio [ratificó con la cabeza]”.

La recuperación de la o las cirugías estéticas para Violeta (48 años) fue complicada, por un lado, por el largo período de reposo, lo que implicó no poder realizar las actividades diarias que hacía y, por otro lado, el gasto que implica esta etapa en medicamentos, el taxi para acudir a revisiones con el cirujano plástico, la “dieta especial” y pagar servicios a una doméstica cuando no se tienen familiares o amigos para las labores en la casa. En este sentido, ella refirió:

“Fíjate, muchas veces uno dice: ‘Ay, me opero, no me importa quedarme sin dinero’. Es mentira porque la curación en tu casa es tardadísima, no te puedes parar, no puedes barrer, no puedes pararte a los dos, tres días a lavar tus trastes. Sales con una receta de mil pesos, ¡eh!, que, para la infección, que, para desinflamar, tienes que estarte tomando la medicina, te dura creo que cada ocho días. Tu comida, la sirvienta, tu taxi, tu gasolina [utilizando sus dedos para enumerar lo expresado], ¿no?, eso es lo que me da miedo, eso, la recuperación, porque ahí gastas también bastante”.

Según Gaynor (1998: 194) hay un nivel de costos en las cirugías estéticas que: “[...] depende del procedimiento, el cirujano, las instalaciones clínicas requeridas y la región en que se vive”.

Sin embargo, en la presente investigación se encontró otro tipo de clasificación de precios en las cirugías estéticas en el caso de México. De esta manera, los costos de aquellas son elevados, pero varían según el especialista (o charlatán); el procedimiento (por la complejidad); el material utilizado; el conjunto o tipo de especialistas (anestesiólogo/a, enfermero/a) presentes en la intervención; los paquetes de promoción; la competitividad en el campo de las cirugías cosméticas; y la relación de amistad entre las informantes y el cirujano plástico.

Se observó que las cirugías estéticas no sólo son accesibles a personas con elevados recursos monetarios o para las celebridades que aparecen en el cine, los medios de comunicación y la publicidad, pues la mayoría de las informantes no se dedican al medio artístico ni poseen un gran capital económico, por el contrario, por ejemplo, una es estudiante, otra es “ama de casa”, otra es secretaria, etc.

Así pues, hoy en día existen diferentes alternativas como paquetes de promoción, facilidades de pagos, créditos bancarios, etc., que las hacen ver viables y económicas en más espacios sociales y en las capas medias debido a su difusión y al papel de la globalización, los cuales han normalizado y popularizado estas prácticas. No obstante, las opciones “baratas” pueden llegar a ser riesgosas para la salud y la vida de las mujeres porque pueden ser realizadas en espacios ilegales; con insuficientes materiales y aparatos; y con personal no profesional ni ético que aplica sustancias dañinas al organismo, como anteriormente se observó en algunos testimonios.

## CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

En este capítulo se abordarán algunas consideraciones finales sobre los resultados más significativos de la investigación y la determinación del cumplimiento de los objetivos; la aportación de los hallazgos a la Promoción de la Salud, y al estudio de las cirugías estéticas, y su relevancia social; la valoración autocrítica acerca de la obtención de los testimonios, las implicaciones con las informantes en la subjetividad propia y la repercusión de todo esto en los datos obtenidos; y, por último, se mencionan algunas propuestas para el seguimiento del tema en futuras exploraciones desde la Promoción de la Salud y otros enfoques con base en los datos del presente estudio. Estos puntos se describen a continuación en el mismo orden.

Con base en el perfil de egresada en Promoción de la Salud, la presente investigación tomó en cuenta los elementos que se describen en el plan de estudios, los cuales consistieron en identificar los factores condicionantes y de riesgo para la salud de las mujeres, y aportar y generar conocimientos desde una reflexión interdisciplinaria. Asimismo, se tuvo en cuenta la formación humanística y ética obtenida, así como los principios bioéticos y el enfoque de género para desarrollar interés por la salud de las mujeres, analizar los resultados con responsabilidad, y mantener una posición autocrítica y abierta en el estudio.

### V.I.1 Síntesis de los hallazgos más relevantes de la investigación.

En este apartado se describen los principales resultados y se concluye de manera concreta sobre estos datos con base en cada objetivo y pregunta de investigación planteados.

La culminación del presente estudio de tipo exploratorio determinó ampliamente el desarrollo y la articulación de los objetivos y las preguntas de investigación propuestos. En relación con el primer objetivo específico y la pregunta planteados en el estudio acerca de analizar, desde la Promoción de la Salud, el impacto de las cirugías estéticas sobre la salud física y psicológica de las mujeres que se realizaron una cirugía estética y conocer sus experiencias (éstas

últimas retomadas del segundo objetivo por la relación que tienen en la salud), se puede concluir que las cirugías estéticas provocan un mayor impacto negativo en la salud y los procesos subjetivos de las mujeres que se someten a transformaciones corporales. De este modo, la mayoría de las mujeres tuvo consecuencias perjudiciales en su salud física –incluso algunas de forma permanente- para conseguir los resultados anhelados, aunque sean por un tiempo. Lo anterior, por una parte, como resultado de: factores tecnológicos (efectos nocivos de los procedimientos en la salud física); sanitarios (falta de normatividad en los establecimientos); biológicos (reacción de la piel o el cuerpo ante la invasión); y educativos (falta de información certera sobre los contras de estas prácticas) y, por otro lado, por la falta de ética profesional del cirujano plástico en formas de: incitación, oportunismo, irresponsabilidad, descuido durante la intervención, inexperiencia y avaricia. Tal impacto perjudicial influyó en el estado emocional de 6 mujeres, derivando en baja autoestima, tristeza, miedo, frustración y descontento. En lo que respecta al impacto positivo, éste se reflejó en el estado emocional de 6 mujeres en forma de alta autoestima, la seguridad y la felicidad al percibir como favorables los resultados en su aspecto corporal; y al haber ejercido su libertad sobre su propio cuerpo ante las prohibiciones y los chantajes de sus parejas y familiares.

En lo que toca al segundo objetivo específico y la pregunta propuestos en la investigación sobre analizar, desde el enfoque bioético, los contenidos éticos y morales de los motivos de las mujeres, se encontró que, los determinantes socio-culturales, familiares y subjetivos fueron claves, unos con más peso en los motivos de las mujeres para elegir a la cirugía estética de forma impuesta en la mayoría y autónoma en la minoría. De este modo, algunas mujeres acudieron a la inmediatez tecnológica y la motivación externa sin decidir autónomamente, surgieron así aflicciones, impactos perjudiciales en la salud física y resultados desfavorables. Aunque otras mujeres cuestionaron sobre el método elegido, los riesgos, el lugar, la reputación y la experiencia del cirujano plástico con el propósito de evitar futuros perjuicios a su salud y tener resultados favorables.

En cuanto al tercer objetivo específico y la pregunta trazados en el estudio para indagar, desde la perspectiva de género, las concepciones normalizadas de salud, “ser mujer”, “belleza física” y percepción del cuerpo de las informantes, se concluye que los significados sobre la salud tuvieron un carácter subjetivo (experiencias, reflexiones, creencias y emociones personales), socio-cultural (autocuidado corporal tradicional asociado con estilos de vida saludables y expresiones morales) y biológico (relación entre el cuerpo y la enfermedad mediante la prevención de patologías, padecimientos físicos y desniveles bioquímicos en el organismo). Lo anterior las llevó a deconstruir y reconstruir estilos de vida para adoptarlos a sus procesos de intervención por las cirugías estéticas. Las percepciones de las informantes sobre “ser mujer”, de belleza y del cuerpo, por una parte, fueron morales al no cuestionar creencias tradicionales “femeninas” y pautas socio-culturales occidentalizados consideradas como propias de las mujeres y, por otro lado, residieron en percepciones éticas porque reflexionaron sobre sus apreciaciones, opiniones y posturas.

Cabe resaltar que resulta discrepante que la sociedad patriarcal atribuya a las mujeres los estereotipos de belleza, para lo cual pasan por consecuencias negativas y psicológicas en su salud por recurrir a tratamientos y cirugías estéticas para acercarse a las normas de belleza “femenina”, y que todavía tengan que pagar cuando los resultados han perjudicado gravemente su salud y puesto en riesgo su vida.

En síntesis, se consiguió reflexionar sobre cómo los imaginarios sociales de la “belleza física” y las ficciones de los métodos corporales mercantilistas encarnan sutilmente en la subjetividad de las mujeres al someterse al dolor físico y a los riesgos en la salud, el cuerpo y la vida. Lo anterior para experimentar satisfacción subjetiva e independencia corporal mediante una modificación estética.

### V.I.2 Alcances de los resultados.

En este punto se pretende describir la relevancia de los hallazgos para la Promoción de la Salud como disciplina de investigación, el estudio de las cirugías estéticas y la salud de las mujeres.

Por lo anterior, el alcance de los hallazgos del presente estudio para la Promoción de la Salud es haber sido un primer acercamiento cualitativo de tal perspectiva como disciplina de estudio para abrir camino y poder ser una referencia en el tema de las cirugías estéticas y su relación con la salud física y psicológica, la salud sexual (no se consideró en la investigación, pero emanó en los datos encontrados y se retoma como una propuesta de línea de indagación), la salud pública, la subjetividad, la corporalidad, los estilos de vida, la deontología del cirujano plástico, y los determinantes socio-culturales, éticos y morales. Además, desde el enfoque bioético de la Promoción de la Salud en las cirugías estéticas y la salud de las mujeres, se analizaron las implicaciones éticas y morales reflejadas en los motivos y la vinculación de la ética profesional con el impacto en la salud; y el grado de autonomía en la decisión de las mujeres. Sobre esto, la bioética permitió un amplio análisis acerca de los alcances de los principios éticos, las percepciones y las conductas morales en las decisiones corporales y en la salud física y psicológica de las informantes. Así, los datos obtenidos proporcionaron información vinculada con otras disciplinas afines a la salud física y psicológica de las mujeres, como: la psicología, la salud pública, y la educación para la salud, lo cual permite expandir y proponer líneas de investigación futuras.

En lo que se refiere al aporte de los resultados sobre el fenómeno de estudio, estos generaron más evidencia empírica para considerar a las cirugías estéticas como un problema de salud pública en México, porque están ocasionando diferentes consecuencias negativas en la salud física y psicológica de mujeres jóvenes y adultas (estudiantes, profesionales, que se dedican al hogar, entre otras), de estrato medio; ponen en peligro la vida; y, además, la mercadotecnia, la publicidad, la falta de ética profesional del cirujano plástico y las creencias socio-culturales obstaculizan la capacidad autocrítica para decidir sobre el propio cuerpo.

Por último, el conocimiento generado en el presente estudio sobre las repercusiones en la salud física y psicológica de las mujeres que recurren a las cirugías estéticas puede contribuir a desarrollar estrategias de información y de empoderamiento a fin de que las mujeres que quieran someterse a dichas cirugías, conozcan las consecuencias de las mismas con base en las experiencias de las informantes y cuiden su salud. Pero también para que las mujeres se empoderen y ejerzan de modo seguro y responsable su derecho sobre su propio cuerpo, teniendo en cuenta los elementos éticos para reflexionar y tomar una decisión autónoma. Asimismo, disminuyendo en lo más posible los riesgos a la salud y la vida.

#### V.I.3 Autocrítica metodológica.

En este punto, se lleva a cabo una autovaloración sobre el papel de la subjetividad de la investigadora en el trabajo de campo; y acerca de las implicaciones subjetivas como estudiosa durante el análisis de los datos.

En general, sobre el papel del trabajo de campo, la relación entre las informantes y la investigadora influyó para propiciar un ambiente de confianza y cordialidad que generó profundidad y empatía durante las entrevistas realizadas. Además, algunas informantes invitaron a otras mujeres que tenían una o más cirugías estéticas para ser entrevistadas y aceptaron compartir su experiencia. Pero para lograr lo anterior, como investigadora fue necesario adaptarse a las diferentes situaciones de las entrevistas (volumen bajo de la voz, ritmo muy activo durante las charlas y reestructuración de las preguntas complejas para las mujeres que así lo requirieron) y el escenario (espacio pequeño, lugar desconocido, exposición al aire); introducirse (escucha activa) en las experiencias relatadas para tener una exploración en profundidad; evitar que la propia subjetividad (reservar las emociones, opiniones y posturas durante los encuentros, mas no reprimirlas ni esconderlas en el reporte autorreflexivo como investigadora) interfiriera negativamente en los datos que describían las mujeres; y prescindir de una intervención como Promotora de la Salud, pues el propósito del estudio fue obtener datos en profundidad mediante la escucha y el cuestionamiento activos

como investigadora. De este modo, durante las conversaciones se procuró no demostrar impresiones de miedo, asombro y preocupación cuando las mujeres expresaron que recurrieron a tres o más intervenciones en un mismo día, que despertaron durante la plancha y que tuvieron experiencias desagradables; abstenerse de dar opiniones y valoraciones sobre los peligros latentes al querer recurrir a otra intervención quirúrgica; y suprimir gestos de incredulidad en relatos contradictorios. Ello con la finalidad de no obstaculizar ni influir negativamente en las conversaciones y en la obtención de la información. Asimismo, como Promotora de la Salud, se pensó en la posibilidad de intervenir mediante explicaciones y sugerencias para que las mujeres descartaran la idea de otra modificación estética que iba a poner en peligro su salud física y psicológica, y que continuaran con la actividad física y la dieta saludable. No obstante, se mantuvo la finalidad de la investigación y de la Promoción de la Salud como disciplina de estudio, y la idea de que antes de intervenir, primero es necesario conocer, observar el comportamiento del fenómeno de estudio y su impacto, para después sugerir propuestas viables y efectivas. Al respecto de lo anterior, la subjetividad de la investigadora sí se manifestó en la relación con las informantes y el estudio; por un lado, se fomentaron elementos subjetivos como: la sociabilidad, la confianza, los valores de respeto, apertura y tolerancia para que favorecieran la obtención de los datos, pero, por otra parte, se reservaron los propios sentimientos, comentarios e intervenciones para que no influyeran negativamente en la información recabada. De este modo, se adoptó una comunicación fluida, sensible, abierta, respetuosa y segura con las informantes. Así, todas abrieron las puertas de su subjetividad, su hogar, y sus lugares de estudio y de trabajo.

Por otro lado, se creó que en una relación entre informante mujer e investigador varón, las mujeres se pueden inhibir o es más complejo profundizar en algunas de las preguntas sobre sus motivos para recurrir a las cirugías estéticas, sus percepciones del cuerpo y sus experiencias en el ámbito amoroso. No obstante, no se descarta que un investigador varón pudiera crear un ambiente favorable de diálogo y *rapport*. En el caso de la presente investigación, el trato sociable, la ética de la investigadora (confidencialidad, respeto y honestidad) y el

que fuera mujer contribuyeron al acercamiento con las mujeres y facilitó para que se expresaran con mayor confianza. Algunas expresaron sentirse en libertad de platicar sobre su sexualidad y la relación de pareja, ciertas consecuencias negativas, motivos e ideas sobre su aspecto corporal con otra mujer (la investigadora). Sobre esto, la construcción socio-cultural que se hace en relación al género continúa influyendo en las subjetividades de las mujeres para determinar los vínculos interpersonales.

Adicionalmente, al iniciar el trabajo interpretativo de los datos se tuvieron implicaciones con las informantes y en la propia subjetividad. Específicamente, a partir de interactuar, conocer y simpatizar con las informantes hubo temor a criticar los testimonios de las mujeres que expresaron contradicciones; que asumieron ideas moralmente sin cuestionar; y que aprobaron estereotipos de género y de “belleza física” del “ser mujer”. La propia subjetividad obstaculizó el análisis de los datos al sentir que se estaba traicionando la confianza de las informantes, difamando e injuriando, pero nunca fue esa la intención para quien apoyó el estudio ni tampoco la finalidad del mismo, que es meramente académica. Para lograr superar los sentimientos y las ideas que estaban afectando el proceso de análisis, se eligió seguir revisando las demás entrevistas para tener un panorama más amplio de la subjetividad de cada participante y tener la certeza de plasmar los hallazgos reales; conocer otras investigaciones cualitativas afines para comprender hondamente el trabajo de análisis y el papel que debe asumir una investigadora; tener explicaciones en asesorías, las cuales ayudaron en mucho a reflexionar sobre la autorreflexividad como investigadora y su posible repercusión positiva o negativa en el trabajo de análisis; y seguir asumiendo el papel de investigadora. Así pues, por una parte, la subjetividad adquirió un papel relevante en la relación entre la investigadora y las entrevistadas para generar un vínculo de confianza y simpatía; tener un diálogo flexible con las mujeres; y la posibilidad de una futura colaboración. Aunque, por otro lado, estuvo obstaculizando para explicar las contradicciones de las informantes y generar un análisis en profundidad sobre los puntos descritos anteriormente. Por tanto, las emociones positivas las conservé y las negativas las superé personal y profesionalmente.

V.I.4 Propuestas para futuras investigaciones con base en los hallazgos del estudio.

En este último rubro, a partir de los datos encontrados, se mencionan algunas propuestas de líneas de estudio para futuras indagaciones.

Como investigación exploratoria desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, se sugiere seguir retomando esta visión y la disciplina de estudio como su campo de acción para futuras investigaciones, incluyendo aspectos que no se consideraron ni se abordaron en profundidad en el presente estudio, como: a) las implicaciones del método quirúrgico vaginoplastia en la subjetividad y la salud sexual de las mujeres; b) la salud emocional y la adicción a las cirugías estéticas; c) las incidencias en la salud física, emocional y sexual, y en la subjetividad de las amigas que motivan a otras mujeres para recurrir a una cirugía; d) la subjetividad de las parejas que ejercen violencia de género en las mujeres que transforman quirúrgicamente su aspecto físico; e) la subjetividad de las parejas que aceptan y apoyan a las mujeres para que tengan una modificación estética; f) las valoraciones de las y los hijos de las mujeres que eligen someterse a un procedimiento estético; g) las contradicciones sobre la valoración subjetiva de la “belleza física” y la “belleza interior” de las mujeres que tienen alguna cirugía; h) analizar y comparar las experiencias, las impresiones y las percepciones de las mujeres que acuden con una cirujana plástica y las que asisten con un cirujano plástico; i) y contrastar las subjetividades (posturas, opiniones e impresiones) de las mujeres que recurren a un método reconstructivo considerado como “funcional” y de las mujeres que tienen una cirugía estética.

Asimismo, se sugiere utilizar otras técnicas metodológicas, como: registros etnográficos de las intervenciones y la vinculación con los espacios públicos concurridos; observación participante en las clínicas de cirugía estética, gimnasios, spas, estéticas y hospitales públicos de cirugía reconstructiva; historias de vida y grupos focales con las mujeres que han recurrido a una o más cirugías corporales para abarcar diferentes escenarios y tener varias formas de acercamientos con la población de estudio y su contexto.

Aunque el propósito principal de la investigación no fue abordar la subjetividad y la deontología del cirujano plástico, se obtuvieron algunos datos significativos en cuanto a la ausencia de la ética profesional del cirujano y su relación con el impacto negativo en la salud de las mujeres, y con la incitación, el oportunismo y el mercantilismo de tales médicos. Sin embargo, para futuros estudios se sugiere analizar la subjetividad, la deontología y la normatividad de cirujanas y cirujanos plásticos (como población de estudio) en México. Ello con la intención de que se incluyan los tópicos que en este trabajo no se tocaron y que se realicen entrevistas a tal población, generando con ello más conocimiento empírico sobre el personal médico que realiza las cirugías estéticas.

A partir del presente estudio empírico, se abren nuevas brechas de indagación en otras poblaciones que hacen uso de las cirugías estéticas como: las personas transgénero, los hombres, etc., para investigar en su subjetividad y en sus vicisitudes mediante caminos metodológicos y perspectivas diferentes; esto es necesario porque los estudios han señalado que, después de las mujeres, esas poblaciones son las que más recurren a las cirugías estéticas y ocupan el segundo lugar de riesgo en salud.

Por otra parte, es necesario señalar que a pesar de realizar la solicitud de información en la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), en la Secretaría de Salud local y federal, y en el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) sobre la prevalencia de las cirugías estéticas en México por tipo, sexo y edad, así como las incidencias negativas, tales dependencias dieron seguimiento al trámite, señalando que no realizan censo sobre estos aspectos mencionados ni cuentan con ellos. Sin embargo, al consultar investigaciones afines al presente estudio y la Encuesta Global Bianual de la Sociedad Internacional de Cirujanos Plásticos y Estéticos, se encontraron algunos datos. En relación con lo anterior, desde la perspectiva de la Promoción de la Salud es importante que alguna de las instituciones mencionadas realice un registro sobre las cirugías estéticas y las incidencias en la salud de las personas que recurren a estos procedimientos en México, ello con el fin de apoyar: la realización de investigación; el monitoreo de los acontecimientos perjudiciales; y,

además, desarrollar, evaluar y mejorar los programas sociales orientados a abatir el problema de salud pública (entendida ésta como se explicó en el capítulo II) que implican las cirugías estéticas. Además, es necesario que, en nuestro país, la autoridad sanitaria disponga legalmente de una normatividad específica sobre la especialidad de la/el cirujana/o plástica/o. Lo anterior ante la demanda de estos procedimientos; la falta de ética profesional; y las consecuencias negativas que estas prácticas implican en la salud y en la vida.

Adicionalmente, en lo que a la autora de este trabajo respecta, se seguirán divulgando las implicaciones de esta problemática de salud en diferentes foros académicos, nacionales e internacionales, para discutir y difundir los hallazgos de esta investigación, como se ha venido haciendo. También, se pretende compartir algunos de los hallazgos encontrados de la investigación en revistas de Promoción de la Salud, salud pública, biomedicina, bioética y género, con el propósito de evidenciar: el problema de salud pública que generaron las cirugías estéticas en México; las implicaciones éticas, bioéticas y de salud en los métodos tecnológicos; y el papel de la subjetividad en la construcción de significados de salud, “ser mujer”, belleza y corporalidad, y su relación con las cirugías estéticas.

Finalmente, a partir de los datos encontrados, es necesario que las instituciones públicas, locales y nacionales, que trabajan sobre las problemáticas sociales y de salud de las mujeres (Instituto Nacional de la Mujeres, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, entre otras), tengan en cuenta tanto este estudio como otros que evidencian el impacto de mayor magnitud (negativo) que tienen las cirugías estéticas sobre la salud, la subjetividad, la autoestima y la autonomía, mediante la divulgación de la investigación en revistas y diferentes foros académicos de las instituciones públicas mencionadas y en esa medida se conozca la problemática de salud. Además, para que generen acciones, políticas públicas y programas sociales a fin de: fortalecer la autoestima y la capacidad autocrítica de las mujeres disconformes con su apariencia física y que pretenden recurrir a una o varias modificaciones corporales como única opción práctica, efectiva y segura; informar a las mujeres, y

a la población en general, sobre las consecuencias negativas de estas prácticas; así como realizar vigilancia normativa más eficiente de los establecimientos ilegales o inadecuados en donde se realizan estas intervenciones con personal no profesional ni ético y con la falta de instrumentos necesarios. Asimismo, es preciso que tales instituciones asuman la situación de las cirugías estéticas en México como un problema de salud pública.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

- Aguilera, G. (2013). "Cuidado con los charlatanes de la cirugía estética. Cuerpo y Mente". (Consultada el 16 de julio de 2015), de la base de datos EBSCOHOST.
- Álvarez, J., Lolos, F y Outomuro, D. (2006). "Introducción", en Fernando Lolos, Álvaro Quezada y Eduardo Rodríguez (comps.), *Investigación en salud. Dimensión ética*, Chile: Universidad de Chile, pp. 15-22.
- Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, A.C. (2016), <http://cirugiaplastica.mx/> (Consultada el 07 de enero de 2017).
- \_\_\_\_\_ (2010). "Código de Ética de los Cirujanos Plásticos en México", <https://cirugiaplastica.mx/content/1-conocenos/1-la-amcper/estatutos.pdf> (Consultada el 6 de diciembre de 2014).
- \_\_\_\_\_ (2016). "Código de Ética AMCPER CAPÍTULO 1", [http://amcper.org.mx/doctos/codigo de etica.pdf](http://amcper.org.mx/doctos/codigo%20de%20etica.pdf) (Consultada el 08 de marzo de 2018).
- Baile, J. (2003). "¿Qué es la imagen corporal?". *Revista de humanidades Cuadernos del Marqués de San Adrián*, pp. 1-17, [https://qinnova.uned.es/archivos\\_publicos/qweb\\_paginas/4469/revista2articulo3.pdf](https://qinnova.uned.es/archivos_publicos/qweb_paginas/4469/revista2articulo3.pdf) (Consultada el 22 de marzo de 2016).
- Bartra, E. (1997). "Estudios de la Mujer. ¿Un paso adelante, dos pasos atrás?". *Revista Política y Cultura*, (21), pp. 201-214, <http://www.redalyc.org/pdf/267/26700911.pdf> (Consultada el 05 de julio de 2018).
- Basurto, S. y Vergara I. (2011), "Estrategias y herramientas de promoción de la salud". En: Martín-Zurro, A. y Jodar, G. (Eds.), *Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes*, España: ELSEVIER, P. 213-232.
- Bautista, E. (2004), "Hans Jonas y la responsabilidad constitutiva: dignidad de la naturaleza y dignidad del ser humano". En: Feito, L., *Bioética: La cuestión de la dignidad*, España: Universidad Pontificia Comillas de Madrid, pp. 149-159.
- Bedregal, X. (2004). *Ética y Feminismo*. (En línea). México: La Correa Feminista, de <http://www.nodo50.org/herstory/textos/etica%20feminista.pdf> (Consultada el 12 de octubre de 2015).
- Bermúdez, C. (2006). "Necesidad de la bioética en la educación superior", en *Acta bioética*, 12(1), pp. 35-40, <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n1/art05.pdf> (Consultada el 12 de octubre de 2015).
- Bermúdez, E., Castañeda, S., Barrios, C., Venegas, S. y Martínez, S. (2010). "Estructuración psíquica en mujeres con múltiples cirugías estéticas". *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 3(7), pp. 2-35, <http://psi.usal.es/rppsm/n72010/acunabermudez.pdf> (Consultada el 06 de julio de 2015).
- Bernard, E. (2010). "Ilícitud de las representaciones degradantes y humillantes del cuerpo femenino en la publicidad". *Revista Icono 14*, 8(3), pp. 186-207, <http://www.icono14.net/ojs/index.php/icono14/article/view/234/111> (Consultada el 22 de marzo de 2016).

- Blazquez, N. (2014), "La investigación en salud y género". En: Corona, T., Medina, M., Ostrosky, P., Sarti, E. y Uribe, P. (Eds.), *La mujer y la salud en México*, México: Intersistemas, pp. 151-166.
- Bosch, E., Ferrer, V. y Alzamora A. (2006). *El laberinto patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres*. España: Anthropos.
- Botello, L. (2008), *Identidad, masculinidad y violencia de género. Un acercamiento a los varones jóvenes mexicanos*, México: Instituto Mexicano de la Juventud.
- Brooker, C. (2010), *Diccionario médico*, México: El Manual Moderno.
- Brussino, S. (2012). "Reflexiones para una bioética implicada en la cultura de los derechos humanos". *Revista Perú Med. Exp Salud Pública* I, 29(4), pp. 561-565, <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n4/a23v29n4.pdf> (Consultada el 12 de octubre de 2015).
- Buck, C. (1996), "Después de Lalonde: La creación de la salud". En: Restrepo, H., *Promoción de la salud: una antología*, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud, pp. 6-14.
- Burin, M. (2006), "Estudios de género, reseña histórica". En: Burin, M. y Meler, I. (Eds.), *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*, Argentina: Paidós, pp. 19-29.
- Bustos, O. (2000), "Impacto y percepción en adolescentes (de ambos sexos) y madres de familia, de los mensajes e imágenes proyectados en telenovelas". En: Bedolla, P., Bustos, O., Flores, F. y García, B. (Eds.), *Estudios de género y feminismo I*. México: Fontamara, pp. 21-54.
- Cabrera, J. (2015), "'Belleza... sólo tiene que pedirla'. Notas sobre publicidad en la cirugía estética y otras tecnologías". En: Rodríguez, V., Muñiz, E. y List, M. (Eds.), *Prácticas corporales en la búsqueda de la belleza*, México: La Cifra, p. 327-352.
- Cacho, L. (2009). "Los glúteos de Ale Guzmán", <http://www.lydiacacho.net>. (Consultada el 05 de diciembre de 2013).
- Camarena, M., Saavedra, M. y Ducloux, D. (2014). "El Género en México: Situación actual", <http://congreso.investiga.fca.unam.mx/docs/xix/docs/13.05.pdf> (Consultada el 02 de mayo de 2017).
- Carmona, L., Rozo, C. y Mogollón, A. (2005). "La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social". *Revista Ciencias de la Salud*, 3(1), pp. 62-77, <http://www.redalyc.org/pdf/562/56230108.pdf> (Consultada el 14 de diciembre de 2018).
- Cedillo, P., García, A. y Sabido, O. (2016), "Afectividad y emociones". En: Moreno, H. y Alcántara, E., *Conceptos clave en los estudios de género*, volumen 1, México: Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México, p. 15-33.
- Centro de Estudios Interdisciplinarios de Género (2018), "Antecedentes", <https://www.uacm.edu.mx/ceig> (Consultada el 05 de julio de 2018).
- Chapela, M. y Contreras, M. (2011), *Pensar en el futuro de México, Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias*, México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Chávez, J. (2004), *Perspectiva de género*, México: Plaza y Valdés.
- Coiffman f. (1986), *Cirugía plástica y estética*, España: Amolca.
- Colimon, K. (1990), *Fundamentos de epidemiología*, Madrid: Díaz de Santos.

- Colomer, C. y Álvarez-Dardet, C. (2000), *Promoción de la salud y cambio social*, España: ELSEVIER.
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (2012), “La Cofepris canceló desde 2010 registros para importar y comercializar implantes mamarios pip”, [https://issuu.com/artekratos/docs/comunicado\\_cofepris](https://issuu.com/artekratos/docs/comunicado_cofepris) (Consultada el 02 de marzo de 2018).
- Canto, J., García, P. y Gómez, L. (2009). “Celos y emociones: Factores de la relación de pareja en la reacción ante la infidelidad”. *Revista de Pensamiento e Investigación Social*, (15), pp. 39-55, <http://www.redalyc.org/pdf/537/53712929003.pdf> (Consultada el 09 de marzo de 2018).
- Czeresnia, D. y Machado, C. (2008), *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*, Argentina: Lugar Editorial.
- Davis, K. (2007), *El cuerpo a la carta*, México: La Cifra.
- Daza, L. (2017), “Cirugía plástica”, <http://drjosedaza.com/tratamientos/contorno-corporal/gluteos.html> (Consultada el 7 de enero de 2017).
- De Beauvoir, S. (2005), *El segundo sexo*, España: Ediciones Cátedra.
- De Dios, D. y Navarro, M. (2004), “El feminismo como movimiento social”. En: Chávez, J., *Perspectiva de género*, México: Plaza y Valdés, pp. 23-55.
- Dee, S. (2009), *Fisiología humana. Un enfoque integrado*, Argentina: Médica Panamericana.
- De Frutos, M. (2016). “Ética en donación de órganos: una alianza rentable”, *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(1-2), pp. 50-56, <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfv21n1-2/original6.pdf> (consultada el 17 de noviembre de 2017).
- De Lora, P., y Gascón, M. (2009), *Bioética: principios, desafíos, debates*, España: Alianza.
- Dieterlen, P. (2014), “Ética”. En: Corona, T., Medina, M., Ostrosky, P., Sarti, E. y Uribe, P. (Eds.), *La mujer y la salud en México*. México: Intersistemas, pp. 167-180.
- Downey, S. (2014), “Braquioplastia con cicatriz en el surco bicipital”. En: Rubin, P., Jewell, M., Richter, D., Uebel, C. (Eds.), *Remodelación corporal y liposucción*. España: ELSEVIER, pp. 19-23.
- Epp, J. (1996), “Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud”. En: Restrepo, H., *Promoción de la salud: una antología*, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud, pp. 25-36.
- Estrada, J. y Sánchez-Alfaro, L. (2011). “Las violencias de género como problema de salud pública: una lectura en clave Bioética”. En: Jaime Escobar. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(1), pp. 37-61, [http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/pdf\\_revistacolbio/revcolbio6\\_1.pdf#page=38](http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/pdf_revistacolbio/revcolbio6_1.pdf#page=38) (Consultada el 14 de junio de 2017).
- Fernández, A. (2018), “Autonomía”. En: Moreno, H. y Alcántara, E., *Conceptos clave en los estudios de género*, volumen 2, México: Centro de Investigaciones y Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 31-45.
- Ferrer, M. (2009), *La estética facial desde el punto de vista del ortodoncista*, España: Ripano.
- Ferreira, M. (2017), “Qué es el protocolo UNAM contra la violencia de género”. Conferencia, Instituto de ingeniería, UNAM. México, 21 de abril de 2017.

- Feito, L. (2010), "Aspectos filosóficos de la relación entre las mujeres y la bioética: hacia una perspectiva global". En: De la Torre, J., *Mujer, mujeres y bioética*. España: Universidad Pontificia Comillas, pp. 19-60.
- Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (2005), "Compilación seleccionada del marco jurídico nacional e internacional de la mujer", <http://www.segobver.gob.mx/genero/docs/Biblioteca/Internacional%20Mujer%203.pdf> (Consultada el 6 de diciembre de 2015).
- \_\_\_\_\_ (2008), "Manual: Convención sobre la eliminación la Eliminación de Todas las formas de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres y su Protocolo Facultativo CEDAW", [http://www.conavim.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/312/1/images/normateca\\_9.pdf](http://www.conavim.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/312/1/images/normateca_9.pdf) (Consultada el 6 de diciembre de 2015).
- Fox, S. (2014), *Fisiología humana*, México: Mc Graw Hill.
- Fuentes, A. (2014), "La belleza cuesta. De los tips a la cirugía estética ¿Cuál es la promesa que se persigue?". En: Muñiz, E., *Prácticas corporales: performatividad y género*, México: La Cifra, p. 112-151.
- Gallardo, F. (2004), "Ética, ética feminista y libertad". En: Bedregal, X., *Ética y feminismo*. México: La Correa Feminista, pp. 24-29.
- García, F. (2003). "Bioética y personas mayores", <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/garcia-bioetica-01.pdf> (Consultada el 19 de diciembre de 2015).
- Gaynor, A. (1998), *Todo lo que usted siempre quiso saber sobre la cirugía estética y nunca se atrevió a preguntar*, España: Gedisa.
- Gaytán, L. y Lara, A. (2009), "Diferentes perspectivas de estudio sobre la corporeidad y sexualidad de las mujeres obesas". En: Peña, E., Hernández, L. y Ortiz, F. (Eds.), *El sujeto sexuado: entre estereotipos y derechos. Memorias de la III Semana Cultural de la Diversidad Sexual*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, pp. 147-161.
- Gispert, J. (2005), *Conceptos de Bioética y responsabilidad médica*, México: El Manual Moderno.
- Gómez, D. (2018, Agosto 26). "Hombres, fans de la estética y el bisturí": *El Universal*. (Consultada el 28 de agosto de 2018), de [www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/hombres-fans-de-la-estetica-y-el-bisturi](http://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/hombres-fans-de-la-estetica-y-el-bisturi)
- Gómez, L. y Rabanaque, H. (2000), "Concepto de salud". En: Colomer, C. y Álvarez-Dardet, C. (Eds.), *Promoción de la salud y cambio social*. España: ELSEVIER, pp. 3-12.
- Gómez, M. (1942), *La cirugía en la guerra*, España: Real Academia Nacional de Medicina.
- González, J. (2007), *Dilemas de bioética*, México: FCE, UNAM y CNDH.
- \_\_\_\_\_ (2008), *Perspectivas de bioética*, México: UNAM, CNDH y FCE.
- Guerrero, L., y León, A. (2008). "Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica". *Revista Fermentum*, 18(53), pp. 610-633, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70517572010> (Consultada el 29 de mayo de 2015).
- Guerrero, M. F. (2009). Experiencia plástica estética. Género y poder: tinturas que colorean los cuerpos modificados quirúrgicamente de seis mujeres mexicanas

- (tesis de maestría). México: Centro de Estudios Sociológicos. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. El colegio de México.
- Güezmes, A. (2014), "Empoderamiento de las mujeres e igualdad de género". En: Corona, T., Medina, M., Ostrosky, P., Sarti, E. y Uribe, P. (Eds.), *La mujer y la salud en México*. México: Intersistemas, pp. 15-28.
- Gutiérrez, G. (2011). "El miedo a decidir", en *Día siete*, núm. 555, México, pp. 26-31.
- Guzmán, A. (2014), "Percepción, imaginación e imaginario: posibilidad de las prácticas corporales". En: Muñiz, E., *Prácticas corporales: performatividad y género*, México: La Cifra, p. 38-63.
- Guzmán, G. y Bolio, M. (2010), *Construyendo la herramienta. Perspectiva de género: cómo portar lentes nuevos*, México: Universidad Iberoamericana.
- Guzmán, L., Angulo, A., García, D., y Gómez, M. (2012), *Introducción a la Promoción de la Salud*, México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Hernández, A. (2007), *La bioética y la mujer*, México: Trillas.
- Hernández, J. (2002), *Bioética general*, México: El Manual Moderno.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010), *Metodología de la investigación* (5° ed.). México: Mc Graw Hill.
- Herrera, M. (2009), "Diferentes perspectivas de estudio sobre la corporeidad y sexualidad de las mujeres obesas". En: Peña, E., Hernández, L. y Ortiz, F. (Eds.), *El sujeto sexuado: entre estereotipos y derechos. Memorias de la III Semana Cultural de la Diversidad Sexual*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, pp. 109-123.
- Hierro, G. (1985), *Ética y feminismo*, México: Diversa.
- \_\_\_\_\_ (2000), "Filosofía y feminismo". En: Bedolla, P., Bustos, O., Flores, F. y García, B. (Eds.), *Estudios de género y feminismo I*. México: Fontamara, pp. 147-158.
- Hospital Juárez del Centro (2010), "La bioética en la cirugía plástica", [http://www.salud.gob.mx/ssa\\_app/noticias/datos/2010-09-07\\_4778.html](http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2010-09-07_4778.html) (Consultada el 9 de octubre de 2015).
- Hottois, G. (2011), *¿Qué es la bioética?*, México: Fontamara.
- Infante, V. (2004), "La masculinidad desde la perspectiva de género". En: Chávez, J., *Perspectiva de género*, México: Plaza y Valdés, pp. 57-82.
- Instituto de Hegoa (2015), "Las mujeres en las conferencias mundiales: de lo local a lo global", [http://publ.hegoa.efaber.net/assets/pdfs/158/guia\\_mujeresc.pdf?1304002262](http://publ.hegoa.efaber.net/assets/pdfs/158/guia_mujeresc.pdf?1304002262) (Consultada el 08 de diciembre de 2015).
- Instituto Politécnico Nacional (2018), "Conócenos", <http://www.genero.ipn.mx/redes/Paginas/Conocenos.aspx> (Consultada el 29 de junio de 2018).
- Jaggar, A. (2014). "Ética feminista". En: Gustavo Millán. *Debate Feminista*, 49(25), pp. 1-398, <http://debatefeminista.cieg.unam.mx/index.php/category/vol-49/> (Consultada el 12 de mayo de 2017).
- Kraus, A. y Cabral, A. (1999), *La bioética*, México: Tercer Milenio.
- Kraus, A. y Pérez R. (2007), *Diccionario incompleto de bioética*, México: Taurus.
- Kickbusch, L. (1996), "Promoción de la salud: una perspectiva mundial". En: Restrepo, H., *Promoción de la salud: una antología*, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud, pp. 15-24.
- Kuthy, J., Villalobos, J., Martínez, O. y Tarasco, M. (2009), *Introducción a la bioética*, México: Méndez Editores.

- Kuthy, J. y De la Escosura, G. (1990), "Panorama bioético en México". En: Organización Panamericana de la Salud, *Bioética: Temas y Perspectivas*. Estados Unidos: Oficina Sanitaria Panamericana, pp. 171-178.
- Lagarde, M. (1990), *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México: UNAM.
- \_\_\_\_\_ (2012), *El feminismo en mi vida: hitos, claves, y topías*, México: INMUJERES.
- Lamas, M. (1995). "La perspectiva de género". *La Tarea, Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE*, (8), pp. 1-10, [https://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero\\_perspectiva.pdf](https://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero_perspectiva.pdf) (Consultada el 01 de febrero de 2015).
- \_\_\_\_\_ (2015), "De Beauvoir: feminista". En: *Simone de Beauvoir... entre nosotras* (En línea). México: Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México, pp. 87-93, <http://cgma.df.gob.mx/work/sites/inmujeres/resources/LocalContent/705/8/libroSimone.pdf> (Consultada el 29 de mayo de 2015).
- \_\_\_\_\_ (2018), "Cuerpo y política". En: Moreno, H. y Alcántara, E., *Conceptos clave en los estudios de género*, volumen 2, México: Centro de Investigaciones y Estudios de Género de la Universidad Nacional Autónoma de México, p. 47-63.
- Lara, M. y De la Fuente, J. (1990), "Sobre el consentimiento informado". En: Organización Panamericana de la Salud, *Bioética: Temas y Perspectivas*. Estados Unidos: Oficina Sanitaria Panamericana, pp. 61-65.
- Lau, A. y Cruz, M. (2005). "La incorporación de los estudios de mujeres y de género a las instituciones de educación superior. El Programa de Especialización-Maestría en Estudios de la Mujer de la UAM-Xochimilco". *Revista de Estudios de Género. La ventana*, 3(21), pp. 228-251, <http://www.redalyc.org/pdf/884/88402108.pdf> (Consultada el 05 de julio de 2018).
- Le Breton, D. (2015), "Belleza femenina al borde de la ficción". En: Díaz, A. y Giménez, F. (Eds.), *Ficciones del cuerpo*, México: La Cifra, p. 11-30.
- Levine, R., Glassman, A., Schneidman, M. (2001), *La salud de la mujer en América Latina y el Caribe*, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Limón, R. (2004), "Factores que determinan el nivel de salud-enfermedad en el mundo actual". En: Perea, R., *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo*. España: Díaz de Santos, pp. 49- 80.
- López, C., Garduño, B., Gómez, M. y Viladevall, M. "Propuesta de modificación al perfil de egreso de la licenciatura en Promoción de la Salud", Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), 2018, manuscrito.
- Luengas, I., Feinholz, D. y Soberón, G. (2007). "Comisión Nacional de Bioética: su entender, su quehacer". *Revista Debate Bioético*, 1(2), pp. 1-64, <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/revistadebate/cnbsuentender.pdf> (Consultada el 18 de julio de 2015).
- Martínez, E. (1998). "Promoción de la Salud". *Investigación y Educación en Enfermería*, XVI(2), pp. 125-134, <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16902/14635> (Consultada el 14 de diciembre de 2018).
- Melgar, L. (2005), "Presentación". En: Artía, P., Neira, F. y Rosas, C. (Eds.), *Género, cultura y sociedad. Serie de investigaciones del PIEM*, México: El Colegio de México, pp. 7-8.

- Milio, N. (1996), "Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud". En: Restrepo, H., *Promoción de la salud: una antología*, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud, pp. 47-59.
- Morales, M. (2009). Los nuevos avances científicos y la bioética. (En línea). España: Cultivalibros, de <https://books.google.com.mx> (Consultada el 30 de noviembre de 2015).
- Muñiz, E. (2011), *La cirugía cosmética: ¿un desafío a la naturaleza? Belleza y perfección como norma*, México: UAM.
- \_\_\_\_\_ (2014). "Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una necesaria mirada feminista", *Revista Sociedade e Estado*, 29 (2), pp. 415-432, <http://www.scielo.br/pdf/se/v29n2/06.pdf> (Consultada el 15 de noviembre de 2017).
- \_\_\_\_\_ (2015), *El cuerpo. Estado de la cuestión*, México: La Cifra.
- \_\_\_\_\_ (2015), "El cuerpo y la salud de las mujeres y los hombres". Ponencia presentada en el *Seminario Permanente de Género y Salud*, Facultad de Medicina, UNAM. México, 9 de junio de 2015.
- \_\_\_\_\_ (2015), "Un juego de ficciones: salud, belleza y perfección". En: Díaz, A. y Giménez, F. (Eds.), *Ficciones del cuerpo*, México: La Cifra, p. 31- 65.
- Navarro, B. (2015), "Alternativas terapéuticas quirúrgicas para la obesidad". En: Balderas, I., *Diabetes, obesidad y síndrome metabólico: Un abordaje multidisciplinario*, México: El Manual Moderno.
- Núñez, G., y Ayala, D. (2012). "Embarazo adolescente en el noroeste de México: entre la tradición y la modernidad". *Culturales*, 8(15), pp. 7-46.
- Núñez, J. y Ortiz, M. (2010), *APA diccionario conciso de psicología*, México: El Manual Moderno.
- Nutbeam, D. (1996), "Glosario de Promoción de la Salud". En: Restrepo, H., *Promoción de la salud: una antología*, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud, p. 383-403.
- \_\_\_\_\_ (1998). "Glosario de Promoción de la Salud", [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1) (Consultada el 14 de diciembre de 2018).
- Organización de las Naciones Unidas (1996), "Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer", <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf> (Consultada el 6 de diciembre de 2015).
- Organización Panamericana de la Salud (1990), *Bioética: Temas y Perspectivas*, Estados Unidos: Oficina Sanitaria Panamericana.
- Ortiz, G. (2014). "Ética feminista, ética femenina y aborto". *Revista Debate Feminista*, 49(25), pp. 1-398, <http://debatefeminista.cieq.unam.mx/index.php/category/vol-49/> (Consultada el 12 de mayo de 2017).
- Padilla, S., Quintero, M., y Velázquez, E. (2012), *Género y salud, visiones multireferenciales*, México: Miguel Ángel Porrúa.
- Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2010), *Desarrollo humano*, México: Mc Graw Hill.
- Perea, R. (2004), *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo*. España: Díaz de Santos.
- \_\_\_\_\_ (2009), *Promoción y educación para la salud. Tendencias innovadoras*, España: Díaz de Santos.

- Pérez, Á. (2016). "Medicina estética". En: *Revista COFEPRIS protección y salud*, 1(3), pp. 17-20, <http://revistacofepris.salud.gob.mx/n/no3/cultura.html> (Consultada el 26 de octubre de 2017).
- Pick, J. (2005), "Cirugía plástica y reconstructiva: "cambio de sexo". En: Gispert, J., *Conceptos de Bioética y responsabilidad médica*. México: El Manual Moderno, pp. 89-99.
- Pineda, E. (2012). "La violencia estética: una nueva forma de violencia contra la mujer", <https://estherpinedag.wordpress.com/2012/11/24/la-violencia-estetica-una-nueva-forma-de-violencia-contra-la-mujer/> (Consultada el 7 de mayo de 2014).
- Pyrrho, M., Cornelli, G. y Garrafa, V. (2009). "Dignidad humana. Reconocimiento y operacionalización del concepto". *Acta Bioética*, 15(1), 65-69, <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v15n1/art08.pdf> (Consultada el 08 de abril de 2017).
- Raber, M. y Dyck, G. (1991), *Control emocional y salud mental*, México: Trillas.
- Ramírez, K. (2013). "México ocupa el segundo lugar en cirugías clandestinas", <http://www.imagen.com.mx/mexico-ocupa-segundo-lugar-cirugias-clandestinas> (Consultada el 12 de octubre de 2015).
- Ramos-Rocha, M. (2012). "La vulnerabilidad humana frente a la cirugía estética. Un análisis bioético". *Revista Médica Institucional Mexicana*, 50(1), pp. 81-86, <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im121p.pdf> (Consultada el 30 de noviembre de 2015).
- Restrepo, H. (1996), *Promoción de la salud: una antología*, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- \_\_\_\_\_ (2001), "Agenda para la acción en Promoción de la Salud". En: Restrepo, H. y Málaga, H., *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*, Colombia: Médica Panamericana., pp.34-55.
- Roa, A. (1995), *Modernidad y posmodernidad*, Chile: Andrés Bello.
- Rostagnol, S. (2006). "Lugares y sentidos del aborto voluntario: un diálogo con la bioética". *Revista Perspectivas bioéticas*, 11(21), pp. 45-60.
- Sáinz, B. (2017), *Nutrición en la cirugía bariátrica*, (2° ed.). México: El Manual Moderno.
- Salgado, V. y Reyes, H. (2014), "Estilos de vida y salud en mujeres". En: Corona, T., Medina, M., Ostrosky, P., Sarti, E. y Uribe, P. (Eds.), *La mujer y la salud en México*, México: Intersistemas, pp. 273-288.
- Sánchez, Á. (2014), *Cuidados pre-quirúrgicos y post-quirúrgicos, Vol. 7 of manuales de enfermería*, España: Autor-Editor.
- Sánchez, C. (2004), "Ética en la investigación clínica: el consentimiento y la información". En: Feito, L., *Bioética: La cuestión de la dignidad*, España: Universidad Pontificia Comillas de Madrid, pp. 123- 147.
- Sánchez-Ocaña, R. (1996), *El libro de la cirugía estética*. España: Alba.
- Sandoval, E. (2006). En diálogo con el propio cuerpo: la experiencia de la transexualidad en sujetos que habitan la Ciudad de México (tesis de maestría). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- Sandoval, J. (2013), "La salud mental en México", <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf> (Consultada el 22 de marzo de 2016).
- San Martín, H. (1983), *Ecología humana y salud. El hombre y su ambiente*, 2a. edición, México: Ediciones científicas.

- Savater, F. (2010). *Historia de la filosofía sin temor ni temblor*, México: Espasa.
- Serrano, D. y Linares, A. (1990), "Principios éticos de la investigación biomédica en seres humanos: Aplicación y limitaciones en América Latina y el Caribe". En: Organización Panamericana de la Salud, *Bioética: Temas y Perspectivas*. Estados Unidos: Oficina Sanitaria Panamericana, pp. 109-118.
- Sherwin, S. (2014). "Feminismo y Bioética". En: Gustavo Millán. *Debate Feminista*, 49(25), pp. 1-398, <http://debatefeminista.cieq.unam.mx/index.php/category/vol-49/> (Consultada el 12 de mayo de 2017).
- Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (2017). "DEMAND FOR COSMETIC SURGERY PROCEDURES AROUND THE WORLD CONTINUES TO SKYROCKET – USA, BRAZIL, JAPAN, ITALY AND MEXICO RANKED IN THE TOP FIVE COUNTRIES", <https://www.isaps.org/wpcontent/uploads/2017/10/GlobalStatistics.PressRelease2016-1.pdf> (Consultada el 15 de agosto de 2018).
- \_\_\_\_\_ (2017). "Lifting frontal", <https://www.isaps.org/es/procedimientos/cirurgia-plastica-facial/lifting-frontal/> (Consultada el 24 de agosto de 2017).
- Soley-Beltran, P. (2014). "Transexualidad y Transgénero: una perspectiva bioética". *Revista de Bioética y Derecho*, (30), pp. 21-39, <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n30/original2.pdf> (Consultada el 14 de junio de 2017).
- Taylor, S., y Bogdan, R. (1996), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México: Paidós.
- Tomás, G. (2001), *Manual de Bioética*, España: Ariel.
- Tornos, M. (2015), "El estadio del espejo: a las órdenes de la imagen estética-ideal del cuerpo-delgado (Freud, Lacan, Recalcati)". En: Rodríguez, V., Muñiz, E. y List, M. (Eds.), *Prácticas corporales en la búsqueda de la belleza*, México: La Cifra, p. 297-326.
- Torras. M. (2015), "El delito del cuerpo. De la evidencia del cuerpo al cuerpo en evidencia". En: Muñiz, E., *El cuerpo. Estado de la cuestión*, México: La Cifra, p. 13-28.
- Torres, A. (2006). "Subjetividad y sujeto: Perspectivas para abordar lo social y lo educativo". *Revista Colombiana de Educación*, (50), pp. 86-103, <http://www.redalyc.org/pdf/4136/413635244005.pdf> (Consultada el 17 de mayo de 2017).
- Tubert, S. (1999), "Construcción cultural de la feminidad". En: Mingote, C., *Salud mental y género. Aspectos sociales diferenciales en la salud de las mujeres*. España: Instituto de la Mujer, pp.65-72.
- \_\_\_\_\_ (2015). "Masculino/Femenino; Maternidad/Paternidad". *En blog Espacios temáticos Psicoanálisis, estudios feministas y género*, <http://www.psicomundo.com/foros/genero/tubert.htm> (Consultada el 29 de mayo de 2015).
- Turabián, J. (1992), *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud*, España: Díaz de Santos.
- Universidad Autónoma de la Ciudad de México (2018), "Acuerdo para la creación de la unidad de género y feminismos de la universidad Autónoma de la Ciudad de México", [https://www.uacm.edu.mx/Portals/0/Docs/2018/u\\_g\\_f\\_uacm\\_OPT.pdf](https://www.uacm.edu.mx/Portals/0/Docs/2018/u_g_f_uacm_OPT.pdf) (Consultada el 4 de diciembre de 2018).

- Universidad del Bosque (2011). Las violencias de género como problema de salud pública: una lectura en clave Bioética. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(1), pp. 5-190, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189219032004> (Consultada el 9 de octubre de 2015).
- Vargas, Z. (2009). "La investigación cualitativa aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica". *Revista Educación*, 33(1), pp. 155-165, <http://www.redalyc.org/pdf/440/44015082010.pdf> (Consultada el 21 de abril de 2017).
- Velázquez, J. (2004), "La fundamentación de la dignidad". En: Feito, L., *Bioética: La cuestión de la dignidad*, España: Universidad Pontificia Comillas de Madrid, pp. 105-113.
- Vergés, C. (2000), "I-Aspectos generales". En: Vergés, C., Allen, C., Salazar, L. y Name, A. (Eds.), *Género, currículum y ciencias de la salud*, Panamá: Universidad de Panamá e Instituto de la Mujer, pp. 11-20.
- Villanueva, P. (2015), "Rejuvenece sin riesgos". *Metro*, enero 13, p. 19.
- Yuste, F. (1988), "Concepto de salud", [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Aldaba-1988-10-5000/concepto\\_salud.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Aldaba-1988-10-5000/concepto_salud.pdf) (Consultada el 29 de mayo de 2015).
- Zarco, A. I. (2009). "Para ser bella, hay que ver estrellas...". *Cuerpo, género y construcción de un Estilo de Vida "Fitness" en un Gimnasio de la Ciudad de México* (tesis de maestría). México: Centro de Estudios Sociológicos. El Colegio de México.

A decorative graphic featuring a light blue banner with a dark blue shadow, tilted diagonally. The banner contains the word 'ANEXOS' in a blue, serif font. Above the banner are two concentric circles: a larger one with a blue center and an orange ring, and a smaller one with the same color scheme. A dashed blue line extends from the top right towards the banner. The background is white with faint blue lines.

# ANEXOS

## Anexo Nº. 1

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estoy realizando un estudio para mi tesis de licenciatura en Promoción de la salud con el propósito de conocer las experiencias, emociones y las opiniones de las mujeres que se han practicado cirugías estéticas, así como lo que significa para ellas la salud, el ser mujer, la belleza y la percepción del cuerpo.

Solicito su participación en la investigación para responder a un cuestionario abierto y ser entrevistada. Se puntualiza que su participación es voluntaria, que es únicamente con el propósito de realizar un estudio con fines académicos, y que se mantendrá el anonimato y la confidencialidad de la información vinculada con su privacidad.

La entrevista será audio-grabada, previa autorización de usted, y transcrita posteriormente, y se eliminará del grabador de voz una vez transcrita. Las respuestas al cuestionario abierto también serán transcritas y analizadas.

La información obtenida a partir de sus respuestas en la investigación será analizada e interpretada según los objetivos del estudio, sin ningún otro fin, más que académico.

En consideración de lo anterior, agradezco su valiosa participación en la investigación para ser entrevistada. Si está de acuerdo en participar, por favor firme en la parte inferior de la hoja. Se le entregará una copia del presente documento.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la entrevistadora, Belén Jiménez Sánchez \_\_\_\_\_

Firma de autorización de la entrevistada \_\_\_\_\_

## Anexo Nº. 2

### CUESTIONARIO DE SELECCIÓN DE LAS INFORMANTES

Instrucciones:

El presente cuestionario tiene la intención de conocer ciertas particularidades sobre la práctica de las cirugías estéticas en mujeres.

Los datos recabados en el instrumento serán tratados bajo anonimato, confidenciales y con fines académicos. De antemano agradezco mucho su valiosa cooperación para llenarlo completamente.

Marque con una "X" la respuesta a cada pregunta en los casilleros como este ( ) y anote en la línea lo que se le pide.

#### A) DATOS PERSONALES

Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de residencia: CDMX ( ) EDOMEX ( )

Ocupación y descripción de la misma:

---

---

---

Estado civil: soltera ( ); casada ( ); separada ( ); divorciada ( ); Otro; \_\_\_\_\_

En caso de tener pareja, ¿cuánto tiempo lleva en la relación? \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos/as?: Sí ( ); No ( )      Número de hijos: ( )      Número de hijas: ( )

Edades de los hijos: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_      Edades de las hijas: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

#### B) DATOS DE LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS

¿Se realizó alguna cirugía estética? Sí ( ); No ( )

¿Cuántas cirugías estéticas se ha realizado hasta el momento? \_\_\_\_\_

¿Cuál o cuáles?:

a) Aumento de senos ( ); Reducción de senos ( )

b) Rinoplastia (nariz) ( )

c) Liposucción (abdomen) ( )

d) Aumento de glúteos ( )

e) Otra(as): \_\_\_\_\_

### C) DATOS SOBRE FRECUENCIA Y TEMPORALIDAD DE LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS

¿Cuál fue la primera cirugía estética realizada? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha aproximadamente? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la segunda cirugía estética realizada? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha aproximadamente? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la tercera cirugía estética realizada? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha aproximadamente? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la cuarta cirugía estética realizada? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha aproximadamente? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la quinta cirugía estética realizada? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha aproximadamente? \_\_\_\_\_

### D) DATOS DEL LUGAR ACUDIDO PARA LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS

¿Dónde acudió a realizarse la/las cirugía/as estética/as?

\_\_\_\_\_

¿Acudió al mismo lugar y con el mismo cirujano plástico para las demás cirugías estéticas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró del lugar? \_\_\_\_\_

¡MUCHAS GRACIAS!

## Anexo Nº. 3

### GUIÓN DE ENTREVISTA

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Estoy recurriendo a usted y a otras mujeres para que colaboren conmigo contestando una serie de preguntas. No se preocupe en pensar si está contestando mal o bien, pues todo lo que me pueda decir acerca de su experiencia sobre la o las cirugías estéticas que se ha realizado es muy importante para mí; siéntase con confianza y libertad de hablarme de lo que usted piense y sienta. Le informo que es un estudio con fines académicos y que se mantendrá la confidencialidad de la información vinculada con su privacidad. Si tiene alguna duda en cualquier momento de la entrevista o no me hago entender en una pregunta, hágamelo saber con confianza para aclarar la duda o repetir y explicar mejor la pregunta. De igual forma, si considera que ya contestó una pregunta que le estoy haciendo, coméntemelo con libertad. La entrevista no durará más dos horas a menos que usted quiera hablar más tiempo sobre alguna pregunta o aspecto.

#### A) SIGNIFICADO DE SALUD

- 1.- ¿Para usted qué es la salud?
- 2.- ¿Cómo considera que es su salud en este momento?, ¿por qué?
- 3.- ¿Qué hace usualmente para conservar la salud?
- 4.- ¿Belleza física es igual a salud?, ¿por qué?, ¿qué relación hay entre belleza física y salud?

#### B) MOTIVOS PARA LA PRÁCTICA DE LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS

- 5.- ¿Qué le motivó o llevó a realizarse la/las cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética)?
- 6.- ¿Alguna persona la motivó o llevó a realizarse la/las cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?, ¿quién?
- 7.- ¿Recurrió a otras opciones antes de la/las cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?, ¿por qué?, ¿cuáles?
- 8.- ¿Comentó con alguien su decisión u opinión antes de realizarse la/las cirugía/as estética/s?, ¿cómo lo tomó esa(as) persona(s)?, ¿qué pensó usted?

## C) SIGNIFICADOS DE SER MUJER, DE BELLEZA Y PERCEPCIÓN DEL CUERPO

### C.1 Significado de ser mujer

- 9.- Para usted ¿qué es ser mujer?
- 10.- ¿Cómo le gusta ser físicamente?, ¿por qué?
- 11.- Para usted ¿cómo debe ser una mujer físicamente?, ¿por qué?
- 12.- ¿Hay alguna modelo, cantante o celebridad a quién le gustaría parecerse físicamente?, ¿por qué?, ¿cómo es físicamente?

### C.2 Significado de belleza

- 13.- Para usted ¿qué hace a una mujer con belleza física?
- 14.- ¿Usted se siente bella?, ¿por qué?
- 15.- Para usted ¿es importante que una mujer sea bella físicamente?, ¿por qué?
- 16.- ¿Para qué una mujer necesita tener belleza física?, ¿qué pasa si una mujer no tiene belleza física?
- 17.- Para usted ¿en qué consiste la belleza interior de una mujer?
- 18.- Para usted ¿en qué consiste la belleza física en una mujer?
- 19.- ¿Qué diferencia existe entre ser bella físicamente y ser buena persona?
- 20.- Para usted ¿cuál belleza (interior o exterior) es más importante? ¿Por qué?

### C.3 Percepción del cuerpo

- 21.- ¿Qué percepción tenía de su cuerpo antes de realizarse la/las cirugía/as estética/s?
- 22.- ¿La percepción que tiene en este momento sobre su cuerpo es la misma que tenía antes de realizarse la/as cirugía/as estética/s?, ¿por qué?
- 23.- ¿Hay alguna parte de su cuerpo que en este momento le gustaría cambiar a través de una cirugía estética?, ¿cuál?, ¿por qué?
- 24.- ¿Le gusta que admiren su cuerpo?, ¿quiénes?, ¿por qué?, ¿cómo se siente cuando admiran su cuerpo?

#### D) EXPERIENCIA PRE Y POST A LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS

25.- ¿Qué esperaba de la/las cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?, ¿se cumplió?, ¿por qué?

26.- ¿Cómo se sintió (emocionalmente) después de la/las cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?, ¿por qué?

27.- En el aspecto amoroso, ¿cómo cambió su vida después de realizarse la/las cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?

28.- En el aspecto laboral, ¿cómo cambió su vida después de realizarse la/las cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?

29.- En el aspecto familiar, ¿cómo cambió su vida después de realizarse la/las cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?

30.- En el aspecto social, ¿Cómo cambió su vida después de realizarse la/las cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?

31.- En el aspecto académico, ¿Cómo cambió su vida después de realizarse la/las cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?

#### E) IMPACTO DE LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS EN LA SALUD FÍSICA Y PSICOLÓGICA

32.- ¿Cuál fue su opinión respecto a los resultados de la/las cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?

33.- ¿Qué malestares físicos (dolor, hinchazón, adormecimiento, pérdida de sensibilidad, infección, hemorragias) tuvo en su cuerpo después (días, meses y años) de la cirugía estética (evaluar cada cirugía estética realizada)?

34.- ¿Tuvo alguna enfermedad después (días, meses y años) de la cirugía estética (evaluar cada cirugía estética realizada)?

35.- ¿Presentó alguna disfunción (alteración) física en su cuerpo después (días, meses y años) de la cirugía estética (evaluar cada cirugía estética realizada)?

36.- ¿Qué sentimientos (emociones o impresiones) le produjeron los resultados después (días, meses y años) de la cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?

37.- ¿Cómo reaccionó ante los resultados después (días, meses y años) de la cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?

38.- ¿Qué placeres o satisfacciones experimento después (días, meses y años) de la cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?

39.- ¿Qué preocupaciones tuvo después (días, meses y años) de la cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?

40.- En el aspecto amoroso, ¿cómo se relacionó (conflictividad, cercanía, confianza) después (días, meses y años) de la cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?

41.- En el aspecto laboral, ¿cómo se relacionó después (días, meses y años) de la cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?

42.- En el aspecto familiar, ¿cómo se relacionó (conflictividad, cercanía) después (días, meses y años) de la cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?

43.- En el aspecto social, ¿cómo se relacionó después (días, meses y años) de la cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?

44.- En el aspecto académico, ¿cómo se relacionó después (días, meses y años) de la cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?

#### F) IMPLICACIONES ÉTICAS Y MORALES DE LAS CIRUGÍAS ESTÉTICAS

45.- ¿Qué opinión en general tiene respecto a las cirugías estéticas?

46.- ¿Qué piensa de la/as cirugía/as estética/s que se realizó (evaluar cada cirugía estética realizada)?

47.- ¿Ha pensado en realizarse otra cirugía estética?, ¿cuál?, ¿por qué?

48.- ¿Para qué realizarse una cirugía estética?

49.- Para usted ¿todas las mujeres deberían hacerse una cirugía estética?, ¿cuáles?, ¿por qué?

50.- ¿Quiénes deben realizarse una cirugía estética?, ¿por qué?

51.- ¿Cree que las cirugías estéticas cambian la personalidad en las mujeres?, ¿de qué manera?

52.- ¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo sobre la idea de que las mujeres se realizan cirugías estéticas para sentirse bien consigo mismas?

53.- ¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo sobre la idea de qué las mujeres se realizan cirugías estéticas para ser aceptadas por los demás (pareja, amigos y sociedad?, ¿por qué?

54.- ¿Considera que las mujeres al realizarse cirugías estéticas van en contra de la naturaleza humana del cuerpo?, ¿por qué?

55.- ¿Qué opiniones ha escuchado en contra de las cirugías estéticas? (¿A qué se deberá que haya posturas en contra de las cirugías estéticas?), ¿qué piensa usted de esas opiniones?

56.- ¿Qué opiniones ha escuchado a favor de las cirugías estéticas? (¿A qué se deberá que haya posturas a favor de las cirugías estéticas?), ¿qué piensa usted de esas opiniones?

57.- ¿Qué opina de las mujeres que están en contra de las cirugías estéticas?

58.- ¿A usted le gusta que las personas sepan que se realizó la/las cirugía/as estética/s (evaluar cada cirugía estética realizada)?, ¿por qué?

59.- ¿Se realizó la/las cirugía/as estética/s por salud o por belleza?, ¿por qué?

60.- Usted cree ¿qué las personas que se realizan cirugías estéticas ponen en riesgo su salud?, ¿por qué?

61.- ¿Qué piensa de las mujeres que se obsesionan con las cirugías estéticas?

62.- Actualmente, con las cirugías estéticas ¿qué se puede conseguir?, ¿qué no se puede conseguir?

#### G) OPINIÓN SOBRE EL SERVICIO REALIZADO Y DEL LUGAR

63.- ¿Cómo se sintió con el servicio brindado por el/la cirujano/a plástico/a?

64.- ¿Qué le pareció en general el lugar al que acudió?

65.- ¿Qué información le dieron al inicio de la cirugía estética?

66.- ¿Qué información le dieron al final de la cirugía estética?

67.- ¿Cuál fue el costo de la/las cirugía/as estética/s?, ¿qué piensa en general del precio?

68.- En relación a los resultados obtenidos de la/las cirugía/as estética/s ¿qué le pareció el costo?

69.- ¿Hay algo que le gustaría agregar?

## Anexo N°. 4

### Glosario de términos

*Aumento de glúteos con grasa:* procedimiento que utiliza la propia grasa de la persona, extraída de otras zonas del cuerpo, para rellenar la parte de los glúteos. La técnica está sujeta a la cantidad y calidad de grasa que se pueden obtener del paciente, ofrece resultados “naturales”, modifica el tamaño y el aspecto de la zona de los glúteos. Se realiza en personas que tengan suficiente cantidad de tejido graso. La inyección de grasa permite al cirujano colocar la cantidad de grasa que sea necesaria, por lo que esta técnica no tiene problemas de “asimetrías” o de rechazo (Daza, 2017).

*Braquioplastia o cirugía braquial:* técnica quirúrgica que extirpa toda la piel flácida de los brazos en pacientes con pérdida masiva de peso. En los pacientes que pierden mucha grasa de los brazos, la piel laxa les ocasiona problemas, plegándose dentro de la ropa. Antes de la cirugía se debe eliminar adecuadamente la grasa del brazo. Es probable que resulten cicatrices visibles (Downey, 2014).

*La pexia mamaria (levantamiento de busto):* Cirugía orientada a modificar la posición y aspecto general de las mamas, se enfoca en la reconstrucción de los senos. Se lleva a cabo en mujeres cuyas mamas se encuentran, por efecto de la gravedad, edad, sobrepeso, etc., en una posición de decaimiento o “asimétricas”. Se puede combinar con la mamoplastia de aumento (se colocan implantes mamarios). Hay diversas técnicas dependiendo del grado de caída del busto. Cabe mencionar que la técnica utilizada puede perjudicar la lactancia (AMCPEP, 2016).

*Lifting o estiramiento facial:* procedimiento quirúrgico para trabajar los signos visibles de “envejecimiento” del rostro y el cuello. La piel, la grasa y los músculos faciales, que se encuentran fijados a los huesos de la cara a través de ligamentos,

tienden a descender por efecto de la gravedad y disminución del tono de los mismos. El *lifting* facial no puede detener el proceso de “envejecimiento”, pero puede ocuparse de los signos más visibles del mismo, mediante el tensado de las estructuras más profundas, la readaptación de la piel en el rostro y el cuello, y la extirpación de áreas seleccionadas de grasa. Puede realizarse aisladamente o en conjunto con otros procedimientos, como *lifting* de cejas, liposucción, cirugía de párpados o rinoplastia. Esta técnica es personalizada para cada paciente (Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética, 2017).

*Lipectomía*: cirugía utilizada para corregir la flacidez abdominal que no desaparece con dieta balanceada ni ejercicio. Las zonas donde es más visible el decaimiento de la piel son el área abdominal, brazos, muslos, mama, cuello y región dorsal debido a una pérdida enorme de peso y por “envejecimiento”. La eliminación de peso de manera acelerada después de una intervención bariátrica<sup>80</sup> por obesidad mórbida, es la que origina mayor flacidez de la piel. En el abdomen se forman pliegues de piel y grasa que llegan a cubrir genitales y muslos. Esto ocasiona humedad en la dermis, prurito, rozaduras, infecciones y, en algunos casos, dificultad para caminar. El procedimiento consiste en reseca una parte de piel y tejido adiposo. Existe el riesgo de lesionar terminaciones nerviosas y dejar una zona anestésica cuando se realiza en los brazos (Navarro, 2015).

*Lipoinyección de grasa (aumento de glúteos)*: procedimiento empleado para aumentar el volumen de los glúteos mediante la inyección de la propia grasa extraída de otras partes del cuerpo (AMCPEP, 2016).

*Liposucción y lipoescultura*: técnica quirúrgica utilizada para eliminar depósitos de grasa considerados “antiestéticos” mediante un aparato de aspiración en

---

<sup>80</sup> “Cirugía bariátrica. Conjunto de procedimientos quirúrgicos usados para tratar la *obesidad*, con los que se busca disminuir el peso corporal y una alternativa al tratamiento con otros medios no quirúrgicos” (Sáinz, 2017: 3). Estos últimos medios se refieren a recomendaciones nutricionales, como: un plan de alimentos bajos en calorías, sin grasa saturada ni azúcares, alta en fibra, evitar elevado consumo de alcohol, entre otros, así como acompañamiento psicológico, por lo que requiere un trabajo multidisciplinario.

determinadas áreas del cuerpo, incluyendo cara y cuello, brazos, tronco, abdomen, nalgas, caderas, muslos, rodillas, pantorrillas y tobillos. En México está prohibida la aspiración de más de 4 litros de grasa a través de este procedimiento (Navarro, 2015). La liposucción no es una solución contra la obesidad, sino un método para eliminar depósitos de tejido graso que no responden a la dieta o el ejercicio (*Ídem*).

*Mamoplastia de aumento*: procedimiento quirúrgico orientado a elevar los pechos a través de la colocación de implantes (prótesis de silicona) mamarios. Los implantes rellenos de silicón cohesivo han demostrado más seguridad, resistencia y durabilidad, así como resultados más “naturales” en las mamas que implantes rellenos de solución salina (agua). El cirujano plástico seleccionará el implante mamario más acorde para cada paciente dependiendo de diversos factores: el tamaño y la forma deseada, la estatura y complejión física, la edad, etc. El método de implantación y la posición de la prótesis dependerán de las preferencias y anatomía de la paciente, y la recomendación del cirujano. No existe ninguna relación entre los implantes mamarios y el cáncer de mama, no obstante, no impide que las mujeres deban realizarse la autoexploración mensual, llevar a cabo mamografías en los intervalos de edad apropiados de acuerdo con los antecedentes personales. También, el procedimiento no altera la lactancia (*Ídem*).

*Otoplastia*: intervención que modifica los pabellones auriculares (orejas) cuando presentan alteraciones estructurales por nacimiento o adquiridas. La intervención dura dos horas. El procedimiento puede llevarse a cabo bajo anestesia local y sedación o bajo anestesia general, ambas de forma ambulatoria. Las incisiones se efectúan en el pliegue posterior de la oreja y al finalizar la cicatrización son imperceptibles los cortes. Al término de la cirugía es necesario utilizar una prenda compresiva especial alrededor de dos semanas para mantener las orejas en una posición adecuada durante la fase de cicatrización. El o la paciente puede regresar a sus actividades habituales en alrededor de tres a cinco días (*Ídem*).

*Rinoplastia*: operación utilizada para producir cambios en el aspecto, estructura y función de la nariz. La rinoplastia puede reducir o aumentar el tamaño de la nariz, cambiar la forma de la punta, regularizar el dorso, cambiar el ángulo entre la nariz y el labio superior. También, se utiliza por lesiones nasales y algunos problemas respiratorios. No existe un tipo general de rinoplastia que cubra las necesidades de todos o todas las pacientes. La cirugía de nariz se diseña para cada paciente, dependiendo de sus motivos. Al finalizar el procedimiento se coloca un vendaje de cinta adhesiva (micropore) y una férula rígida (plástico termoformado). Dependiendo de la técnica utilizada puede requerirse o no la colocación de tapones dentro de la nariz, los cuales se retiran después de algunos días (*Ídem*).

*Vaginoplastia*: procedimiento utilizado para reconstruir y dar contención a los músculos posteriores vaginales, y eliminar los tejidos innecesarios para dar estrechez al diámetro de la vagina. Por tanto, el canal vaginal se vuelve más tenso en la fricción durante las relaciones sexuales. El propósito de esta intervención quirúrgica es que las pacientes tengan una mayor “satisfacción sexual” y que favorezca su relación de pareja (Muñiz, 2011).