



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA COMUNITARIA

**ESTUDIO CUALITATIVO DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE UN
GRUPO DE MUJERES POST - OPERADAS DE CIRUGÍA ESTÉTICA DE
MAMAS**

Trabajo especial de grado presentado por:

Sandra URIBE ESCALANTE

**como un requisito parcial para obtener el título de
Especialista en Psicología Clínica Comunitaria**

**Profesor Guía:
Juan Carlos ROMERO**

Caracas, Septiembre 2008

*Your fallen tears have called to me so here comes my sweet remedy.
I know what every princess needs for her to live life, happily.
With just a wave of my magic wand your troubles will soon be gone
With a flick of the wrist in just a flash, you'll land a prince with a ton of cash,
A high priced dress made by mice, no less!
Some crystal glass pumps and no more stress!
Worries will vanish your soul will cleanse
Confide in your very own furniture friends
we'll help you start a new fashion trend!
I'll make you fancy I'll make you great!
The kind of gal the prince would date
They'll write your name on the bathroom wall!
"For a happy ever after, give Fiona a call!"*

*Jennifer Saunders
(Fairy Godmother – Shrek 2 Soundtrack)*

*Sí, ya lo sé. No tenéis ni la menor
idea de lo que digo. La belleza ha
desaparecido hace tiempo. Se ha
deslizado bajo la superficie del ruido,
el ruido de las palabras, el auge de
los estereotipos, hundida en las
profundidades como la Atlántida. Lo
único que queda de ella es la palabra,
cuyo significado pierde claridad de
un año para otro.*

Milan Kundera

*A mi mamá, quien me enseñó el camino de la feminidad
y a mi papá, quien nos ha acompañado maravillosamente
en este descubrimiento.*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a las doce mujeres que gentilmente asistieron, colaboraron, compartieron y disfrutaron de la *lolatertulia*. Su entusiasmo y su disposición fueron fundamentales para motivarme a continuar trabajando.

Agradezco al profesor guía de esta investigación, Juan Carlos Romero, por aceptar formar parte de mi proyecto. Sus observaciones agudas, su interés por la psicología clínica y su paciencia, fueron muy importantes para realización de este trabajo y me motivan a seguir creciendo en mi vocación. Gracias por escucharme y por seguir enseñándome.

También quiero agradecer a Pedro Rodríguez, profesor y compañero, por dedicarle espacio a mis dudas y papeles, por ayudarme a aclarar mis ideas y porque siempre lo hiciste con mucha disposición y cariño. Quiero agradecer a Claudia Correia no sólo porque me acompañó como observadora en los grupos focales sino porque además siempre estuvo pendiente de cómo iba con mi trabajo y me animó con mucho cariño.

Quiero hacer un agradecimiento especial a mi grupo de promoción del postgrado: Johana, Marlene, Andrés, Aknatón, Celia y Zoraida (y Carmen ¡prestada!). Esos dos años fueron maravillosos en vivencias, aprendizajes, risas y confidencias. Este trabajo concluye una de las etapas más lindas de mi vida. Nunca lo olvidaré. Los quiero mucho.

Ahora quiero agradecer a quienes tal vez sin saberlo, me ayudaron a realizar esta investigación por muchos motivos: John, Nelmar, Ange, Rafa (mis Lupitos), Milena, Zuleyma, Susana, Ana Gabriela, Silvana Dakduk, Claudia Issa, MAC, Keyla, Jorge. ¡Gracias! Todos son muy especiales para mí.

Quiero agradecer a mis padres porque siempre han estado ahí brindándome amor, ternura, además de darme el ejemplo de la perseverancia, esfuerzo y lucha. ¡Muak!

Por último, quiero agradecer a Deny Gómez, mi futuro esposito, mi Vidita, porque me has acompañado en todo el proceso y me has ayudado en TODO. Desde la búsqueda de artículos, la búsqueda de participantes, tus ideas, tu interés, tu paciencia, tus palabras, tu comprensión, ¡todo mi vida! No imaginas cuánto te agradezco tantas cosas hermosas. Gracias por este año incomparable ¡Te amo! y ¡Ahora sí! A dedicarle tiempo a nuestro gran día...

ÍNDICE DE CONTENIDO

Agradecimientos	iv
Índice de Contenido	vi
Índice de Tablas.....	viii
Resumen	ix
Introducción.....	10
Capítulo I - Historia y Significado de los Pechos	13
Capítulo II – Procedimientos para el Aumento de Mamas dentro de un Marco	
Histórico	27
Sobre los implantes de silicona	32
Capítulo III - Perspectivas Teóricas y Hallazgos Empíricos en Psicología sobre	
Imagen Corporal, Cirugía Estética y Bienestar Psicológico	36
Capítulo IV - Metodología	49
Sobre la Investigación Cualitativa.....	49
Problema de Investigación.....	50
Objetivos de la Investigación	51
Tipo de Investigación	52
Técnica de Recolección de datos.....	52
Unidades de Análisis	54
Estrategia de Análisis	55
Procedimiento	56
Capítulo V - Análisis y Discusión de Resultados.....	59
Descripción de los temas generales y subtemas inferidos	61
1.- Proceso de toma de decisiones previas a la intervención	
quirúrgica.....	61
1.1 Las motivaciones para operarse son variadas	61
1.2 La importancia de la figura materna a lo largo del proceso	64
1.3 “(...) Si lo pensaba mucho no me operaba”.....	66
1.4 Cambiando de la proporcionalidad a lo llamativo	71
2.- Expectativas y presencia de cambios psicológicos y/o	
conductuales luego de la cirugía	75

2.1 Las perspectivas de cambio psicológico y de obtención de una pareja luego de la operación	76
2.2 Dificultad para registrar cambios psicológicos	77
3.- El ajuste físico y psicológico a la nueva imagen.....	82
3.1 Mamas como objetos	82
3.2 Consecuencias físicas indeseables y difíciles de admitir	86
4.- El fenómeno social de la cirugía de mamas.....	91
4.1 Una operación al alcance de todos	92
Capítulo VI - Conclusiones.....	95
Capítulo VII - Limitaciones y Recomendaciones.....	101
Capítulo VIII - Referencias Bibliográficas	103
Anexos	109

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de la Muestra	59
--	----

RESUMEN

El presente trabajo consistió en el estudio exploratorio y descriptivo de la experiencia subjetiva de un grupo de mujeres post operadas de cirugía estética de mamas. Desde una aproximación cualitativa se plantearon los siguientes objetivos: explorar el proceso de toma de decisión de someterse a la intervención quirúrgica de mamas, explorar las expectativas de cambio psicológico luego de la intervención quirúrgica, comprender el proceso de ajuste psicológico posterior a la intervención y, por último, comprender el significado de la cirugía estética de mamas como un fenómeno social en nuestro contexto y tiempo.

Se llevaron a cabo dos grupos focales conformados por un total de doce mujeres con edades comprendidas entre 18 y 31 años, quienes habían vivido la experiencia de haberse sometido a una mamoplastia de aumento. Se utilizó la técnica de análisis de contenido temático a partir de la cual se infirieron nueve subtemas agrupados en cuatro indicadores generales.

Algunos de los hallazgos más destacados son: la dificultad para registrar cambios psicológicos luego de la cirugía, la exacerbación de aspectos narcisistas, la objetificación del cuerpo, la preferencia por prótesis de mayor tamaño, la omisión de aspectos sexuales, las contradicciones de las participantes cuando intentan hacer una mirada retrospectiva de la experiencia vivida, las variadas consecuencias físicas indeseables y la normalización de la cirugía estética.

La presente investigación arroja conocimientos importantes sobre la vivencia subjetiva femenina a lo largo de la experiencia pre y post operatoria de la cirugía estética de mamas. Su valor heurístico radica en la formulación de nuevos cuestionamientos que sientan las bases para futuras investigaciones y en lograr una mayor sensibilización dentro de la población acerca de las dimensiones psicológicas de este tipo de intervenciones quirúrgicas.

INTRODUCCIÓN

La imagen ha tomado un lugar preponderante en la construcción de nuestra cultura y, por supuesto, en la construcción de nuestra identidad. Los medios de comunicación confirman este hecho al promover los ideales de belleza que se enaltecen hoy día y si observamos a nuestro alrededor encontraremos una proliferación de centros de belleza, métodos para adelgazar y demás cultos a la imagen que impulsan a la población a centrar su atención en la apariencia y en buscar múltiples formas de lucir *hermosos*.

Un ejemplo contundente de este fenómeno es la normalización de métodos definitivos como la cirugía estética. Este último hecho es especialmente notorio en nuestro país si se observan los datos que ofrece la Sociedad Venezolana de Cirugía Estética, la cual indica que el año pasado los venezolanos se sometieron a la cifra histórica de 30.000 intervenciones quirúrgicas para mejorar su apariencia (Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, 2007).

Desde la Psicología, se ha encontrado que la preocupación por la imagen corporal es una constante que se mantiene a lo largo de la vida (Rodríguez y Cruz, 2006) lo cual permite entender la gran aceptación y empleo de estos procedimientos. Sin embargo, esto no es suficiente y muchos autores han colaborado en lograr una mayor comprensión acerca de este tema incluso desde su experiencia personal.

Ahora bien, una de las operaciones de mayor demanda es el aumento de mamas (Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, 2007), y llama la atención que esto sea así independientemente de la talla de brassier que las jóvenes tengan antes de la operación. El prototipo de la mujer delgada con senos grandes se repite en múltiples contextos y Venezuela es un ejemplo de ello. En el país, los bancos ofrecen créditos, las empresas rifan este tipo de cirugías y su ocurrencia es tan frecuente que muchos hombres no diferencian entre *naturales* y de *silicona* e incluso algunos las prefieren *retocadas*.

Considerando lo anterior, es menester que la Psicología Clínica, se adentre y explore este fenómeno, y contribuya a problematizar cómo se ha normalizado en nuestra sociedad el valor supremo otorgado a nuestro reflejo en el espejo, en desmedro de una mirada que contribuya a nuestro proceso de individuación. Es decir, ¿De qué se trata esta carta de presentación? Una aproximación cualitativa a la experiencia de un grupo de mujeres sometidas a por los menos una cirugía estética de aumento de mamas, permitirá comprender el significado individual de este fenómeno social cuyo aumento es notable día a día en nuestro país, y que ya no está restringido a quienes trabajan en los medios de comunicación o a aquellas personas que padecen algún trastorno psicológico asociado al cuerpo.

Los riesgos físicos y psíquicos asociados a las cirugías estéticas siempre están presentes (Blum, 2005; Rowsell, Norris, Ryan y Weenink, 2000) y una aproximación cualitativa desde la mirada de la psicología clínica, permitirá recoger esta vivencia, identificar los temas más importantes desde la subjetividad de cada participante y profundizar en la asignación de determinados valores y creencias personales al fenómeno de la cirugía estética.

Adentrarse al estudio de las cirugías estéticas, conduce a los investigadores a toparse con diversas posturas muy difíciles de integrar. Por un lado, encontramos la construcción teórica feminista que apunta al rechazo de estos procedimientos que a su entender, sólo responden a los estándares de belleza creados por los hombres (Negrín, 2002). Posturas feministas más modernas, encuentran en las cirugías estéticas una forma de tomar el control de nuestros cuerpos y de no someternos a la sociedad patriarcal (Hollyday y Sánchez (2006). Desde la Psicología Clínica, muchos autores han reportado los beneficios psicológicos de dichas intervenciones quirúrgicas (Thorpe, Ahmed y Steer, 2004); Figueroa-Hass, 2007) mientras que desde la Sociología, el aumento en la frecuencia de tales procedimientos se atribuye al movimiento de la postmodernidad y al dominio del capitalismo (Blum, 2005).

Si bien todas estas miradas son muy valiosas, no es el objetivo de este trabajo el asumir una u otra, sino tratar de recoger la experiencia de un grupo de

mujeres permitiendo así una comprensión más personal de este fenómeno de nuestros tiempos. De manera que a lo largo del desarrollo teórico el lector encontrará diversos aportes para enmarcar dicho fenómeno.

Así, en el primer capítulo me adentraré en un recorrido histórico del significado de los pechos femeninos, procurando contextualizar y mostrar a los lectores las diversas manifestaciones de importancia sobre las mamas en diversos lugares geográficos y en la psique humana. En el segundo capítulo, explicaré los desarrollos tecnológicos que se han producido en cuanto al aumento de mamas. Y en el tercer capítulo, explicaré las perspectivas teóricas y hallazgos empíricos desde la Psicología que ampliarán nuestros conocimientos acerca del abordaje que se ha brindado a esta temática.

Posteriormente se desarrollarán los apartados que describen la metodología utilizada y el análisis y discusión de los contenidos recogidos. Finalmente, se expondrán las conclusiones y las limitaciones y sugerencias con la intención de promover el interés en esta línea de estudio y lograr darle continuidad a esta investigación exploratoria.

CAPÍTULO I - HISTORIA Y SIGNIFICADO DE LOS PECHOS

La importancia de los pechos ha sido evocada desde las culturas más antiguas y diversas no sólo a través de los testimonios, sino de múltiples manifestaciones artísticas (pintura, escultura, literatura) y estudios desde diversas disciplinas. Es así como esta parte del cuerpo, lejos de constituir un aspecto de nuestro ámbito privado, se torna irremediabilmente en un aspecto público, ampliamente privilegiado y protagonista de variados significados tanto en hombres como en mujeres.

Tal como nos recuerda Yalom (1997) en nuestra cultura occidental los pechos son ornamentos sexuales, es decir, tienen primordialmente un significado erótico, mientras que en la cultura oriental veneran otras partes del cuerpo que para nosotros los occidentales, no guardan estrictamente ese carácter erótico. Por ejemplo, los pies pequeños son admirados en China, así como la parte posterior del cuello es atractiva para los japoneses y las caderas prominentes en las islas del Caribe y África.

En vista del valor que nuestra cultura le atribuye a esta parte del cuerpo, el siguiente recorrido histórico se enfoca principalmente en los distintos significados atribuidos a los pechos desde este lado del mundo. A sabiendas de la influencia multicultural de la visión occidental, se describirán los múltiples significados que le han atribuido a los pechos a lo largo del tiempo y la manera en que las mujeres han respondido en estos momentos históricos.

En el Paleolítico, las mamas representaban la vida o la muerte ya que la leche materna no tenía sustitución. No fue sino hasta finales del siglo XIX que la leche animal se hizo segura para ser consumida por los recién nacidos por lo que el ser o no amantado, establecía la diferencia entre vivir o morir (Yalom, 1997). Los pechos evocaban feminidad, y eran realzados en las esculturas femeninas realizadas en piedra y hueso. Una de las más conocidas es la Venus de Willendorf, la cual destaca por sus rasgos sexuales femeninos acentuados,

particularmente los pechos (Fullola, 1985; cp. Oiz, 2005). Algunas estatuillas halladas en excavaciones realizadas en México, pertenecientes a la época precolombina, también manifiestan el realce de los pechos (Porter, 1969; cp. Oiz, 2005) lo cual remarca el lugar privilegiado que estos guardaban en diferentes culturas.

Otra concepción de los pechos en referencia al poder que se le atribuían por su función nutritiva, era la abundancia. Para los faraones, la Diosa egipcia Isis concedía la inmortalidad a quien se nutriera de sus mamas y las madres egipcias invocaban a través de oraciones a Isis para proteger a sus hijos (Oiz, 2005; Yalom, 1997). También se ha encontrado que las mamas eran importantes para deidades masculinas de ese periodo, como el Dios del Nilo, llamado Hapi, el cual constituye la más extraña representación egipcia de unos pechos, puesto que se trataba de una figura masculina cuyas mamas lucían yuxtapuestas. Se dice que los pechos le fueron colocados como señal de fertilidad ya que este Dios era el responsable de la crecida del Rio Nilo y, por consiguiente, del riego de las tierras y las buenas cosechas (Yalom, 1997). Aunque parezca inusual, esta no sería la única vez que los hombres tratarían de apropiarse de los pechos femeninos, esto se repetiría en Grecia y en la religión Católica.

En las representaciones artísticas de las mujeres de la época siempre eran evidentes las mamas aunque estas variaran en tamaño, forma e incluso en número. Algunas imágenes mostraban a las mujeres cubriendo sus pechos con ropa y otras con los pechos al descubierto, lo cual no permite precisar si en verdad se cubrían o no. Algunos han interpretado que dejaban sus pechos al descubierto sólo en festividades religiosas, mientras que otros opinan que sí llevaban los pechos descubiertos en todo momento (Yalom, 1997).

Esta autora considera que la representación más impresionante de veneración a las mamas es la estatua de la Diosa Artemisa de Ephesus, la cual tiene múltiples bultos en la zona del torso; ello ha sido interpretado de muchas maneras. Algunos historiadores señalan que se trata de adornos, otros indican huevos y hay quienes dicen que representa la anomalía física de algunas mujeres

que poseen varios pezones o bultos parecidos a las mamas. Lo cierto es que a lo largo de la historia muchos artistas han coincidido en la connotación de abundancia que dicha imagen encierra.

Según Yalom (1997) esta simbología nutritiva se mantuvo y se profundizó más allá en la tradición judeo - cristiana, durante la cual los pechos representaban *la nutrición espiritual de las almas*. Las mujeres eran esculpidas y pintadas con cuerpos voluptuosos y prominentes mamas, y eran consideradas como una bendición o una señal de salud en tiempos de plaga.

La misma autora señala que en la tradición griega, se vinculaban los pechos con poderes especiales que eran esenciales para el carácter femenino. Un ejemplo de esto es la diosa Athena, símbolo de la sabiduría y quien es típicamente representada con ropa que cubre todo su cuerpo. En contraste, está la diosa Afrodita, símbolo del amor, la cual porta su cuerpo desnudo y pequeños pechos, señalando juventud y fertilidad.

Es importante recordar el mito griego de *Las Amazonas* quienes vivían, según reza la leyenda, en una región llamada Cappadocia en Asia Menor. Se trataba de una nación solamente de mujeres, descendientes del Dios Ares y eran creyentes en la Diosa de la caza, Artemis. Esta era una sociedad gobernada por una reina y en donde las mujeres una vez al año dormían con algún extranjero para perpetuar su raza. Si producto de esta unión nacía un niño, este era expulsado o convertido en esclavo, si nacía una niña, esta era criada como guerrera.

Una de las características especiales de esta sociedad que le ha dado un lugar en la historia, tiene que ver con el hecho de que estas mujeres llevaban descubierta la mama izquierda y cubierta con ropa la mama derecha, la cual era mutilada para proveerles mayor movilidad en el uso del arco y la flecha en los enfrentamientos. Se atribuye esta mutilación del pecho a una cauterización que recibían las niñas en su infancia de manera que toda la fuerza se dirigiera hacia el hombro y el brazo derecho (Yalom, 1997).

Este mito tiene un significado psicológico según se tome una perspectiva masculina o femenina. En el primer caso, puede pensarse que se trataba de un matriarcado que expresaba el temor de una venganza silente que reposaba en la psique de quienes mantenían una posición de dominados. Los hombres temen que el pecho nutritivo sea alejado de ellos, siendo esta ausencia un acto de agresión. Estas mujeres eran consideradas unos monstruos vigorosos que jugaban un papel que no les correspondía, el de combatientes. La mama faltante creaba una asimetría aterradora: un pecho se mantenía para alimentar a las crías, mientras que el otro era removido para facilitar los actos de violencia hacia los hombres (Yalom, 1997).

Desde la perspectiva femenina, Yalom comenta que Las Amazonas representan lo que Jung llama la sombra del self, en referencia a aquellos comportamientos rechazados socialmente y que se mantienen ocultos. En esta leyenda dicha sombra reclama un lugar a la luz de la vista de todos, ya que el acto voluntario de remover una mama para combatir, devela el deseo (o la sombra del self) de convertirse en mujeres poderosas que despiertan el miedo y el respeto, lo que puede entenderse como un deseo de adquirir rasgos masculinos.

La autora agrega que la creación de este mito coincide en el momento histórico en que las Diosas de la fertilidad comenzaban a ser desplazadas por los Dioses fálicos. Aunque Las Amazonas conservan bondades de las deidades de la fertilidad, su imagen y concepción es desfigurada para encajar en el reino de los Dioses fálicos. Un pecho *bueno* nutre y cría y el pecho *malo* es cortado y despojado de su significado sagrado.

En la imaginación de la cultura occidental esta leyenda permanece evidenciando la dualidad de significados de los pechos: órganos venerados como dadores de vida y al mismo tiempo órganos vulnerables a la destrucción tanto por la naturaleza como por las manos del hombre.

Una de las tradiciones romanas más conocidas es la leyenda de *Rómulo y Remo*, fundadores de la ciudad de Roma. Ellos eran hijos de la mortal Silvia Rhea y el Dios de la Guerra, Marte. Al nacer, el Rey Amulio ordenó que los gemelos fuesen abandonados en el río Tiber para que murieran ahogados, sin embargo, fueron rescatados y amamantados por una loba, Luperca. En la actualidad, Roma aún es representada por la imagen de la loba amamantando a estos niños (Oiz, 2005).

En la Europa de la Edad Media, los pechos hermosos eran pequeños, redondos, separados y firmes, denotando fertilidad, placer sexual y juventud en las clases económicas altas, mientras que en las bajas tenían una connotación como recurso de manutención, ya que con frecuencia las mujeres en ese entonces ganaban dinero como nodrizas. Esta tendencia se mantuvo igual durante el periodo Renacentista (Oiz, 2005). Es probable que los pechos pequeños fueran considerados más hermosos porque las mujeres más atractivas eran las jóvenes entre 13 y 14 años quienes a esa edad se casaban, tenían hijos y morían muy jóvenes, ya que el promedio de vida era de 25 años (Yalom, 1997).

La autora agrega que en esta época proliferaron pinturas y poesías sobre pechos desnudos y hombres que tocaban esos pechos como símbolo de dominancia y posesión. Así pues, los pechos no eran exclusivos de la mujer y los hijos sino que en dicha escena entraba también el hombre imponiendo su poder y mostrando su placer sexual hacia los pechos.

Un relato que merece ser mencionado data del siglo XV y tiene como protagonista a Agnes Sorel, quien fue la primera mujer francesa en ser reconocida como amante oficial de un rey francés, Carlos VII. Dicese de una mujer muy hermosa e inteligente cuyas ideas políticas influían en las decisiones del rey y que por consiguiente tenía muchos enemigos. En el 2005 se logró confirmar que su muerte fue producto del envenenamiento por mercurio a los 27 años de edad y no por un *flujo vaginal incontrolable* tal como se había declarado en ese entonces (Yalom, 1997).

La historia viene a colación para ejemplificar lo que Yalom (1997) llama el pecho erótico. Agnes fue retratada en un lienzo con un pecho descubierto y un bebé en brazos. Lo que llama la atención es que el pecho retratado es voluptuoso y llama la atención del observador de manera inmediata. Además, pareciera no cumplir una función de alimentación ya que el bebé en brazos se encuentra distante del mismo y la mirada de la madre refleja una actitud de reflexión. Este cuadro llamado La Virgen de Melun, impresionó a muchos espectadores quienes estaban acostumbrados a las representaciones pictóricas de la Virgen María amamantando a Jesús.

A partir de este período del Renacimiento, el promedio de vida se extendió y las mujeres vivían más años, de aquí que el ideal de la mujer cambia y se comienza a imponer la moda de los pechos grandes. Otra razón para este cambio, es que el espíritu de la época se trasladó de la esfera espiritual a la esfera material, influyendo indiscutiblemente en la concepción de los pechos femeninos (Yalom, 1997).

Con el advenimiento de la Revolución Francesa, en el siglo XVIII, las mamas al descubierto y el amamantamiento estaban cargados del ambiente político del momento. Aquellas madres que se negaran a alimentar a sus hijos eran vistas como egoístas y rebeldes, ya que el amamantamiento se convirtió en un imperativo moral de la aristocracia francesa. La iconografía de la revolución francesa muestra como las mujeres seguían los modelos clásicos de algunas féminas utilizando túnicas con uno o los dos pechos expuestos, simbolizando la nueva República. También volvían las imágenes de Artemis con sus múltiples mamas, representando los ideales de muchos grupos sociales, recordemos el monumento de *Naturaleza y Razón*, el cual se convirtió en el ícono de la revolución (Yalom, 1997).

En esta misma época se instauró la preocupación por las madres que amamantaban, pudiendo hallarse documentos y anuncios al público donde se informaba sobre los cambios de los pechos durante el embarazo, la dieta, los ejercicios y las mejores maneras de poner en la práctica la lactancia. Este avance

pone en evidencia la valoración que la profesión médica manifestaba no sólo por la salud del público en general sino también la preocupación que mostraban por los cuidados primarios que requerían las madres que impartían lactancia a sus hijos (Yalom, 1997).

En el siglo XIX, el Psicoanálisis representado en la figura de Sigmund Freud, aportó luces sobre este tema al insinuar la importancia que juegan los pechos en el desarrollo emocional de los niños. Afirmó Freud que la lactancia no se trataba solamente de la primera actividad que llevaban a cabo los bebés sino que era una experiencia que acercaba al lactante con su vida sexual posterior. Así, el pecho femenino constituye para Freud el primer objeto de seducción.

A medida que se abría paso la era industrial y la era postindustrial, hubo un incremento considerable de atención sobre los pechos. Se empezaron a comercializar lociones, moldeadores, soportes, corsés, implantes de silicona. El invento más popular fue el brassier a principios del siglo XX, el cual fue aceptado por las mujeres de todas las clases sociales (Yalom, 1997).

A lo largo del siglo XX los pechos femeninos fueron politizados por muchos gobiernos por diversas causas, especialmente en los tiempos de guerra. Durante la Primera Guerra Mundial, los posters franceses solían tener el dibujo de mujeres con pechos al descubierto y armas de guerra aunque también pueden encontrarse dibujos que representan a la mujer en otros roles que desempeñaban en ese momento: trabajadoras de fábricas, agricultoras, conductoras de autobús, enfermeras y amas de casa; todas estas gráficas muestran diversas facetas de la feminidad pero, sin duda alguna, contextualizando los pechos dentro del espíritu de la época (Oiz, 2005).

Oiz comenta que es posible rescatar de esta época otras representaciones pictóricas de las mamas de acuerdo a los gustos de cada nación. Por ejemplo, en Italia se podían encontrar propagandas de mujeres cuyos pechos despertaban poder y sexualidad.

Tal como lo afirma Jones (2004) en el periodo de la posguerra americana, los medios de comunicación concientizaron el impacto de promover los pechos como un atributo comercial. Mujeres con grandes mamas eran quienes solían acompañar a todo tipo de productos para su publicidad. Algunas de las actrices más recordadas y representativas de esta época son: Marilyn Monroe, Gina Lollobrigida, Jayne Mansfield, entre otras. Los pechos pequeños aunque no eran considerados atributos sexuales de moda, no eran rechazados y solían percibirse como un atributo de sofisticación e ingenio. Algunas actrices de la época que ejemplifican esta idea son Katharine y Audrey Hepburn.

La fascinación por los pechos en este período, tiene correspondencia con motivaciones psicológicas (Yalom, 1997). Un ejemplo sería su asociación directa con la sexualidad. Los hombres pasaban meses atravesando océanos y añorando las imágenes de mujeres desnudas en los aviones de guerra, lo que les recordaba el amor, la intimidad y la nutrición de las cuales les había desprovisto la guerra. Las funciones maternas y eróticas de los pechos les dieron un valor agregado a las imágenes de estos, lo cual perduró por varias generaciones en quienes prestaban servicio militar.

Ciertamente los Estados Unidos han ejercido menos control que otros países en los asuntos de la lactancia. Las madres norteamericanas nunca han sido forzadas, como en la Revolución Francesa, a amamantar a sus hijos. Un caso extremo de control fue en el período Nazi, cuando se requería que las madres amamantaran a intervalos regulares a sus hijos y las sometían a pruebas para establecer exactamente cuanta leche producían (Yalom).

El inicio de la década de los 1960 fue denominado el período *bosom mania* (Mazur, 1986) por la fascinación colectiva hacia los pechos grandes. Los medios de comunicación promovían una imagen ideal de belleza femenina que consistía en una figura delgada y grandes mamas. Como todo ideal, esta figura era muy difícil de lograr por las mujeres de la época, lo que probablemente haya generado sentimientos de frustración y de incompetencia al no lograr alcanzar el cuerpo privilegiado del momento.

La prensa, el cine y la televisión, transmitían un mensaje en torno a lo que se consideraba atractivo o no para la época, lo cual incidía en las actitudes de la población acerca de cuáles formas corporales eran las más atractivas y por consiguiente, las más deseadas tanto por hombres como por mujeres (Jones, 2004).

Las revistas de la época (Playboy, Cosmopolitan, Self, Essence) además de incluir ilustraciones, incorporaban artículos sugerentes sobre cómo se podían mejorar la forma y la tonicidad de los pechos, prometiendo con esto una vida social más activa y mayor atractivo al sexo opuesto (Mazur, 1986). Claro está, ningún ejercicio o dieta incrementaría el tamaño de las mamas por lo cual ese ideal seguía siendo inalcanzable para algunas mujeres.

De acuerdo con Koff y Benavage (1998), para finales de la década de los 60's el énfasis estuvo dirigido a la idealización de la extrema delgadez de las mujeres, lo que inevitablemente trajo consigo que los pechos del momento fuesen de menor tamaño. Sin embargo, la autora menciona que la imagen ideal que predominaba en los medios impresos de ese entonces (revistas de moda y catálogos de ropa) continuaba siendo aquella mujer alta, esbelta y con pechos relativamente grandes.

Aquí observamos una contradicción en la concepción de esta figura idealizada puesto que las glándulas mamarias están compuestas principalmente por grasa, por lo que suele haber una correlación entre el tamaño de las mamas y el total de grasa del cuerpo. Es decir, el suponer que es fácil lograr un cuerpo delgado con grandes pechos, es una idea difícil y, en algunos casos, imposible de alcanzar por medios no quirúrgicos (Koff y Benavage, 1998; Jones, 2004).

A finales de los años 60's y principios de los 70's con el movimiento de liberación femenina las mujeres optaron por el *bra - burning* o la *quema del brassier*, como un rechazo a las restricciones impuestas por las estructuras sociales. Las mujeres se mostraron resistentes al control impuesto desde afuera y

abogaban por hacerse cargo ellas mismas de cuándo utilizar o no brassier, cuándo alimentar a sus hijos e incluso cuándo practicarse una mastectomía (Jones, 2004).

La revolución sexual de esta época denunciaba a la ropa interior como opresiva, pues cumplía con las especificaciones masculinas y no las femeninas. Aquí se comenzó a producir un cambio hacia la androginia, mujeres de cabello corto, mamas minimizadas, además, un gran porcentaje de esta cohorte estudió en universidades y se empleó. Estas figuras femeninas, afirma Yalom (1997), tenían un aspecto asexual. La misma autora explica que la contraparte del *bra – burning* en Francia, fue el fenómeno de retirarse la parte superior del traje de baño, *topless*, en las playas de Saint – Tropez.

Este cambio tiene relación con los movimientos feministas en su intento por equiparar los roles femeninos con los roles masculinos, promoviendo nuestra capacidad de producción económica y nuestro desarrollo profesional como nuevos ideales, para lo cual se requería ocultar o disimular los pechos, que delataban una feminidad asociada a las creencias de dependencia y sumisión.

Con excepción de este período y el de los años 20's, la sociedad occidental ha remarcado la importancia de los pechos grandes, para encajar en los estándares o ideales de la figura femenina. Actualmente las mamas idealizadas no sólo son grandes, sino también redondas, firmes y ubicadas en la parte alta del pectoral. Esta apreciación es poco realista en vista de que si los pechos son grandes, estos tenderán a caer y en algunos casos generarán dolores de cuello y columna. Además, si son redondos y grandes no serán siempre firmes y siguiendo el curso de la naturaleza, la lactancia, los cambios de peso y el transcurrir de los años, inevitablemente sus características no serán las mismas para una adolescente de 15 años que para una mujer de 50 (Jones, 2004).

La obsesión de la sociedad por los pechos tiene posibilidades de comercialización casi infinitas. No sólo por la cantidad de lociones corporales y brassieres, sino que además, las fotos de pechos al lado de bebidas alcohólicas (y

no alcohólicas), carros, joyas, ropa, productos de baño, accesorios para carros y muchos otros productos, demuestran que los pechos pueden vender cualquier objeto que se asocie a ellos (Yalom, 1997).

Desde que el corsé fue inventado en la Edad Media, la moda ha tenido un progreso continuo que ha contribuido a los cambios de visión sobre las formas femeninas ideales. Luego del corsé hubo un cambio importante cuando en el siglo XX se introdujo el brassier. Las funciones del brassier han ido desde disimularlos, levantarlos, darles una forma determinada, hasta aumentarlos; por ello es muy difícil imaginar los brassieres que cumplen simplemente la función básica de sostener (Yalom, 1997). Es más, intente en alguna tienda de ropa interior femenina, buscar un brassier que únicamente cumpla la función de ropa íntima, le aseguro que tendrá que pasar por los llamados push-up, fajas moldeadoras y luego, con suerte, encontrará alguno. A medida que ha pasado el tiempo, los brassieres se han encaminado a la misión de ofrecer control sobre estos atributos naturales. Dime cómo los quieres y te diré qué brassier debes comprar, sin embargo, el objetivo de todos casi siempre es el mismo: mostrar unos pechos *perfectamente* ajustados a la moda de la época.

Ahora bien, las mujeres desempeñan tanto el papel de compradoras como de vendedoras en el mercado de los pechos. La autora asegura que como compradoras, las mujeres occidentales (y algunas orientales) gastan mucho dinero al año para alcanzar la ilusión de que sus mamas encajen con el perfil sexual o profesional que aspiran. Como vendedoras, desde el comienzo de la historia, las mujeres han aportado a este mercado al recibir dinero por amamantar, dejarse tocar y mostrar sus pechos, a cambio de dinero o algún otro beneficio.

Cuando hablamos del deseo de las mujeres por encajar en un perfil o figura determinada, debemos recordar la importancia del constructo *imagen corporal*. Este hace referencia a un conjunto de actitudes multidimensionales hacia el propio cuerpo, el cual puede afectar positiva o negativamente las

autopercepciones, nuestro comportamiento y nuestro funcionamiento psicológico (Koff y Benavage, 1998).

Brown, Cash y Mikulka (1990) lograron hacer una distinción entre dos componentes relativamente independientes de la imagen corporal: de un lado la percepción de la imagen corporal, que incluye el tamaño del cuerpo y la discrepancia entre esa autopercepción y la talla ideal; y del otro, una actitud subjetiva del cuerpo ideal que incluye cogniciones, comportamientos y sentimientos asociados a la apariencia física y la talla.

En relación con esta actitud subjetiva también hay una distinción entre satisfacción general con la apariencia física y una satisfacción más diferenciada por algunas partes del cuerpo. Estos autores afirman que, por lo general, hay una correlación negativa entre una percepción negativa de la imagen corporal y el agrandamiento de las partes del cuerpo (Brown, et al. 1990).

Sin embargo, tal como también lo afirman Koff y Benavage (1998), la relación entre la talla de los pechos y la satisfacción es un tema complejo y cambiante. Mazur (1996) afirma que esto se debe en parte a las fluctuaciones que han tenido los ideales de belleza femeninos a lo largo de la historia. Es decir, que nuestro papel como compradoras, y me atrevo a decir que como vendedoras en el mercado de los pechos, tiene relación directa con los mandatos del momento en nuestro contexto social y político, así como también con nuestras autopercepciones y funcionamiento psicológico.

Ahora bien, el tamaño de los pechos es sólo una de las cualidades escrutadas. Algunas de las investigaciones que se han realizado en los últimos años, han estudiado la relación entre el tamaño de los mismos y el atractivo físico (Furnham, Hester y Weir, 1990). Hasta ahora no se encontrado evidencia empírica que sugiera que el tamaño de los pechos tenga alguna influencia en la posibilidad de concebir (Furnham, Dias y McClelland, 1998). Además, los mismos autores han sugerido que como los pechos varían mucho en tamaño y forma, tal

vez los hombres tengan una preferencia por ciertas características para seleccionar a sus parejas sexuales.

Se han realizado muchas investigaciones que exploran cómo los pechos contribuyen al atractivo sexual de las mujeres, con especial atención al tamaño de los mismos, pero se han hecho pocos estudios donde se haya tomado en cuenta la subjetividad de las mujeres, su actitud, en relación a sus mamas (Furnham, et al. 1990).

Otros estudios se han enfocado en explorar las dimensiones más apreciadas para ambos géneros y los significados atribuidos a la personalidad de las mujeres según los mismos. Al respecto, Kleinke y Staneski (1980) reportaron que los pechos de tamaño mediano evocan respuestas más favorables en los participantes de ambos sexos. Estos resultados se han obtenido utilizando estímulos gráficos. La utilización de estímulos gráficos ha recibido observaciones negativas puesto que se ha sugerido que dichos materiales generan respuestas restringidas a una situación artificial, por lo que estos mismos investigadores realizaron otro estudio utilizando fotografías a color. En esta investigación hallaron que las mujeres de mamas pequeñas eran consideradas *competentes, ambiciosas, inteligentes, morales y modestas*, mientras que las mujeres cuyas mamas eran de gran tamaño eran evaluadas justo con las características opuestas tanto por hombres como por mujeres.

Por el contrario, en otra investigación realizada por Gitter, Lomranz, Saxe y Bar-Tal (1983) se encontró que los hombres respondían favorablemente a los pechos grandes y que las mujeres respondían más favorablemente a los pechos pequeños. Ahora bien, esta estimación de los hombres sólo aplicaba en aquellas mujeres delgadas ya que de lo contrario, la apreciación no era favorable.

Hasta este momento queda claro que los pechos han atravesado por periodos de adoración debido a su evidente relación con la sexualidad femenina y, en algunas épocas, por su vínculo con la nutrición pero, también, los pechos han atravesado por momentos en que su atractivo radica en constituirse como un medio para que las personas asocien su presencia con la posibilidad de alcanzar

ciertos productos comerciales o para alcanzar un estatus social y/o económico más privilegiado o mejor al actual.

Todas estas significaciones a lo largo de la historia marcan un camino importante para entender la movilización social y económica que ha representado el tema de los pechos. A continuación se describirán algunos procedimientos médicos que han sido aportes fundamentales para reforzar la valía y el fervor por los pechos femeninos.

CAPÍTULO II – PROCEDIMIENTOS PARA EL AUMENTO DE MAMAS DENTRO DE UN MARCO HISTÓRICO

Haiken (1997) plantea que la mayor parte de los cirujanos no empezaron a darse cuenta de que las mamas pequeñas eran un problema hasta luego de la segunda guerra mundial. La autora menciona que el Dr. Robert Gersuny, en Viena, fue pionero en el uso de las inyecciones de parafina para aumentar los pechos en 1890, pero la parafina produjo el mismo número de problemas o más problemas que los que produce en cualquier otra parte del cuerpo; de allí que ya alrededor del período de la I Guerra Mundial se había abandonado esa práctica.

Entre 1920 y 1930 algunos cirujanos experimentaron con una técnica conocida como *autologous fat transplantation*, que consistía en trasladar la grasa del abdomen y los glúteos a las mamas (Haiken). Sin embargo, la autora explica que se encontraron dos problemas con este procedimiento; primero, descubrieron que esa grasa se reabsorbía rápidamente, incluso generando deformidades, y que los grumos que resultaban de este procedimiento hacían más difícil la detección temprana del cáncer de mamas. El segundo problema era la cicatriz de la zona del cuerpo que donaba la grasa. También se intentó otro procedimiento en el año 1940, que consistía en trasplantar grasa y piel pero traía resultados igual de problemáticos.

Haiken comenta que en 1944, *Los Archivos de Cirugía* recomendaban a los médicos simplemente que aprendieran a construir *prótesis externas de esponja y plástico*, para aquellas mujeres que sufrieran de atrofia congénita o ausencia de mamas. La autora también reporta que algunos médicos prescribían inyecciones de estrógeno para el crecimiento de los pechos, pero la verdad es que no había una consideración unánime de que tener las mamas pequeñas era un problema médico. Para ese momento, la mayoría de los cirujanos se negaban a operar los pechos pequeños porque pensaban que las mujeres no tenían mayor sufrimiento físico o psicológico por tener pechos infantiles. La autora concluye

que para ese momento, los cirujanos no tenían simpatía por cumplir los deseos de vanidad de las mujeres.

Los cirujanos entraron a los años de la postguerra con una falta de simpatía por esta inconformidad femenina, sin embargo ello cambió rápida y dramáticamente cuando las revistas de moda y las actrices de cine como Jane Russell y Marilyn Monroe, inspiraron a las mujeres quienes aclamaban por soluciones (Haiken, 1997). En 1950, la Revista Cirugía Plástica y Reconstructiva (cp. Haiken, 1997), publicó un artículo escrito por H.O. Bames, quien afirmaba que existían tres tipos de deformidad: hipomastia, hipermastia y gigantomastia y que los cirujanos ya habían aprendido a solucionar las dos últimas pero que era tiempo de concientizar que la primera requería atención ya que causaba problemas psicológicos más que físicos.

En este artículo, el cirujano afirmaba que la búsqueda de soluciones había comenzado a recibir una atención importante sólo desde que el culto a la belleza del cuerpo, había revelado la existencia de esta condición en las mujeres. También discutía que la industria de pechos falsos se había convertido en una industria multimillonaria y que la cirugía ofrecía una mejor solución (Haiken, 1997).

Haiken (1997) menciona a otro cirujano de Hollywood llamado Robert Franklyn, quien publica en 1953 otras técnicas similares para el problema que, según él, padecían algunas mujeres en Estados Unidos: la micromastia. Ya para este momento se comenzó a hablar de *problema o padecimiento* para referirse al hecho de poseer mamas pequeñas. A este grupo de médicos interesados en buscar soluciones para tal problema, se le unieron muchas revistas de moda como Cosmopolitan y Lady's Circle, las cuales publicaban artículos que hacían referencia a las mamas pequeñas y las intervenciones quirúrgicas que se realizaban en ese momento.

Se discutía sobre los materiales utilizados, se denunciaban los problemas que generaban, pero, a la vez, el mensaje era claro: que los pechos pequeños eran

un problema para las mujeres. *Cosmopolitan* en 1956 (cp. Haiken, 1997) publicaba notas como la siguiente: “el énfasis de esta sociedad por los pechos grandes es tan fuerte, que hubo poca sorpresa en los círculos psicológicos de la adolescente que cometió suicidio por sufrir de pechos pequeños, ahora sabemos cuánta miseria causa esta condición” (p.237).

Otro artículo en *Lady's Circle* denominado: *Mujeres de pecho caído*, comenzaba diciendo: “mujeres que se sienten socialmente inferiores por tener pechos pequeños y caídos, han decidido someterse a una operación (...)” (Haiken, 1997).

Así, la función de las publicaciones de esa época no era solamente denunciar los problemas que la cirugía de aumento de pechos producía, sino que se hablaba sobre esta situación como un problema para las mujeres. Esto se ha ido profundizando con los años, pues tal como afirma Blum (2003), muchos cirujanos plásticos actualmente justifican su práctica como una necesidad psicológica ya que transmiten a muchas de las mujeres que asisten a este tipo de consultas médicas, la idea de que sus cuerpos, que ellas pensaban que eran sanos, en realidad son cuerpos enfermos que necesitan someterse a la cirugía.

La combinación entre el incremento de la demanda de la operación y el aumento de la publicidad, llamó la atención de los cirujanos hacia las implicaciones psicológicas de la cirugía de aumento (Haiken, 1997).

Un cirujano plástico llamado Milton Edgerton y un psiquiatra, A.R. McClary, ambos de la Universidad Johns Hopkins, publicaron un artículo pionero sobre el aumento de mamas (Haiken, 1997). Opinaban que literalmente miles de mujeres, en los Estados Unidos, estaban seriamente perturbadas por sentimientos de inadecuación y con problemas de imagen corporal. Los médicos aseguraban que parcialmente, como resultado de propagandas y otro tipo de publicidad cuestionable, muchas mujeres físicamente normales desarrollaban una impresión sobre sí mismas casi paralizante, focalizada en la sensación de no poseer la talla correcta de brassier.

Estos médicos aseguraban que sin importar que algunas personas vieran a estas mujeres como víctimas de las actitudes de la sociedad, o como únicamente un problema de carácter o un caso psiquiátrico, sus vidas y las vidas de sus esposos y familias eran miserables por el desarrollo de este conflicto. Ellos preguntaban: ¿qué procedimiento es seguro, simple y satisfactorio? Si se encontrara ese procedimiento, ¿se solventaría el problema emocional de las pacientes? Y ¿cómo los cirujanos podrían predecir cuáles casos pueden resolverse quirúrgicamente? (Haiken, 1997).

Edgerton y McClary (1958; cp. Haiken, 1997) realizaron una investigación estudiando la satisfacción de mujeres de distinto nivel socioeconómico, nivel educativo y diagnóstico psiquiátrico. Trabajaron con 13 mujeres que habían recibido implantes de Ivalon¹ y utilizaron un grupo control de 19 mujeres que no se habían sometido a ninguna operación. Las 32 mujeres entrevistadas coincidían en que usar rellenos en el brassier era “una gracia”, “una mentira, y “las hacía sentir más inadecuadas”. Las mujeres de la muestra que se habían operado, reportaban altos niveles de satisfacción, algunas expresaban “que su vida había cambiado” y que “se sentían muy complacidas”. A pesar de que los doctores pensaron que estos efectos no iban a mantenerse en el tiempo, en la muestra se comprobó que sí se mantuvieron los efectos positivos psicológicos de la cirugía.

Tres años después, Edgerton escribió otro artículo, en esta oportunidad sobre los efectos psicológicos del aumento de mamas. En este artículo advertía acerca de las precauciones que debían tener las mujeres en cuanto a las especificaciones médicas, pero, por otro lado, subrayaba que en muchos casos el aumento de mamas, constituía un catalizador de una serie de cambios afectivos

¹ Prótesis desarrollada en 1950 que consistía en una esponja gomosa con una estructura porosa, compuesta de alcohol polivinílico. Estos implantes fueron abandonados, pues el 100% de dichos materiales eran eliminados a causa de infección y/o erosión cutánea o se convertían en masas contraídas y de consistencia dura.

en la situación de vida de estas pacientes y estimulaba a los cirujanos para que continuaran estudiando el efecto de los cambios anatómicos en la “felicidad”.

Es muy valioso conocer los cuestionamientos de la época y el debate generado por este tema en vista de la confluencia de múltiples factores motivacionales que influyen en las mujeres que deciden practicarse esta operación. Estas reflexiones y variados artículos publicados en ese momento resaltan la necesidad de asumir una postura coherente frente a esta “necesidad detectada” en las mujeres con pechos pequeños. Es decir, ¿tener pechos pequeños en un problema médico? Es aquí cuando interviene la psicología como una aliada para argumentar que esta condición de “pechos pequeños” genera problemas de autoconfianza y que incluso es un malestar que afecta al grupo social al que pertenece esta persona.

Esta preocupación por tener los pechos pequeños, no ha estado presente en todas las épocas y culturas, es decir, la belleza como parte de la experiencia humana es apreciada en algunos tiempos según diversos estándares culturales y no sólo depende de ciertas estructuras cerebrales filogenéticas que producen el placer de admirar una imagen *bella*.

En otras palabras, los atributos estéticos femeninos son evaluados con mayor o menor indulgencia de acuerdo al momento histórico, pero un asunto que ha complicado dicha apreciación, según Luna (2001), es la popularización de la belleza por múltiples medios audiovisuales, ya que se han creado modelos de belleza prácticamente inalcanzables, que conllevan una agotadora búsqueda de la perfección corporal. Así, la perfección corporal varía de un tiempo a otro dependiendo de los modelos de referencia que se utilicen.

De esta forma se abre una brecha para discutir si efectivamente hay sufrimiento psicológico por esta situación, ¿las intervenciones quirúrgicas son la mejor solución? Tal vez se echa mano de la psicología para plantear la pregunta clave pero no se recurre a ella nuevamente para formular la respuesta. ¿Todas las mujeres están aptas psicológicamente para recibir implantes? ¿Qué otras

alternativas existen para aliviar este sufrimiento físico? ¿Existen alternativas desde la psicología para responder a esta situación? Pues ha sido la medicina, específicamente la cirugía estética, la cual en sus inicios fue duramente criticada por diferenciarse de otras ramas de la medicina cuyos objetivos se parecían más a la medicina tradicional, la que se ha ido encargando de satisfacer los requerimientos de muchas mujeres (y cada vez más hombres) quienes desean mejorar una parte no gratificante de sus cuerpos.

Sobre los implantes de silicona

Considerando que los implantes de silicona son los más utilizados hoy en día, resulta pertinente profundizar un poco en las investigaciones realizadas hasta el momento sobre la conveniencia o no de la utilización de los mismos.

A finales de los años 60, se introdujeron al mercado las prótesis de silicona para el aumento de mamas. Se han realizado muchas investigaciones que pretenden evaluar los riesgos de la utilización de dichos implantes en comparación con otras opciones que han salido en competencia como por ejemplo: solución salina, aceite purificado de soja, entre otros. Aun no se tienen resultados concluyentes respecto a los efectos a largo plazo de estas nuevas opciones, y los estudios hasta el momento han ofrecido resultados alentadores sobre la silicona de manera que este material continúa siendo una opción muy popular (Martín, Gorgojo, González y Wisbaum, 2000).

Todas las personas se encuentran muy expuestas a la silicona ya que este compuesto se utiliza para elaborar alimentos, cosméticos, lubricantes para maquinaria e incluso para elaborar medicinas y dispositivos médicos. Específicamente, los implantes mamarios de silicona tienen un volumen que puede ir desde 80 hasta 800 cc. aunque en ocasiones se han empleado implantes de 1000 cc. Su diámetro varía desde 7,5 a 16,8 cm, y la proyección, o perfil, desde 1,5 a 7,5 cm. Con estas dimensiones, los implantes de mama se consideran

los cuerpos extraños más grandes tanto en superficie como en volumen, especialmente si se colocan dos (Martin, et al. 2000).

A continuación se mencionan los resultados de un informe realizado por encargo del Parlamento Europeo, a través de la Unidad de Evaluación de Opciones Científicas y Técnicas, en Mayo del año 2000. En cuanto a los beneficios de los implantes de silicona, se reporta que hay una mejora de la calidad de vida de las mujeres que solicitan cirugía cosmética de mama. Se reporta una mayor confianza, autoestima y una mejor imagen de sí mismas al sentirse más atractivas. También se reporta una mejora en las relaciones interpersonales de las pacientes que se han sometido a dicha operación.

En cuanto a los riesgos, este reporte afirma que existen investigaciones suficientes y consistentes que apoyan la falta de asociación entre cáncer de mama y los implantes mamarios de silicona. Aun así, el corto período medio de seguimiento de los estudios completados no permiten concluir si los implantes de mama de silicona están o no asociados a otro tipo de tumores (Martin, et al. 2000).

Por el otro lado, existe preocupación acerca de las dificultades ocasionadas por los implantes mamarios al momento de realizar un diagnóstico de cáncer mamario ya que el implante puede ocultar alguna anomalía. Los datos disponibles no permiten llegar a ninguna conclusión definitiva, pero hasta el momento no se ha demostrado un aumento de la mortalidad por cáncer en mujeres con implantes. De todas maneras se recomienda realizar proyecciones mamográficas adicionales y el desarrollo de un cuidado específico para las mujeres que utilicen prótesis ayudando así a superar el problema de la visibilidad de las mamas por la presencia de las prótesis en esa región del cuerpo (Martin, et al. 2000).

En cuanto a las enfermedades neurológicas, el informe indica que no se han proporcionado pruebas suficientes que permitan concluir que implantes de mama de silicona causan signos, síntomas o enfermedades neurológicas. Así

como tampoco hay estudios suficientes que afirmen la existencia de problemas en el tejido conjuntivo o del sistema inmune (Martin, et al. 2000).

Un gran número de mujeres con implantes de silicona han experimentado una variedad de síntomas que no se pueden definir con precisión. Estos síntomas incluyen dolor e inflamación de las articulaciones; tirantez, enrojecimiento o inflamación de la piel; glándulas o nódulos linfáticos inflamados; fatiga inusual o inexplicable; tumefacción de las manos y los pies; pérdida excesiva de cabello; problemas de memoria; cefalea; debilidad o molestias musculares. Sin embargo, estos síntomas pueden presentarse en personas sin implantes de mama de manera que, en este momento, no está claro que los signos o síntomas experimentados por estas mujeres se deban a sus implantes (Martin, et al. 2000).

En relación a la lactancia, no existen pruebas que indiquen niveles alterados de silicona en la leche materna, así como tampoco se registran diferencias entre madres lactantes con o sin implantes, en el nivel de silicio tanto en la leche como en la sangre. El informe aclara que tampoco hay pruebas de enfermedades o defectos congénitos causados por la silicona o cualquier otro elemento de los implantes de mama al atravesar la placenta y llegar al feto (Martin, et al. 2000).

El informe hace referencia también a los efectos locales derivados de los procedimientos quirúrgicos mencionando los siguientes: posibles complicaciones causadas por la anestesia general (náuseas, vómitos y fiebre), infección, hematoma, hemorragia, trombosis, necrosis cutánea, contractura capsular, fuga o ruptura del implante, cambio o pérdida temporal o permanente de la sensación en el pezón o tejido mamario, formación de depósitos de calcio en el tejido circundante, causando, posiblemente, dolor y endurecimiento, desplazamiento del lugar original, confiriendo a la mama una apariencia antinatural (Martin, et al. 2000).

Finalmente, el informe concluye afirmando que parece sensato afirmar que se necesita contraponer los posibles riesgos asociados con la intervención (de

implantes de silicona especialmente) con los posibles beneficios percibidos por las mujeres, de manera que se puedan adoptar las decisiones políticas y legislativas más adecuadas (Martin, et al. 2000).

CAPÍTULO III - PERSPECTIVAS TEÓRICAS Y HALLAZGOS EMPÍRICOS EN PSICOLOGÍA SOBRE IMAGEN CORPORAL, CIRUGÍA ESTÉTICA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

Desde la Psicología, se ha encontrado que la preocupación por la imagen corporal es una constante que se mantiene a lo largo de la vida, aunque el momento de mayor valoración es la adolescencia (Rodríguez y Cruz, 2006). Se han realizado numerosas investigaciones que han estudiado la relación entre la imagen corporal y otras variables como el desempeño sexual (Calado, Lameiras y Rodríguez, 2004), la insatisfacción de la imagen corporal y la presencia de trastornos alimentarios (Rodríguez y Cruz, 2006) entre otras.

Herrero y Rondón (2004) también describen que el descontento con la imagen corporal genera daños psicológicos como los siguientes: un bajo nivel de autoestima (25% al 40% de la autoestima está relacionada con la imagen corporal), problemas interpersonales a causa de la ansiedad y la vergüenza generadas por una autoimagen negativa, problemas de relaciones sexuales en cuanto al disfrute y exposición del cuerpo, problemas depresivos e incluso desórdenes de alimentación.

Entendiendo la imagen corporal como un constructo psicológico que da cuenta de la importancia psicológica de nuestra vivencia de la corporalidad, algunos estudiosos han desarrollado modelos teóricos que incluyen dicho constructo como parte fundamental.

Fredrickson y Roberts (1997; cp. Greenleaf, 2005) han propuesto la *Teoría de la Objetificación*, como un modelo sociocultural feminista que explica las construcciones psicológicas producto de las experiencias únicas vividas por las personas quienes son vistas, evaluadas y reducidas a su cuerpo. Según esta teoría, se trata de un proceso psicológico a través del cual las mujeres internalizan las observaciones que otras personas hacen sobre sus cuerpos como

un objeto y no como parte integral de su identidad por lo que comienzan a automonitorear de manera crónica su apariencia física. Los autores explican que la objetificación tiene consecuencias importantes, como por ejemplo, genera ansiedad y vergüenza con algunas partes del cuerpo y una disminución de la sensibilidad a señales internas corporales (Calogero, Davis y Thompson, 2005; Greenleaf, 2005).

Esta teoría tiene su fundamento en las discusiones de los círculos feministas. Negrín (2002) nos recuerda que las teorías feministas aseguran que la cirugía cosmética se ha visto en gran parte como una tecnología opresiva que presiona a las mujeres interviniendo directamente sus cuerpos para moldearlos de acuerdo con los ideales impuestos por una sociedad patriarcal. Desde esta mirada, las mujeres que se someten a la cirugía cosmética por razones puramente estéticas son víctimas de un sistema en el cual la autoestima de las mujeres es dependiente sobre todo de su aspecto físico. Negrín (2002) explica que para las posturas feministas más tradicionales, el uso de la cirugía cosmética de las mujeres se entiende como una sintomatología del descontento que la mayoría de las mujeres tienen con su aspecto físico como resultado del mensaje implacable de perfección en los distintos medios de comunicación.

Recientemente en los círculos feministas más modernos, se ha dado un nuevo significado a la utilización de la cirugía estética. Se asume esta como una herramienta que las mujeres utilizan para *fortalecerse*² y tomar control de sus cuerpos ante una sociedad patriarcal que impone los estándares de belleza del momento (Negrín, 2002).

De la misma forma, Hollyday y Sánchez (2006) discuten la idea de que la cirugía es una técnica normalizante e intentan desligar la belleza del término

² Siguiendo el pensamiento de Montero (2007), el uso del vocablo *fortalecimiento* es una traducción más apropiada de la palabra *empowerment*. La traducción al castellano de *empowerment* es *empoderamiento*, vocablo que según Montero genera mucha confusión y tiene diversas implicaciones teóricas, por esta razón la autora postula que el concepto que se debe utilizar en los países de habla hispana es *fortalecimiento*. Para mayor detalle véase: Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre sociedad y comunidad*. Buenos Aires: Paidós.

pasividad. Debaten la idea de utilizar la belleza como un argumento único que sustenta las motivaciones de quienes desean someterse a estas intervenciones quirúrgicas y proponen en su lugar, que la elección de una cirugía estética ocurre en aquellas personas consumidoras que tienen pocas opciones para elegir qué quieren hacer con sus cuerpos y en aquellas personas reflexivas que tienen un proyecto del yo y que a través de las operaciones desean actuar activamente en su proyecto.

Además, proponen otras relaciones, la relación entre la cirugía estética y el glamour, y la relación entre la cirugía estética y la sexualidad activa. Sostienen que las mujeres jóvenes utilizan la cirugía para reactivar su sexualidad y alcanzar prestigio. En su opinión, cada vez más la cirugía se utiliza para mejorar las posibilidades del individuo de participar en la esfera pública, es decir, para darle mayor participación social (Hollyday y Sánchez, 2006).

Esta postura concuerda con la investigación realizada por Lipovetsky (1999; cp. Luna, 2001) según la cual, existen tres períodos socio históricos que clasifican el papel de la mujer a lo largo de la historia. Según este autor, el primer período llamado la primera mujer, se desarrolló desde la antigüedad hasta la época del Renacimiento, caracterizado por una belleza femenina que incitaba a la maldad y a la tentación. Luego la segunda mujer, período transcurrido hasta el siglo XIX, donde la imagen femenina simbolizaba la beldad suprema, el sexo bello. Luego se encuentra el período de la tercera mujer que es la mujer actual, la cual ha venido desarrollándose con la finalidad de parecerse al hombre, desplegando cualidades que la definen como una persona igual o más eficiente que los hombres para poder enfrentar los problemas culturales, sociales y económicos del momento.

Este desarrollo del género femenino ha encontrado limitaciones en su corporalidad, bien sea por poseer partes de su cuerpo que le dificultan realizar algunos oficios con igual eficacia que los hombres o porque poseen partes de su cuerpo que no satisfacen los estándares de belleza actuales. Es ahí donde se introduce la cirugía estética como una herramienta de fortalecimiento que brinda

a las mujeres una mayor posibilidad de lograr sus deseos, aunque esto implique poner la vida en peligro.

Por otro lado, encontramos una propuesta llamada *Teoría de la Autodiscrepancia* propuesta por Duval y Wicklund en 1972 y ampliada por Higgins y otros colegas (Klein, Strauman en 1985, 1986 y 1987). Esta predice que cuando las personas enfocan su atención sobre ellos mismos como objetos, se comienzan a hacer comparaciones más activas entre su yo actual y su yo ideal. La teoría afirma que la discrepancia entre este yo actual y el yo ideal actúa como una guía que incrementa la motivación y los esfuerzos por lograr ese yo ideal. Una vez eliminada esa discrepancia se logra un mejoramiento del humor, el cual generalmente está disminuido antes de la cirugía (Thorpe, et al. 2004).

Existen otras teorías más clásicas de la Psicología de cuyos enunciados principales se desprenden valiosas ideas que pueden ser muy útiles para profundizar en el tema de la imagen corporal y las cirugías estéticas. Tal es el caso de la perspectiva psicoanalítica. Morabito (2007) afirma que la preocupación por la apariencia no siempre es una patología. Esta psicoanalista afirma que las cirugías estéticas son un producto o fenómeno social asociado a las modas y que en esta era del consumo las cirugías están asociadas a un estatus simbólico. Agrega que no es infrecuente que las personas se endeuden por los tratamientos quirúrgicos.

Para Morabito (2007), la relación entre el médico y el paciente muchas veces está permeada por la persuasión que el primero ejerce. Ciertamente las personas asisten a una consulta de este tipo por su voluntad, sin embargo, muchos cirujanos venden la ilusión de enmendar las partes no agradables del cuerpo sin considerar el estado psicológico de estas personas.

En cuanto a la familia, Morabito sugiere que muchos padres y madres comparten los determinantes inconscientes de los hijos que desean someterse a cirugías estéticas. Así, se promueve la aceptación de la cirugía a través de discursos que refuerzan la idea de solventar *imperfecciones* físicas recurriendo al

bisturí. Muchas de estas pacientes buscan compensar en el exterior las carencias interiores. La cirugía per se no es patológica sino las motivaciones que conducen a ella puede que si lo sean.

Desde el psicoanálisis se entiende que en el desarrollo los niños suelen ser más deseados por la madre que las niñas, quienes tienden a ser más amadas por sus padres, sin embargo no son deseadas por este debido a que la cultura no lo permite así. En este escenario el psicoanálisis plantea que las niñas siempre tratan de sentirse amadas y deseadas por lo que recurren a todos los medios que ellas identifican como facilitadores de este amor, en esta caso la cirugía estética como proveedor de las soluciones a las partes del cuerpo que menos les gustan (Morabito, 2007).

Aunado a esto, el entorno sociocultural promueve los ideales de belleza antes mencionados, generando así que los jóvenes (tanto hombres como mujeres) aprecien como sinónimo de lo femenino, los atributos exteriores de belleza en sustitución de los atributos internos que pueden definir lo que es la feminidad. Así, la búsqueda de los atributos femeninos en el afuera (como las prótesis) responden muchas veces a la búsqueda de la feminidad oculta o menos visible que en el caso de la masculinidad de los hombres, quienes poseen órganos sexuales más expuestos, lo que continuamente les reafirma su identidad.

Morabito (2007) afirma que muchas de las pacientes que se someten a estas cirugías de aumento de mamas, tratan de compensar aspectos femeninos maternos devaluados, intentando por medio de grandes prótesis, reparar la integridad femenina amenazada en su interior. Es aquí cuando una vez más la cultura penetra el desarrollo de la personalidad, proveyendo de las cirugías a aquellas personas que necesitan soluciones rápidas a problemas viejos, que además no pertenecen exclusivamente al ámbito físico.

Es apropiado comentar sobre una de las posturas teóricas desprendida de la corriente del Psicoanálisis, llamada Escuela de las Relaciones Objetales, en vista del lugar de importancia que ocupa en dicho pensamiento el concepto del

pecho. Esta Escuela tiene como principal representante a Melanie Klein quien formuló una teoría que plantea que el ser humano desde recién nacido establece relaciones con personas significativas, es decir, aquellas que satisfacen sus necesidades básicas.

Al inicio de la vida, esta relación se establece de manera parcelada, es decir, con partes de objetos. En ese momento el bebé no tiene la capacidad de integrar y organizar que las distintas atenciones nutritivas, de apaciguamiento y sostén provienen de la misma persona, por lo cual se habla de que el niño establece una relación con partes de la madre y no la madre completa (Kristeva, 2001).

Según esta teoría, las características de la relación que establece el bebé con estos objetos parciales van a determinar el desarrollo emocional del niño. Durante este proceso se van a presentar una serie de mecanismos psicológicos de internalización, externalización, introyección, proyección y escisión (Hinshelwood, 1989).

A medida que la figura materna logre contener las necesidades del bebé y darles estabilidad y coherencia, este podrá organizar los estímulos de su entorno. El simbolismo utilizado por la psicoanalista para referirse al hecho de proveer la nutrición y el afecto por un lado y por el otro la frustración, es el concepto de pecho. Según esta teoría, el pecho es la primera parte del cuerpo de la madre que entra en contacto con el bebé. Este término adquiere el significado del primer objeto parcial en la vida de un niño y, posteriormente, representará la figura materna por sus cualidades de contención (Hinshelwood, 1989; Kristeva, 2001).

Vemos aquí nuevamente una referencia a esa parte del cuerpo femenino como símbolo de los cuidados que provee la figura femenina o la figura cuidadora y aunque metafóricamente, se pretende vincular el pecho con las relaciones de afecto y nutrición y su importancia en el desarrollo posterior de las relaciones significativas.

Ahora bien, trasladándonos desde los modelos teóricos hacia los hallazgos empíricos más actuales e importantes, encontramos algunas investigaciones relacionadas con la dimensión psicológica de las cirugías plásticas. En estas investigaciones se han indagado desde distintas aproximaciones metodológicas diversas temáticas.

Maltz (1981; cp. Thorpe, et al. 2004), quien es psicólogo y cirujano plástico, comenta que los pacientes luego de la operación obtienen beneficios tanto físicos como psicológicos, específicamente ha descrito el aumento de la autoestima y la confianza. Este hallazgo ha sido común en varias investigaciones, una de ellas fue el estudio realizado recientemente por Figueroa-Hass (2007) quien afirma que se produce un cambio significativo de la autoestima luego del aumento de mamas. Sin embargo, Maltz (1981; cp. Thorpe, et al. 2004) también ha observado que luego de cambios físicos dramáticos, algunos pacientes no perciben ningún cambio en su autoestima.

En la literatura clínica se encuentra información que sugiere que el neuroticismo puede estar asociado a la utilización de procedimientos de cirugía estética. Especialmente se habla acerca de la tendencia que suelen tener quienes aspiran a una cirugía estética, a establecer relaciones interpersonales con un apego tipo ansioso (Davis, 2002).

Otro grupo de investigadores ha realizado estudios que exploran la presencia de psicopatologías como el Trastorno Dismórfico Corporal, Depresión, Trastorno Obsesivo – Compulsivo y la presencia de rasgos o estructuras de personalidad particulares (histrionismo, narcisismo) (Abreu, Francis, Alessandrini, Macías y Leasl, 2000; Luna, 2001). En estas investigaciones se ha encontrado que efectivamente muchas personas que deciden someterse a cirugías estéticas presentan rasgos como los mencionados anteriormente.

Existe otra categoría de estudios que han investigado cuáles son las motivaciones que subyacen a quienes deciden someterse a una cirugía estética. Un ejemplo de esto es la investigación realizada por Thorpe, et al. (2004) en la

cual se pretendía explorar acerca de las razones de 7 mujeres entre 34 y 55 años que habían decidido someterse a una cirugía estética. Esto se realizó a través de entrevistas semi - estructuradas que fueron luego analizadas cualitativamente por una versión adaptada del método interpretativo – fenomenológico. Las participantes se habían sometido a diversas operaciones estéticas. Algunas de estas eran: aumento y reducción de mamas, rinoplastia y face lift³. Los autores destacaron que una limitación de su investigación fue la edad de las participantes quienes al pertenecer a la categoría de edades pre y post menopáusicas, pueden tener expectativas distintas a otro grupo de edad en relación a su aspecto físico.

Los resultados de esta investigación arrojaron cuatro temas principales dentro de los contenidos discutidos por las participantes de la investigación: *lo apropiado de la edad, integridad del cuerpo, queriendo lucir normal y factores psicológicos* (Thorpe, et al. 2004).

En el primer tema, *lo apropiado de la edad*, las participantes explicaron que sus cuerpos aparentaban una edad mayor a la edad actual y que recurrir a la cirugía era una manera de lograr que sus cuerpos realmente representaran la edad real o la edad con la que más se identificaban. En el segundo tema llamado *integridad del cuerpo*, las participantes hacían referencia a la sensación que experimentaban de que esa parte del cuerpo que querían cambiar, no encajaba con el resto del cuerpo y que a través de la cirugía iban a lograr esa integridad perdida.

El tercer tema llamado *queriendo lucir normal*, hacía referencia al deseo de las participantes de querer lucir como las demás personas y no sentirse diferentes por esa parte del cuerpo rechazada. El cuarto y último tema, *factores psicológicos*, engloba aspectos tales como la auto confianza, la autoestima, el afecto y la imagen corporal. En otras palabras, este tema describe los cambios

³ También es llamado Ritidectomía. Es un procedimiento quirúrgico en el rostro que consiste en eliminar el excedente de piel de la frente, mejillas y cuello, reafirma el tejido del área mediante tracción y fija la musculatura facial.

psicológicos positivos experimentados por las participantes en relación a estos aspectos.

En una revisión realizada por Sarwer, Wadden, Pertschuk y Whitaker (1998; cp. Thorpe, et al. 2004) acerca de diez investigaciones que evaluaban los cambios psicológicos registrados luego de una operación cosmética, se encontró que seis de ellos reportaban cambios positivos, dos reportaban efectos negativos y que otros dos estudios mostraban resultados mixtos o sin cambio. En la revisión, se aprecia que cuatro de estos estudios utilizaron medidas estandarizadas encontrándose que en dos de estos, se hallaron resultados mixtos, en otro no se encontraron cambios y el último registró un aumento de síntomas depresivos.

En fin, los investigadores concluyeron que los resultados de los estudios que utilizan medidas estandarizadas o aproximaciones cuantitativas, generalmente arrojan resultados mixtos y poca información sobre si realmente se produce un cambio en la imagen corporal más allá de los cambios catalogados como positivos o negativos. Además, este tipo de estudio suele utilizar muestras clínicas, excluyendo el estudio de aquellas personas que sin padecer ninguna psicopatología, deciden someterse a una cirugía estética (Sarwer, et al. 1998; cp. Thorpe, et al. 2004).

Estos mismos autores aseguran que la mayoría de las personas que se someten a determinados procedimientos quirúrgicos, no presentan cuadros psicopatológicos graves, aunque si afirman que efectivamente ciertas patologías pueden relacionarse con procedimientos quirúrgicos particulares. Las investigaciones enfocadas en el período post operatorio, suelen estar orientadas a evaluar la psicopatología de los participantes y los efectos psicológicos en términos de satisfacción o disminución de síntomas psicológicos luego de la operación.

Sarwer, et al. (1998; cp. Thorpe, et al. 2004) critican que ninguna investigación, indaga sobre la relación entre la autoimagen del paciente y su decisión de someterse a una cirugía estética. Ellos proponen un modelo de esta

relación que incluye muchos factores como la realidad de la apariencia física, las influencias socioculturales sobre la autoestima, percepción del propio cuerpo y el *balance de la autoimagen*, es decir, la relación entre la satisfacción actual con el propio cuerpo y la autoestima.

En otras palabras, plantean que a través de cuestionarios estandarizados no es posible acceder a otras dimensiones psicológicas de la cirugía estética que son de interés para este tema por lo que sugieren la utilización de entrevistas que permitan tener otra mirada más allá de la supuesta psicopatología o de los efectos positivos o negativos de las cirugías (Sarwer, et al. 1998; cp. Thorpe, et al. 2004).

Entre 1997 y 1998 Gagné y McGaughey (2002) invitaron a un grupo de mujeres a que participaran en un estudio sobre la experiencia de someterse a una mamoplastia voluntariamente. La muestra incluía a 15 mujeres que habían decidido practicarse un aumento, una disminución o una reconstrucción luego de una cirugía cosmética de mamas.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas. Los datos se analizaron cualitativamente y los temas más importantes fueron los siguientes. Las mujeres reportaron *variados motivos para operarse*, algunas pretendían lograr la *normalidad de sus cuerpos* y otras lo hicieron porque trataban de *lucir atractivas para los hombres* (Gagné y McGaughey, 2002).

Otro tema importante que mencionaron fue el *aumento de las interacciones sociales* luego de la cirugía y una *mayor confianza y autoestima*. Además de estos temas, la autora identificó cuatro *factores sociales* que fueron discutidos en las entrevistas: los medios de comunicación, la moda, las otras mujeres. Respecto a este último tema, las entrevistadas pensaban que las mujeres en general compartían patrones de belleza culturales y que constantemente estaban comparando sus cuerpos con los de otras mujeres atribuyendo que estas comparaciones estaban influidas por el poder de los medios de comunicación (Gagné y McGaughey, 2002).

También surgió un tema denominado *medicina como recurso o como opresor*. Este tema describía la diversidad de opiniones entre las participantes ya que algunas relataban que su médico les había brindado varias posibilidades de elegir antes de la operación (tamaño de prótesis, técnicas) mientras que otros restringían las mismas y marcaban los límites de la operación (Gagné y McGaughey, 2002).

Las autoras sugieren que sus hallazgos dan muestra de que las mujeres efectivamente asumen el control al elegir someterse a este tipo de cirugías, pero que sin embargo, continúan confinadas a seguir las normas de la sociedad masculina.

Otro hallazgo interesante se reporta a partir del trabajo de Gaete-Santender (1986) y Davies y Sadgrove (1996; cp. Thorpe, et al, 2004). Gaete-Santender (1986) plantea que muchos pacientes guardan para sí mismos expectativas de cambio no sólo externas sino también internas. El autor afirma que el grado en que la apariencia del paciente cambie, depende de sus expectativas de cambio y su actitud.

Por su parte, Davis y Sadgrove (1996; cp. Thorpe, et al, 2004) encontraron algunas razones que tienen los pacientes para operarse: complacer a su pareja, asegurar una pareja o un trabajo, parecerse a alguien, lucir perfectos. Estas razones son definidas por los autores como poco realistas lo que puede generar luego de la operación sentimientos negativos, una disminución de la autoconfianza y la autoestima.

Si los pacientes tienen expectativas más realistas como por ejemplo, un mejoramiento de su aspecto físico aceptando las limitaciones de los procedimientos quirúrgicos, se producirá un aumento en los sentimientos de bienestar, confianza y autoestima, reduciendo la discrepancia entre la apariencia actual y la apariencia ideal. Si las personas tienen expectativas no realistas, en nada se podrá solventar la insatisfacción.

Desde un enfoque cualitativo, Gimlin (2000) entrevistó a veinte mujeres en Long Island (Nueva York, Estados Unidos) utilizando la ocasión de haberse sometido a una cirugía estética como una oportunidad para explorar la autobiografía de las entrevistadas. El investigador reporta que las mujeres entrevistadas acudían a la cirugía para alcanzar la *normalidad* de sus cuerpos.

Estas mujeres reportaban que sus cuerpos eran *corregidos* pero que de una forma potencialmente *in – auténtica*. Aún así, ellas sentían que sus cuerpos jóvenes realmente representaban la edad con la cual ellas se identificaban. Llama la atención, que al igual que en la investigación de Thorpe, et al. (2004), las mujeres deseaban recuperar la normalidad de sus cuerpos, más no se menciona el tema de la perfección, asociado a los cánones de belleza actuales.

Unos años más tarde, Gimlin (2007) realizó una investigación que pretendía introducir la importancia del contexto socio cultural para la decisión de someterse a una cirugía estética. Para ello, realizó entrevistas semi - estructuradas a 20 mujeres norteamericanas (entre 24 y 50 años) y a 40 mujeres inglesas (entre 23 y 52 años), post operadas en los últimos cinco años. Su objetivo inicial fue estudiar las motivaciones de dichas mujeres para someterse a la cirugía y como tópicos adicionales estudió la percepción de las mujeres sobre su apariencia antes y después de la intervención, el financiamiento económico de la cirugía, la influencia y las reacciones de otras personas y sus planes para practicarse otra cirugía.

Las conclusiones del estudio arrojan que para algunas mujeres los sacrificios económicos no fueron muy altos ni para sus finanzas personales ni representaron un alto gasto para los servicios de salud pública. Otro grupo, defiende la cirugía como un medio necesario para superar dolor físico, problemas emocionales o aislamiento social, mientras que otras de las mujeres entrevistadas plantean que por encima de la belleza está la calidad de las relaciones sociales. (Gimlin, 2007).

Por otro lado, Gimlin (2007) reporta que era frecuente la utilización de excusas y justificaciones entre las mujeres británicas para hablar de los costos de la cirugía cosmética mientras que en las norteamericanas, era evidente como hacían explícito el esfuerzo y sacrificio que habían tenido que hacer para someterse a la cirugía. La autora afirma que tales diferencias se explican por las herramientas que provee la cultura de cada país para entender las finalidades del sistema de salud de esas naciones. Las mujeres norteamericanas coincidían en que el esfuerzo y el sacrificio traían como consecuencia obtener más beneficios del sistema de salud, mientras que las mujeres británicas tenían opiniones más variadas al respecto.

Finalmente, el autor afirma que la mayoría de las mujeres entrevistadas opinan que no son diferentes a otras mujeres que, aunque no se operen, desean también mirar su cuerpo en mejores condiciones, además, afirman que no ocultan ante otras personas haberse operado (Gimlin, 2007).

Para concluir este capítulo podemos afirmar que existen antecedentes empíricos muy diversos y valiosos sobre la dimensión psicológica de las cirugías estéticas, pero que evidentemente estas investigaciones están impregnadas por los factores socioculturales de los países donde se han realizado. Sería muy valioso desarrollar más trabajos de investigación sobre este tema en nuestro país, a sabiendas de que vivimos en un lugar que es punto de referencia en cuanto a cirugías estéticas se refiere.

CAPÍTULO IV - METODOLOGÍA

Sobre la Investigación Cualitativa

El presente trabajo se enmarca dentro de la orientación cualitativa, razón por la cual en las siguientes líneas se harán algunas consideraciones relacionadas con dicha aproximación. Según Kazdin (2001), la investigación cualitativa pretende estudiar a profundidad la experiencia de los participantes involucrados en la investigación e intenta describir la percepción que tienen estas personas sobre su vivencia y el significado de la misma. Se pretende lograr una comprensión mayor de la experiencia porque se realiza un análisis detallado y profundo, brindando la posibilidad, en el mejor de los casos, de construir nuevas formas de hablar sobre el fenómeno en estudio que puedan ser de utilidad no sólo para el investigador sino también para los participantes.

Para Miles y Huberman (1994) la investigación cualitativa estudia de manera intensa o prolongada situaciones de la vida. Estas situaciones son “(...) típicamente banales o normales, que reflejan la vida diaria de los individuos, grupos, sociedades y organizaciones” (cp. Kazdin, 2001, p. 248).

Paz (2003) menciona algunas características fundamentales de esta orientación. En primer lugar, menciona el interés en el *contexto* en que se suceden las experiencias. La autora afirma que es imposible la comprensión de los fenómenos si estos son aislados de su contexto natural. Otra característica importante hace referencia a un abordaje *global u holístico*. No se considera a la persona como un conjunto de variables singulares, sino que por el contrario el énfasis radica en comprender las cualidades y relaciones que agrupan distintas dimensiones en una persona.

Otro aspecto distintivo de esta aproximación es la relevancia del investigador en la recolección de datos. Es común escuchar la expresión “el yo

como instrumento” haciendo referencia no sólo a que este debe tener una formación específica y sólida en la metodología y la teoría, sino que además, debe tener la agudeza de saber qué material considera como relevante y tener un sentido de lo significativo (Eisner, 1998; cp. Paz, 2003).

Paz (2003) continúa su análisis relatando sobre el *carácter interpretativo* de la investigación cualitativa. Afirma que el investigador pretende que los participantes hablen por sí mismos y que podamos comprender su visión del mundo y sus significados a través de sus relatos y experiencias.

Finalmente la autora comenta que en el momento actual una característica importante de la investigación cualitativa es la *reflexividad*. Esto significa que deben analizarse los elementos lingüísticos, sociales, políticos, culturales y teóricos que circundan el trabajo investigativo, en otras palabras, la construcción del conocimiento. Además, la reflexividad plantea la necesidad de reconsiderar al investigador, en cuanto a su posición personal y teórica respecto al tema de estudio y en cuanto a su relación con los participantes y la comunidad a estudiar.

Todas estas características constituyen un marco muy favorable para el desarrollo de investigaciones en las ciencias y disciplinas dedicadas al comportamiento humano (sociología, psicología, educación, otras) de manera tal que para el presente trabajo que pretende estudiar la subjetividad del fenómeno de la cirugía estética de mamas, esta metodología se constituye como la más apropiada.

Problema de Investigación

González (2007) plantea que en la investigación cualitativa, la formulación del problema no es un momento particular tal como se ha enseñado en la investigación tradicional, sino que viene a ser el desarrollo progresivo de

una representación que fungirá como una guía que oriente el inicio de la organización de la investigación y que será susceptible de modificación en el curso del proceso.

Así, plantear un problema de investigación como una pregunta precisa y concreta no tiene sentido, ya que su función es delimitar lo que se desea investigar a partir de la complejidad que implica querer aproximarse a la comprensión de las experiencias humanas (González, 2007). A partir de lo anterior podemos decir que del problema del presente trabajo es desarrollar una exploración y descripción de la experiencia subjetiva de un grupo de mujeres post operadas de cirugía estética de mamas.

Objetivos de la Investigación

En consonancia con el problema de investigación, las hipótesis u objetivos de la investigación cualitativa van suscitándose en el proceso de construcción del conocimiento y el investigador puede o no formular algunas hipótesis iniciales (Kazdin, 2001). Los objetivos de la presente investigación son los siguientes:

- 1.- Explorar el proceso de toma de decisión de someterse a la intervención quirúrgica de mamas.
- 2.- Explorar las expectativas de cambio psicológico luego de la intervención quirúrgica.
- 3.- Comprender el proceso de ajuste psicológico posterior a la intervención quirúrgica.
- 4.- Comprender el significado de la cirugía estética de mamas como un fenómeno social en nuestro contexto y tiempo.

Tipo de Investigación

Se trata de una investigación de tipo exploratorio – descriptivo dentro de una orientación cualitativa que pretende hacer una aproximación a la experiencia de someterse a una cirugía estética de mamas para comprender la experiencia subjetiva de un grupo de siete mujeres.

Técnica de Recolección de datos

La técnica seleccionada para recolectar los datos de la presente investigación fue el uso de Grupos Focales. A continuación se detallan las bondades y características de dicha elección.

Alvarez y Jurgenson (2004) explican:

Se define como una técnica de investigación social que privilegia el habla, cuyo propósito radica en propiciar la interacción mediante la conversación acerca de un tema u objeto de investigación, en un tiempo determinado, y cuyo interés consiste en captar la forma de pensar, sentir y vivir de los individuos que conforman un grupo (p.132-133).

Es una de las técnicas más utilizadas en la actualidad en la investigación cualitativa. Requiere habilidades para su manejo, pero es útil por su facilidad y por la riqueza de la información que se obtiene. Es muy utilizada en la mercadotecnia para conocer la perspectiva del cliente sin que el moderador influya de manera directa y dominante (Alvarez y Jurgenson, 2004).

Según estos autores, una de las características más importantes del grupo focal es que se puede registrar la interacción, es decir, se observa cómo los participantes van elaborando gradualmente su realidad, sus creencias,

sentimientos y actitudes. Por su parte, Morgan (1988) comparte esta opinión al afirmar que los grupos focales subsanan las debilidades de otras técnicas como la entrevista individual, en relación a la posibilidad de observar la interacción de las opiniones de varias personas sobre un tema.

Algunas de las ventajas de utilizar esta técnica son las siguientes: Es un instrumento que facilita recoger datos de manera rápida y menos costosa que las entrevistas individuales. Permite al investigador interactuar con los participantes para hacer aclaraciones. Permite recoger información no verbal. Proporciona gran cantidad de datos con las propias palabras de los participantes. Tiene un efecto sinérgico, es decir, los participantes al escuchar a otras personas conversar, tienden a interesarse más en exponer su experiencia personal. Es un instrumento flexible en su aplicación. Facilita el trabajo con personas que carezcan de educación formal y los resultados son fáciles de entender (Alvarez y Jurgenson, 2004).

Algunos autores señalan que los participantes no deben conocerse, sin embargo, otros autores opinan que no es relevante si los participantes se conocen puesto que lo más importante es que esas personas nunca han hablado sobre el tema de la investigación (Alvarez y Jurgenson, 2004).

Además, se considera que los grupos focales son un grupo artificial puesto que se trata de un conjunto de personas que no se conocen sino justo en el momento de la conversación (Alvarez y Jurgenson, 2004). Otra desventaja de que se trate de un grupo reunido bajo condiciones no naturales, es que no hay seguridad acerca de la precisión de las opiniones de los participantes (Morgan, 1988).

Según Corbetta (2003), la realización de un grupo focal requiere que los participantes hayan estado implicados en una misma vivencia o una determinada situación. A partir de esta experiencia en común, los participantes son entrevistados por un moderador o entrevistador, que fomenta la discusión, las

distintas interpretaciones, emociones y valoraciones críticas sobre un acontecimiento determinado.

En cuanto al número de grupos, hay diferencias entre los autores. Morgan (1988) sugiere que la elección del número de grupos depende los objetivos de la investigación, el tamaño del grupo de investigadores y de la naturaleza del problema de estudio. Por su parte, Alvarez y Jurgenson (2004) recomiendan utilizar mínimo dos grupos. En cuanto a los participantes, ambos autores sugieren que el grupo guarde un equilibrio entre lo homogéneo y lo heterogéneo. Además, recomiendan un número de participantes entre 6 y 10, aunque se permite un mínimo de 4 personas. Su duración puede extenderse entre una o dos horas.

En la presente investigación fue posible reunir a 12 participantes las cuáles fueron reunidas en dos grupos focales. Además, se invitó a una psicóloga clínica a que realizara una observación no participante de dichas reuniones.

Para la conducción del Grupo Focal se redactó un Guión de Preguntas que facilitó la discusión. Dicho guión fue evaluado previamente por tres jueces (una psicóloga clínica y dos psicólogas sociales) quienes a través de sus comentarios y sugerencias contribuyeron a la construcción del guión definitivo utilizado en las reuniones (Ver Anexo A).

Unidades de Análisis

Se realizó un muestreo teórico, el cual es definido por Taylor y Bogdan (1992) como el procedimiento en el cual “los investigadores seleccionan conscientemente casos adicionales a estudiar de acuerdo con el potencial para el desarrollo de nuevas intelecciones o para el refinamiento y la expansión ya adquirido” (p. 34).

Otros autores lo denominan muestreo intencional, y lo definen como aquel procedimiento a través del cual se selecciona a los participantes por métodos no probabilísticos, ya que estos poseen las características de interés para el estudio en cuestión. Corbetta (2003) denomina a este procedimiento, muestreo subjetivo por decisión razonada.

Para este estudio se recurrió a la modalidad de “bola de nieve” utilizado para facilitar la realización del estudio de unidades *clandestinas* (Corbetta, 2003). Este consistió en preguntar a aquellas personas que se habían sometido a una cirugía de mamas o también a aquellas personas que tenían conocimiento de la realización de esta investigación, si conocían a otras personas que también lo habían hecho. A pesar de que en la actualidad la cirugía estética no necesariamente es considerada clandestina, ciertamente involucra al ámbito privado y este procedimiento contribuyó a la agrupación de las participantes.

Los criterios utilizados para la selección de los participantes fueron los siguientes: mujeres que se hubieran sometido a por lo menos una cirugía estética de aumento de mamas y que no cumplieran con los criterios de diagnóstico del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC).

Estrategia de Análisis

Se utilizará la técnica de *análisis de contenido* para procesar la información resultante del grupo focal. La unidad de análisis será *temática*, tratando de encontrar el significado latente de las narraciones de las participantes sobre su experiencia.

Bardin (1977/1986) define el análisis de contenido como:

Conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones que aportan procedimientos sistemáticos y objetivos del contenido de los mensajes, para obtener indicadores, cualitativos o no, que permitan la inferencia de los

conocimientos relativos a las condiciones de producción y recepción de los mensajes. (p.13).

La utilización de la unidad de análisis temática nos obliga a revisar la definición de tema. Según D' Unrug (1974; cp. Bardin, 1977/1986), el tema es:

Una unidad de significación compleja, de longitud variable: su realidad no es de orden lingüístico, sino de orden psicológico: una afirmación, y una alusión, pueden constituir un tema; a la inversa, un tema puede ser desarrollado en varias afirmaciones o proposiciones. (p.80).

En cuanto a la realización de un análisis temático, Bardin (1977/1986) comenta:

Hacer un análisis temático consiste en localizar los “núcleos de sentido” que componen la comunicación y cuya presencia, o la frecuencia de aparición, podrían significar algo para el objetivo analítico elegido (p.80).

La técnica de análisis de contenido temático ofrece una aproximación sistemática y ordenada de los relatos producidos en situaciones psicoterapéuticas (Bardin, 1977/1986), por lo cual constituye una técnica idónea para el presente estudio, ya que si bien las narraciones no fueron obtenidas en un proceso de psicoterapia, ciertamente son contenidos surgidos de un debate de significaciones psicológicas.

Procedimiento

El inicio del presente estudio correspondió a la revisión bibliográfica tanto teórica como metodológica sobre el tema en cuestión. Esto permitió analizar la relevancia y pertinencia de realizar este trabajo como prerrequisito para la obtención del título de especialista en psicología clínica – comunitaria. Si bien la inquietud por el tema formaba parte de mis intereses personales, fue muy

productiva la indagación documental previa la cual me permitió perfilar el problema de investigación de manera progresiva. Posterior a este paso, se procedió a establecer los contactos con quienes colaboraron como jueces del guión de preguntas preliminar mencionado anteriormente. El resultado de sus recomendaciones y de las recomendaciones del profesor guía, contribuyeron al establecimiento del guión definitivo así como también de la definición de las características de los participantes a contactar.

La selección de las participantes al grupo fue posible gracias al contacto con personas cercanas quienes, interesadas en el tema de la investigación, ofrecían los datos para contactar a sus conocidos. Por tratarse de una temática íntima, se prefirió esta forma de contacto a través de personas conocidas y no por medio de algún centro de cirugía estética. Una vez que estas personas me comunicaron sobre aquellas mujeres que habían pensado participar y formar parte del grupo, procedí a contactarlas telefónicamente para explorar algunos datos personales, indagar sobre los criterios de exclusión y acordar los detalles de la reunión.

Se convocó a un grupo de 12 mujeres que habían vivido la experiencia de una mamoplastia por razones estéticas y a una psicóloga clínica quien realizó una observación participante durante la sesión. Por las dificultades inherentes que implica acordar una fecha y hora en que todas las participantes pudieran asistir, se realizaron dos grupos focales divididos de la siguiente manera. Una primera reunión estuvo constituida por siete participantes, la observadora no participante y la moderadora y una segunda reunión a la cual asistieron otras cinco participantes, una observadora no participante y la moderadora.

Antes de iniciarse la discusión en ambos grupos, las participantes llenaron un formulario con datos de identificación y con algunas indicaciones de la investigadora donde se garantizaba el carácter confidencial y anónimo de los datos suministrados (Anexo B). Una vez recolectada la información y habiendo tomado como punto de corte el criterio de saturación, el cual implica detener el proceso de muestreo cuando los hallazgos comienzan a repetirse (Glaser y

Strauss, 1967; cp. Rodríguez, 2002), se procedió a realizar el análisis de contenido.

Según Bardin (1977/1986) este procedimiento consta de tres fases: 1.- El Pre análisis, 2.- La Explotación del material y 3.- El Tratamiento e Interpretación de los Resultados. Según Bardin (1977/1986) el primer paso denominado El Preanálisis consiste en la organización del material utilizando la intuición con la finalidad de sistematizar las ideas iniciales.

Una vez transcrito el material a utilizar, se procedió a hacer una relectura con la finalidad de tomar la decisión de si se cumplía el criterio de saturación en la segunda sesión a la otra parte del grupo o si era necesario continuar con otra sesión de grupo. Una vez identificado dicho criterio en el material, se procedió a organizar la transcripción y asignarle un número a cada participante del 1 al 7 precedidos por la letra S de sujetos y entre paréntesis se colocó la edad cronológica de cada participante. Esto permitió mantener el anonimato de las participantes además de organizar el material para su subsiguiente interpretación.

En el segundo paso que plantea Bardin (1977/1986) llamado explotación del material, se realiza la identificación de los temas del contenido. Aquí no se considera la frecuencia de un tema sino la presencia de lo que él denomina índice (tema, palabra, expresión). Para llevar esto a cabo se procedió a elaborar una matriz de tres columnas. La primera llevaba por nombre TEMA, la segunda VERBATUM y la tercera ANALISIS. En esta matriz se transcribió de nuevo el material pero ordenándose de acuerdo a los temas que se iban identificando durante la relectura del mismo.

El tercer paso de esta estrategia de análisis consistió en el tratamiento de los resultados y la interpretación (Bardin 1977/1986). Una vez identificados los temas en cuestión, estos fueron interpretados y discutidos a la luz de los antecedentes teóricos existentes.

CAPÍTULO V - ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Luego de la recolección de información, a través de la realización de dos sesiones con dos grupos focales, los cuales fueron descritos en el apartado anterior, se procedió a llevar a cabo el análisis de los datos. Para esto se seleccionó la técnica de análisis de contenido temático propuesta por Bardin (1977/1986), la cual pretende por medio del proceso de inferencia, la identificación de temas latentes o subyacentes en las discusiones de los grupos focales.

A continuación se hace una breve descripción de las características de identificación más importantes de la muestra seleccionada.

Tabla 1. Características de la Muestra

Sujeto	Edad	Ocupación	Origen	Edo Civil	Tiempo desde la operación	¿Has asistido Psicoterapia?
1 Ana	26	Abogada	Maturín	Soltera	1 a. y 6 m.	No
2 María	31	Asist. Adm.	Caracas	Concubinato	5 a. y 1 m.	No
3 Eva	23	Estudiante	Caracas	Soltera	1 a. y 8 m.	No
4 Sonia	28	Psicóloga	Caracas	Soltera	3a. y 10 m.	Si
5 Paty	31	Psicóloga	Lima	Soltera	3 a. y 6 m.	Si
6 Lisa	18	Estudiante	Caracas	Soltera	6 meses.	No
7 Nancy	27	Odontóloga	Caracas	Casada	2 a. y 8 m.	Si

Cabe destacar que el análisis se centrará en el contenido de la sesión uno del grupo focal y que se utilizará el contenido de la segunda sesión como información complementaria puesto que se cumplió el criterio de saturación. Esto significa que se obtuvo información relacionada con los temas del primer grupo y que si bien se pudieron observar características distintas de personalidad en las participantes del segundo grupo, no se identificaron temas nuevos sino

información que amplió la comprensión de los temas del primer grupo y una mayor comprensión del fenómeno de interés para la presente investigación. En el Anexo C se describen las características de las participantes del segundo grupo focal.

A continuación se presenta un esquema con los temas y subtemas inferidos del contenido de las sesiones.

1.- Proceso de toma de decisiones previas a la intervención quirúrgica

1.1 Las motivaciones para operarse son variadas

1.2 La importancia de la figura materna a lo largo del proceso

1.3 “(...) Si lo pensaba mucho no me operaba”.

1.4 Cambiando de la proporcionalidad a lo llamativo.

2.- Expectativas y presencia de cambios psicológicos y/o conductuales luego de la cirugía.

2.1 Las perspectivas de cambio psicológico y de obtención de una pareja luego de la operación

2.2 Dificultad para registrar cambios psicológicos

3.- El ajuste físico y psicológico a la nueva imagen

3.1 Mamas como objetos

3.2 Consecuencias físicas indeseables y difíciles de admitir

4.- El fenómeno social de la cirugía de mamas

4.1 Una operación al alcance de todos

Descripción de los temas generales y subtemas inferidos

1.- Proceso de toma de decisiones previas a la intervención quirúrgica

Este tema general hace referencia a las evaluaciones y decisiones previas que realizaron las participantes en relación a las motivaciones para practicarse la operación, la elección del médico cirujano, el tiempo transcurrido entre la toma de decisión y la cirugía como tal y el tamaño de las prótesis.

1.1 Las motivaciones para operarse son variadas

Este subtema corresponde a las diversas razones expresadas por las participantes del grupo para someterse a la intervención quirúrgica de aumento de mamas. Algunas de las motivaciones son: inconformidad con el tamaño, estar a la moda, insatisfacción con la forma en que lucen la ropa, exaltación de la feminidad y por obtener un beneficio personal.

Las motivaciones para operarse dentro del grupo son variadas. Algunas participantes mencionan una insatisfacción con el tamaño y que esta característica no les permitía usar la ropa que deseaban o específicamente que no les satisfacía cómo les lucía la ropa. A continuación el verbatim de algunas de las participantes:

María: “tamaño, eran muy chiquitas. Yo me veía al espejo y arrugaba la cara ahora me veo y me pongo feliz (risas)” S2 (31).

Ana: “antes las camisas me quedaban aguadas” S1 (26).

Paty: “yo también pero no desde los 12 sino mas grande, ¿a los 20? Tenía que ponerme almohaditas, relleno”. “Entonces dije lo voy a

hacer pero es que antes era una idea más vaga llegó un momento como una idea fija, lo tengo que hacer porque estoy fastidiada, harta”. (...) “era un sufrimiento yo igual una talla arriba y otra abajo” S5 (31).

Nancy: “(...) yo me operé por la ropa, pero más nada (...) o sea es algo para llenar los vestidos porque la moda te lleva demasiado y que no hay camisas” S7 (27).

En este primer grupo de motivaciones pareciera que no sólo el tamaño es una razón de descontento sino que también la moda del momento a través de la confección de prendas de vestir con restringidas posibilidades para ajustarse a la variedad de los cuerpos femeninos, constituye una fuente adicional de preocupación ya que confronta a las mujeres con las partes no aceptadas de su cuerpo y/o que dichas prendas no puedan lucir en sus cuerpos como ellas desean.

La participante llamada Nancy además de manifestar que la moda influyó en su decisión de operarse, comenta como antecedente a esta situación, la sensación de que sus pechos iban *desapareciendo* por practicar mucho deporte, mientras que Lisa reporta esta misma sensación de que sus pechos iban desapareciendo pero por los cambios de peso.

Nancy: “a mí me paso que yo hacía mucho deporte de joven y a los 18, 19 las lolas se me estaban cayendo se me estaban desapareciendo, porque yo era 34B y eso eran lolas pero empecé a adelgazar y no tenía y las tenía flácidas parecía una abuela y yo no vale (...)” S7 (27).

Lisa: “yo era muy gordita y empecé a adelgazar y empezaron a desaparecer y mi mamá me decía no hija y yo mamá es que me tienes que ver y cuando fuimos al médico y me vio me dijo: ¡Ay pobre de mi hija! (risas)” S6 (18).

Por otro lado, una de las participantes menciona que sus mamas nunca *crecieron* asemejándose físicamente a un *varoncito* lo que pareciera indicar que el aumento de mamas podía devolver o exaltar la femineidad disminuida. A continuación el verbatim de Eva:

“yo desde los 12 años decía yo como que me voy a tener que operar porque esto como que no crece. Siempre lo pensé”. “(...) claro yo no tenía nada, pero naaada, era un varoncito (se toca los pechos) (...)”
S3 (23).

En el segundo grupo focal, algunas participantes también mencionaron que tener las mamas más grandes las hacía sentir femeninas atribuyendo así al hecho de tener pechos pequeños, siendo común la palabra *plana*, una razón importante para someterse a la operación. Es plausible que el deseo de unos pechos grandes pueda significar la posibilidad de compensar algunos de estos aspectos femeninos devaluados (Morabito, 2007).

Por otro lado, Sonia reporta como una motivación la importancia de la mirada del *otro* en dos instancias. En un primer momento, una mirada que confronta con la imagen proyectada pero más específicamente, una mirada que problematiza las proporciones de tu cuerpo y que transmite el mensaje de que tu cuerpo podría estar *mejor proporcionado*. En segunda instancia, Sonia es capaz de reconocer en su experiencia, que una motivación para operarse puede relacionarse con el deseo de ser mirada por otros y que no sólo se desea resarcir una insatisfacción personal.

Sonia: “Yo sinceramente creo que no había registrado eso hasta que un día estaba con la mamá de mi amiga en la playa. Yo nunca en mi vida había pensado sobre operarme los senos. Y me dijo yo creo que si tú te pones un poquitico aquí mira tú estarías perfecta porque equilibras y tal y yo bueno”. “me empecé a mirar más y yo así como que bueno podrían estar mejor un poco mas simétricas pero sinceramente si no me hubiese hecho el comentario no me hubiese

preocupado...”. “Porque también te operas para los otros de alguna forma. Para que el otro te vea (...)” S4 (28).

Sonia fue la única participante que hizo explícita la idea de que otras personas pueden tener injerencia en la decisión de someterse a una operación estética. El resto de las participantes no llegó a reconocer este aspecto sino que por el contrario hacían referencia a que se trataba de un bienestar personal y en algunos casos más bien matizado por el tema de la moda. El segundo grupo enfatizó que la motivación radicaba en la satisfacción personal de sentirse más a gusto con el propio cuerpo; las participantes de este grupo no restaron importancia a la moda pero intentaron dejar claro que además de la actual tendencia a tener pechos voluminosos, la motivación partía de un deseo individual.

De esta manera se insinúa una necesidad de apropiarse en alguna medida de un proceso que inevitablemente resulta intrusivo al propio cuerpo, lo cual evidencia una contradicción difícil de manejar por lo que muchas participantes afirman que lo hicieron principalmente para obtener un beneficio que redundaba en sí mismas, siendo esto discutible puesto que cualquier cambio en la imagen corporal, especialmente si se trata de un cambio en los pechos, incide en el impacto que nuestra imagen produce en otras personas y, por consiguiente, en la forma en que las otras personas se relacionan con quien decide cambiar una parte de su cuerpo.

1.2 La importancia de la figura materna a lo largo del proceso

Este subtema se define como todas aquellas acciones y actitudes de las madres de las participantes antes y después de la cirugía y la importancia que las participantes adjudican a dichas conductas y actitudes a lo largo de la experiencia vivida.

En cuanto a la influencia que otras personas pudieron ejercer en la decisión de someterse a la cirugía estética, tal como mencioné en las líneas anteriores, las participantes no reportaron a ninguna figura en particular, salvo

a sus madres, quienes si aparecieron en diferentes momentos del proceso pre y post operatorio como partícipes de alguna manera de dicha experiencia.

Tanto en la toma de decisión previa como en el proceso de recuperación, pareciera resaltar la figura materna como una aliada o una detractora fundamental en dicha experiencia. Puede ocurrir que la significación más íntima del hecho de poseer, lucir u ocultar los pechos sólo puede ser comprendida por otra mujer y quien mejor que las madres para validar los sentimientos de placer o displacer que vivimos las mujeres con nuestro propio cuerpo. Algunos verbatim que ilustran la presencia de las madres son los siguientes:

Sonia: “yo no podía tocármelas, o sea para limpiarlas y eso no pude mi mamá me hacía todo. Me daba nervios. (...) yo sinceramente creo que no había registrado eso hasta que un día estaba con la mamá de mi amiga en la playa (...) esto ya forma parte de mi, esto es mío mi mamá me las heredó” S4 (28).

Lisa: “yo era muy gordita y empecé a adelgazar y empezaron a desaparecer y mi mamá me decía no hija y yo mamá es que me tienes que ver y cuando fuimos al médico y me vio me dijo: Ay pobre de mi hija! (risas) (...) mi mamá dice que si pero las rosquitas aunque no se atreve todavía (...) yo fui sola a la primera cita y el médico me dijo te opero hoy a las 5. Llame a mi mamá y le dije y listo” S6 (18).

Eva: “mi mamá debería hacerse una liposucción completa” S3 (23).

Nancy: “la edad es importante porque mi mamá le tiene pavor a la anestesia porque algo que no hemos tocado aquí es si no pensaron que se podían morir en esa cirugía (...)” S7 (27).

Ana: “mi mamá no tiene y está feliz por mí si yo me siento bien ella también” S1 (26).

Por otro lado, la figura masculina queda un poco más relegada de este proceso. Las pocas participantes que mencionaron a sus padres, llegaron a decir que no sabían incluso si estos tenían conocimientos de que ellas se habían sometido a la operación.

En cuanto a las parejas de las participantes en el momento de la cirugía, estas tendieron a fungir como personas que opinaban respecto a una decisión ya tomada y en algunos casos, incluso, contribuyeron económicamente a la cirugía. Es posible que el apoyo económico sea un mensaje al menos indirecto de aprobación de someterse a dicha cirugía, lo que termina por indicar que las parejas si se involucraron en la experiencia de la intervención quirúrgica de mamas a través del acompañamiento pre y post operatorio y a través del apoyo económico.

María: “fueron mi hermana y mi mamá y el estaba súper pendiente en la operación digo. El decía yo estoy feliz con lo que tienes pero si tú te las quieres operar, opérate (...) mi pareja en ese momento me atendió me daba la medicina, feliz, hasta me las pago, me hizo los masajes y todo y ya no estamos juntos” S2 (31).

Nancy: “(...) de hecho mi esposo antes de casarnos me decía, te hubieses quedado como estabas, para que, a él en verdad nunca le dio ni frio ni calor, chévere” S7 (27).

1.3 “(...) Si lo pensaba mucho no me operaba”.

Este subtema se define como la tendencia impulsiva reportada por las participantes a tomar la decisión de operarse. Se reporta poco tiempo entre la primera consulta con el médico y la intervención quirúrgica.

La mayoría de las participantes del grupo describe que su decisión fue tomada con poca anticipación a la operación. Pareciera tratarse de una decisión más impulsiva que reflexiva, con la intención subyacente de no pensar más de lo

necesario en las consecuencias porque eso podría modificar la decisión tomada. Esta idea se ilustra particularmente en el verbatimum de dos de las participantes, quienes señalan lo siguiente:

Sonia: “yo también con el primer médico porque es la mamá de una amiga que tiene una clínica de cirugía estética (...)”. “(...) Siento que lo hice tan rápido y que mi decisión fue tan apresurada que si lo pensaba mucho no me operaba” S4 (28).

Es probable que brindarse un tiempo para evaluar los riesgos y los beneficios de la cirugía en cuestión, permita aflorar emociones como la ansiedad que conduzcan a dudas sobre la decisión tomada. En algunas personas esta tendencia a la actuación antes que a la reflexión devela mecanismos maníacos o actuadores (acting out). Es decir, es posible que algunas personas con dificultades para la simbolización y la reflexión ante la presencia de sentimientos de tristeza, sensación de ansiedad o frustración, respondan con conductas que en apariencia puedan hacerlas sentir con mayor bienestar.

Por su parte, otra participante expresa:

Lisa: “yo por una tía que se había operado, fue el primer médico que visité”. “(...) a mí no me dio tiempo de ponerme nerviosa” S6 (18).

Este verbatimum confirma el poco tiempo transcurrido entre la visita al médico y la cirugía. El no tener tiempo para experimentar las preocupaciones esperadas previas a cualquier intervención quirúrgica, tiene como beneficio secundario ya mencionado el no poder arrepentirse de la decisión, pero como consecuencia indeseable, la imposibilidad de hacerle al médico las preguntas y no poder expresar las inquietudes que puedan surgirle a la paciente luego de una primera entrevista con el médico en cuestión.

Puede apreciarse que a pesar de tratarse de una decisión impulsiva, algunas de las participantes brindaron información que permite inferir lo que

podrían identificarse como dos fases en la toma de decisión. En primer lugar están las mujeres que desde la adolescencia tenían la inquietud de la operación de mamas (como Eva), mientras que otras también describen que en la adolescencia tenían no sólo la inquietud sino la seguridad de querer operarse (Ana). Luego se describe una segunda fase caracterizada por una consolidación de esta idea, convirtiéndose en una idea fija (Paty). Una vez establecida esta idea el siguiente paso es la búsqueda de un médico que cumpla con este deseo. La visita al médico pareciera precipitar todo el proceso de toma de decisiones haciéndose en muy poco tiempo y de manera apresurada.

Por otro lado, hay un aspecto importante relacionado con el poco tiempo transcurrido entre la visita al médico y la cirugía, es el reporte de las participantes del número de profesionales que habían visitado antes de decidir con quién deseaban operarse. La mayoría de las participantes reporta que decidieron operarse con el primer médico al cual consultaron. A excepción de la participante llamada María quien se entrevistó con tres médicos antes de decidirse para someterse a la cirugía. A continuación algunos relatos que ilustran este aspecto:

Ana: “bueno yo me operé con el primer médico (risas grupo) porque mi mamá se había operado con él de un quiste entonces con él fue. Yo fui, me vio y ya yo dije si y eso fue un martes y el miércoles de la otra semana me operé. Fue así de rápido” S1 (26).

Paty: “yo también fui con el primero, el primero que conseguí era un médico que me recomendó una amiga de mi hermana que el esposo era médico a su vez. Yo igual sabía que iba a hacer con él pero hice la cita previa fui con él y me gustó.”. “(...) ¡Todas muy rápido pues!”. “(...)Todas tenemos en común que teníamos alguna recomendación previa” S5 (31).

Nancy: “fue con el primer médico que visité, el es papá de una amiga mía. Fui, me examinó, no me dio pena y dije, bueno, sí. O sea el te

ve te toma las medidas y me decían mis amigas: ¿tú estás segura de que te vea el papá de una amiga? ¿Qué te vea desnuda? (Risas grupo) pero es que lo conocía y le tenía confianza” S7 (27).

De estos relatos puede inferirse otro punto importante que tiene que ver con que la mayoría de las participantes visitaron médicos de quienes tenían alguna referencia previa. Es frecuente elegir un cirujano que haya operado a alguna amiga o familiar, lo cual genera una sensación de confianza y seguridad. Observar el resultado de la operación en personas cercanas o como mínimo entrevistarse con algún médico recomendado por otro médico, brinda una sensación de protección reportada por la mayoría de las participantes.

Tan solo dos de las participantes del segundo grupo, tuvieron algunas consideraciones previas a la elección definitiva del cirujano plástico. Compararon técnicas quirúrgicas, sugerencias en cuanto al tamaño de las prótesis, características del lugar donde se realizaría la cirugía y características de personalidad del médico. A excepción de estas dos participantes, la gran mayoría de las mujeres tuvieron una conducta mucho más impulsiva.

Este hallazgo de la ausencia de un proceso reflexivo y detallado en la selección del cirujano fue también descrito por los trabajos de Gagné y McGaughey (2002) y el trabajo de Morgan (2005). Este último plantea que muchas veces la motivación para escoger a un cirujano se basa en los resultados positivos que desean a cambio del menor riesgo posible. La autora mantiene que muchas mujeres seleccionan a su cirujano por una reacción instintiva, por su buena reputación, razones que no son suficientes o que no garantizan el éxito de una cirugía cosmética.

A pesar de los aparentes riesgos de esta cirugía, Morgan (2005) recoge evidencia de entrevistas realizadas que sugieren que las creencias predominantes sobre los riesgos de estas cirugías deben ser desafiadas puesto que muchas de las entrevistadas se habían informado a través de la televisión o la prensa popular de los riesgos de la cirugía prescindiendo de la opinión de los cirujanos y que incluso una de las entrevistadas de su investigación expresaba cierto

escepticismo general acerca de los riesgos que involucra el aumento de mamas insinuando que lo que informaba la publicidad era cuestionable y un tanto exagerado.

Si bien las participantes de la presente investigación no negaron los riesgos de la cirugía, su toma de decisión impulsiva y el promedio de los pocos médicos que visitaron antes de decidirse por el cirujano definitivo, insinúan que la información que manejaban previa a la cirugía provenía de otras fuentes como las experiencias de amigas y familia principalmente, y que los riesgos no fueron considerados tan altos como para retractarse de la decisión de someterse a la operación.

Este subtema se vincula con un aspecto fundamental de toda intervención quirúrgica que es la relación médico - paciente. Blum (2003) describe su experiencia personal en cuanto al proceso transferencial que se produce entre la figura del cirujano y los pacientes. Relata la existencia de una transferencia masiva y un proceso psíquico importante que se produce durante las entrevistas previas a la decisión de someterse a una cirugía estética y culmina afirmando que todas las pacientes dependen fundamentalmente del cirujano y que esto es algo que no se puede negar.

Una de las participantes hace un comentario que alude a este punto, Nancy: *“para mi sigue siendo una lotería si la pegas o no. Alguien actualizado tal vez, hay muchos factores”* S7 (27). Esto lo expresa en referencia a la posibilidad de seleccionar un profesional con las competencias necesarias y el lineamiento ético esperado para realizar una adecuada intervención. La pregunta que puede surgir tiene que ver con hasta qué punto las pacientes también son responsables del proceso, al realizar una búsqueda detallada y reflexiva de un profesional que pueda actuar de acuerdo a lo esperado, a diferencia de lo reportado por las participantes del primer grupo quienes a través de un manejo maniaco tomaron decisiones con premura.

Además, Blum (2003) señala que en su experiencia muchos cirujanos venden la cirugía estética como una poción mágica, ella la denomina, el cuento de la bella durmiente, denunciando la necesidad de que los médicos hablen con sus pacientes de manera realista acerca de los alcances de la cirugía y que se expliciten las expectativas que tienen para así evitar deseos de perfección inalcanzables y en lugar de sentirse decepcionadas luego de la cirugía, lograr altos niveles de satisfacción.

Por su parte, Gaete-Santander (1986) y Davies y Sadgrove (1996; cp. Thorpe, et al, 2004) también sugieren que muchas pacientes guardan para sí mismas unas expectativas de cambio no sólo externas sino también internas y que si estas no se discuten antes de la cirugía, se pueden generar sentimientos negativos como la disminución de la autoconfianza y la autoestima.

1.4 Cambiando de la proporcionalidad a lo llamativo

Se refiere al tamaño de prótesis elegido por la participante o por el médico. Más específicamente, se refiere a los criterios (o el criterio) utilizados para elegir el tamaño del implante y la influencia de otras personas (médico) en la selección del mismo. Destaca entre las participantes una tendencia que se va develando progresivamente a lo largo de la sesión, de preferir prótesis de mayor tamaño.

De manera unánime las participantes mencionan que la elección del tamaño de las prótesis debe ser proporcional al cuerpo de cada paciente. Sin embargo, surgen algunas contradicciones luego de que una participante develara que ella sí se colocaría prótesis más grandes, comentario que es apoyado por algunas participantes. Este tema pareciera estar permeado por la deseabilidad social, al responder que la proporción al cuerpo es el tamaño óptimo de las prótesis y asumiendo una actitud crítica ante aquellas mujeres que se colocan prótesis muy grandes. Es decir, luego de que la mayoría de las participantes reportan que eligieron tamaños proporcionados a su cuerpo y que están satisfechas con el tamaño obtenido, una de las mujeres del grupo logró expresar su deseo más personal de que le hubiese gustado colocarse prótesis más grandes y en lugar de recibir comentarios de rechazo, recibió comentarios de apoyo.

Si bien es cierto que la proporcionalidad al cuerpo resulta un concepto subjetivo descrito de esta manera por las participantes, los médicos utilizan diferentes indicadores objetivos para sugerir las prótesis óptimas según el cuerpo. Se mide el contorno del tórax, de las caderas, se anticipa la medida del busto en centímetros e incluso la talla del brassier. No todos los cirujanos realizan estas mediciones pero quienes utilizan al menos algunos criterios objetivos, también suelen agregar una pregunta que da cabida a las pacientes de expresar su imagen ideal y sus fantasías sobre el tema. Por ejemplo, los médicos pueden preguntar a las pacientes si desean un escote llamativo, discreto o natural e incluso exploran el trabajo de las pacientes o su profesión para sugerir una talla con la cual se sientan satisfechas.

Es decir, el criterio de la proporcionalidad es ciertamente mejor manejado por los médicos cuando estos se atienen a utilizar los criterios objetivos, pero la última palabra le suele corresponder y le debería corresponder a la paciente.

Algunos verbatim que ilustran la presencia de esta discusión durante la sesión son los siguientes:

Sonia: “La cosa es que se ven proporcionadas y que parezcan más”. (...) “lo importante es la proporcionalidad, una cosa que se vea estética”. “yo creo que si está bien que cuando te las quieras reemplazar te pongas 350, 400 pero para haber sido una primera experiencia yo estoy contenta”. Luego agrega: “pero después cuando se te bajó la inflamación no pensaste... ¿un poquito más hubiese sido mejor?”. S4 (28). (Risas y ruido de casi todas las participantes en señal de afirmación).

Ana: “lo importante es la proporción con tu cuerpo”. “claro” S1 (26). (Como respuesta afirmativa luego de que Sonia quien dijo que se colocaría unas prótesis más grandes en la próxima operación”).

María: “y al final que no te afecte porque después te afecta la espalda, la columna”. Luego agrega: “yo me pondría más” S2 (31).

Eva: “El doctor también me dijo eso me dijo ponte más porque todas las que se ponen esa talla que te estás poniendo después vuelven a operarse y dicen: ay ponme más. El dice que todas las que se han puesto 350 que fue lo que yo me puse dicen eso luego. Claro yo no tenía nada, pero naaada, era un varoncito (mímica) entonces dije 350 es bastante, para mi tamaño. Después se ve grotesco”. Luego más adelante en la sesión agrega: “yo dije me quedaron gigantescas, excelente” S3 (23).

Es común el reporte de los médicos que sugieren tamaños de prótesis más grandes que las elegidas por las pacientes, ya que muchas veces por temor a quedar muy grandes, seleccionan tamaños discretos o justamente proporcionales. Esto en ocasiones es reportado como inapropiado por parte del médico pero en ocasiones las pacientes expresan lamentarse y no haber considerado la sugerencia del médico.

Paty: “(...) el me decía pero es muy poquito entonces al final llegamos a un punto medio porque yo me quería poner menos en centímetros cúbicos. Y él me puso un poco más entonces decidimos un punto intermedio” S5 (31).

Las participantes de ambos grupos reportan haber recibido algunas sugerencias en cuanto al tamaño de las prótesis prescindiendo de los criterios objetivos mencionados anteriormente. Algunas participantes de ambos grupos recordaban que el médico les había recomendado utilizar un tamaño mayor al deseado por ellas, en vista de que con frecuencia las pacientes quedaban descontentas luego de colocarse prótesis de tal o cual tamaño.

En el mejor de los casos, la experiencia del médico y las expectativas de la paciente se conjugan para tomar la decisión final del tamaño de la prótesis. Hago

la salvedad puesto que en muchas ocasiones, las pacientes optan por prótesis de tamaños tan grandes que conllevan daños físicos y riesgos médicos diversos.

Por otro lado, un tema que poco apareció a lo largo de la sesión y que tan solo tres participantes mencionaron de forma explícita, fue el de la sexualidad. Considero discutir este aspecto en el presente subtema, en vista de que la tendencia a aumentar el tamaño de las prótesis, incide indudablemente en el significado que esto pueda tener para las mujeres, si hablamos de lo que se considera atractivo o no.

Resultó bastante desconcertante la discreta mención del tema de la sexualidad ya que es ampliamente reconocida la relación entre el pecho femenino y dicho tema. Sin embargo, esta ausencia puede entenderse principalmente como producto de la censura la cual es esperable ya que se trata de un grupo de mujeres desconocidas entre sí, quienes habían accedido a participar en este grupo para hablar de un tema tan personal como lo es su operación de mamas. Es probable que muchos temas y comentarios hayan despertado alguna movilización psicológica, llámese incomodidad, vergüenza o temor y que esto fuese en detrimento de una expresión más abierta de sus emociones y/o experiencias más íntimas.

Sin embargo, la omisión explícita de dicho tema, además de deberse la censura, devela en parte la negación de los aspectos sexuales involucrados en dicha intervención quirúrgica ya que esto puede generar cuestionamientos acerca de las motivaciones que algunas mujeres tienen para aumentarse los pechos. Tal como afirmó una de las participantes del segundo grupo: “(...) *yo quiero es tener senos no ser una ordinaria, chica playboy, ni mucho menos (...)*” esto revela los estereotipos compartidos acerca de algunas mujeres quienes por poseer pechos de gran tamaño pueden calificarse como muy eróticas, lo que en muchos contextos puede ser criticado y de mal gusto.

En relación con esto, Sontag (1982; cp. Blum, 2003) plantea que muchas mujeres desean ofrecer un prominente escote tal vez para mantener la vigencia de

su sexualidad o, al menos, mostrar a otros dicha vigencia sexual. Esta hipótesis no se pudo explorar directamente en el grupo puesto que sólo se hicieron dos comentarios explícitos sobre la sexualidad y no hubo respuestas o intercambio entre las participantes. Los comentarios fueron los siguientes:

María: “(...) por lo menos cuando tú tienes a tu pareja y tienes relaciones con ella antes quería que fuera con la luz apagada pero ahora tu estas como que: ¡mírame! Antes con la luz apagada ahora mírame y con la luz prendida [risas]” S2 (31).

Nancy: “yo les digo, mi esposo casi que me ponía un yesquero y yo nada” S7 (27).

Por último, es importante aclarar que a pesar de que no se mencionaron aspectos más copulativos y genitales, ciertamente la sexualidad pareciera que estuvo presente en la discusión del grupo, pero de una forma difuminada o sutil a través de comentarios que sugieren el tema del atractivo físico (*Sonia: “yo esperaba un cambio y no hubo. Decía, no tengo novio pero conseguiré alguno con lolas nuevas y ¡nada! S4 (28)*) así como también los comentarios relacionados con la manera de lucir la ropa (*Ana: “antes las camisas me quedaban aguadas” S1 (26)*). Así pues, la sexualidad no se manifestó explícitamente pero efectivamente es un tema que pudiese develarse aún más en una entrevista a profundidad.

2.- Expectativas y presencia de cambios psicológicos y/o conductuales luego de la cirugía

Este tema general se define como el conjunto de expectativas de cambio psicológico y/o conductual o de su entorno que las participantes esperaban de forma consciente o inconsciente luego de la operación y los cambios que efectivamente ocurrieron, independientemente de que correspondieran con las expectativas iniciales.

2.1 Las perspectivas de cambio psicológico y de obtención de una pareja luego de la operación

Este subtema se corresponde con los cambios psicológicos y de condición de pareja que algunas participantes pensaban que podían ocurrir luego de la operación.

Al intentar indagar sobre este tema, solamente Paty y Sonia manifestaron que tenían expectativas de cambio más allá del aspecto físico. Los verbatim fueron las siguientes:

Paty: “yo creo que tiene que ver con el tema de la seguridad. Yo sabía que iba a influir en eso (...)” S5 (31).

Sonia: “yo esperaba un cambio y no hubo. Decía, no tengo novio pero conseguiré alguno con lolas nuevas y ¡nada! De verdad no varió (risa grupo)” “(...) es parte de los estereotipos de repente uno dice como no va a tener a ese tipo con esas lolas operadas y te das cuenta de que te operas ¡y no pasa nada! Son estereotipos” S4 (28).

Ciertamente la tendencia impulsiva de las participantes de operarse sin haber reflexionado mucho al respecto, explica en parte que no se hayan planteado si era posible la ocurrencia de cambios en su interior. En el caso de Paty y Sonia pareciera que sí había expectativas sobre estos cambios, probablemente el hecho de haber participado en un proceso psicoterapéutico les haya facilitado concientizar estos deseos antes de la operación.

No es tarea fácil reconocer ante otras personas e incluso para sí mismas, que detrás del deseo de aumentar la talla del busto, puedan existir fantasías de resolución de viejos conflictos. En primer lugar, no es fácil puesto que este reconocimiento puede generar sentimientos de vergüenza por admitir la sensación de inadecuación consigo misma. En segundo lugar, porque se ponen en marcha mecanismos de defensa que dificultan reconocer alguna otra motivación más allá del aumento de la talla del busto.

En la sociedad de la que formamos parte hoy día, y en este país en particular, pareciera que es más fácil admitir un descontento con la talla del busto y proceder a una operación, que reconocer una sensación de incapacidad frente al hecho de no conseguir pareja o sentirse inadecuado en otras áreas de la vida y decidirse a buscar ayuda psicológica. De hecho, fue notoria la reacción del grupo cuando Sonia comentó sobre su deseo de conseguir pareja luego de la operación. Todas rieron para defenderse de la angustia que se generó en ese momento al escuchar que una de las participantes tenía expectativas más complejas y profundas que no sólo tocaban el ámbito físico. La otra persona que mencionó sus expectativas fue Paty quien expresó su anticipación en cuanto al tema de la seguridad en sí misma.

Este subtema sobre las expectativas de cambio luego de la operación, permite analizar el por qué de las pocas referencias o verbalizaciones de las mismas, por parte de las participantes. Cabe destacar que esto se presentó exactamente de la misma manera en el segundo grupo. Claro está, es muy importante destacar las limitaciones de la metodología utilizada, puesto que se trató de un grupo compuesto por mujeres que no se conocían entre sí, lo cual dificulta la apertura de las participantes a compartir sus deseos más íntimos.

2.2 Dificultad para registrar cambios psicológicos

Corresponde con el no reconocimiento de los posibles cambios conductuales o psicológicos ocurridos después de la cirugía estética. Bien sea por sentimientos de vergüenza o por el mecanismo defensivo de la negación, hay limitaciones para expresar la posibilidad de haber experimentado cambios internos y no sólo cambios en el afuera.

Así como las participaron tuvieron dificultades para identificar expectativas de cambio interno, también se registraron limitaciones para reconocer la presencia de cambios conductuales o actitudinales. Esto concuerda con el hecho de que si el proceso previo a la operación se hizo de forma concreta (sin contactar con las motivaciones afectivas, limitaciones emocionales) y se restringió al

aspecto físico, ciertamente los cambios sólo se registraron con facilidad en la esfera de la apariencia.

Al hacer la pregunta sobre si habían ocurrido efectivamente cambios, se produjo silencio en el grupo y muchas negaban utilizando conductas no verbales como gestos o movimientos de cabeza, seguido de Paty quien mencionó lo siguiente:

Paty: "(...) me siento más cómoda, más segura conmigo misma" S5 (31).

Este comentario fue apoyado por Ana con un murmullo. Luego repetí la pregunta para animar a otras a que participaran y Sonia respondió:

Sonia: "yo siento que uno se vuelve más atrevido yo antes me ponía unas camisas, recién operadas que hoy no me atrevo. Yo creo que me pasó la fiebre exhibicionista (murmuran algunas: si) y ya después de los escotes por el ombligo que todos piensan que vas a mostrar las lolas, pasó. Yo sentía que podía exhibir más" S4 (28).

Es común este fenómeno que Sonia describe y denomina *fiebre exhibicionista*, el cual fue también reportado por casi todas las participantes quienes además aseguraron que se trataba de una conducta pasajera que ocurre los primeros meses luego de la cirugía estética. Esta conducta de perder el pudor luego de la operación cuando las mujeres se sienten más atractivas, permite comprender que el pudor puede estar muchas veces condicionado a la sensación de imperfección. Sentirse más satisfechas con el busto que poseen pareciera incidir en el hecho de querer mostrarlo y lucirlo más.

Sin embargo, una participante que experimentó un efecto contrario al mencionado fenómeno fue Nancy, quien expresó:

“yo creo que la única aquí que no tuvo esa fiebre fui yo porque después de operada quedé tan pomposa que todo el mundo me miraba y yo mira aquí arriba (mímica). Esa parte si es horrible cuando estas recién operada, no sé si es que uno esta predispuesta o algo, para mí fue al revés, yo siempre he sido súper segura y más bien empecé a encorvarme, me estorbaban” S7 (27).

Es importante destacar que Nancy mencionó al inicio de la sesión que ella antes de operarse tenía un tamaño de mamas que podía considerarse normal. Es posible que efectivamente sus mamas hayan quedado con un tamaño tan grande que ello generara esa sensación de malestar tanto psíquico (vergüenza porque todos me ven por los grandes pechos) como físico (reporta que sentía mucho peso). En el segundo grupo, de igual manera la participante que antes de la operación tenían un tamaño grande de mamas, considerado por ella misma, reporta también haber comenzado a encorvar su cuerpo por sentir que tenía un busto muy grande y pesado.

Luego Eva agrega:

“muchas amigas me decían, no vayas a cambiar, mosca, porque veían que otras chamas cambiaban full se volvían locas pero yo... todos me dicen que normal, eso depende de la persona. Depende del nivel de confianza de la persona antes de la operación. Yo igual vivía mi vida normal. Es de personalidad también” S3 (23).

Una pregunta apropiada en esta intervención hubiese sido: ¿loca cómo? Para entender si esto hacía referencia a un cambio de conducta específico además de la pérdida del pudor. A pesar de no haber indagado sobre esto, este comentario parecía cerrar la discusión sobre los cambios ocurridos a nivel psicológico o conductual, ya que muchas afirmaron con gestos lo mencionado por Eva. Ante esto, dije:

Sandra: “(...) yo me refería no sólo a cambios en la personalidad sino también cambios en la toma de decisiones y ese tipo de cosas o cosas como las que comentó hace rato Paty sobre la confianza, o lo que dijo María sobre mirarme más y tocarse más que también lo dijeron Lisa y Sonia..” (...) “también lo que comentaron de mostrarse más, exhibir más, esos son cambios, tal vez sutiles pero son cambios”.

A estos dos comentarios todas respondieron afirmativamente. Los verbatim a los que hice referencia fueron formulados antes de realizar las preguntas sobre los cambios percibidos por ellas. Estos verbatim son los siguientes:

Sonia: “yo me miro mucho ahora después de la operación. Antes me desnudaba me metía a bañar y no te percatas pero ahora si dices ¡qué fino!” S4 (28).

Sandra: “¿qué fino qué?”

Sonia: “que son bellas, perfectas...” S4 (28).

Otras participantes agregan: “grandes, bonitas”.

María: “(...) yo me veía al espejo y arrugaba la cara ahora me veo y me pongo feliz (risas). Me veo mucho tiempo y me miro”. “(...) yo como te decía antes no me gustaba verme, ahora me quedo mirándome en el espejo. Por lo menos cuando tú tienes a tu pareja y tienes relaciones con ella antes quería que fuera con la luz apagada pero ahora tú estás como que: ¡mírame! Antes con la luz apagada ahora mírame y con la luz prendida (risas)” S2 (31).

Todas las participantes logran reconocer el hecho de tocarse y mirarse más luego de la cirugía, solo después de que yo pude mostrarles que eso también

es un cambio y que lo habían mencionado durante la discusión. Esto muestra una conducta resistencial frente a este asunto así como también una restricción natural de hablar sobre estos temas ante un grupo de personas recién conocidas.

Adicionalmente, una conducta no verbal que fue registrada tanto por la observadora como por mi persona, fue que las participantes *miraban mucho las mamas de las demás asistentes al grupo*. Las participantes de ambos grupos mencionaron que efectivamente luego de la operación, observaban más las mamas de otras mujeres. En el primer grupo esto se develó con cierto retraimiento sin profundizar mucho en la respuesta, mientras que en el otro grupo algunas participantes lo mencionaron más abiertamente:

Nora “por ejemplo yo soy la principal crítica de las tetas de otras personas. Voy por la calle con mi novio y digo mírale las tetas a esta tipa que horrible” S9 (24).

Sandra: ¿siempre o después de?

Nora: “creo que después que me operé lo hago más pero siempre lo hago creo que porque siempre he tenido la fijación de operarme por eso” S9 (24).

Sandra: ¿y ustedes?

Laura: “me fijo en las operadas” S11 (23).

Daniela: “cuando están operadas” S10 (24).

Wendy: “como que con las operadas si a ver a quien se le ven naturales y a quienes no” S8 (28).

Es evidente el deseo de estas participantes de compararse con otras mujeres y continuar reevaluando los cambios experimentados. Compararse para comprobar que decidieron el tamaño correcto o que efectivamente los resultados

de ellas si son favorables. Esto reafirma su seguridad y su autoimagen. Tal vez mirar a otras mujeres operadas les permite saber cómo otras personas, las miran y evalúan a ellas también.

Estos cambios develan una exacerbación de algunos aspectos narcisistas, lo cual puede entenderse como producto de una mayor satisfacción y confianza con sus cuerpos. También hay una negación o al menos una dificultad para reconocer la presencia de estos elementos narcisistas involucrados en el aumento de los pechos, ya que en el grupo existe un registro parcial por parte de algunas participantes que pudieron identificar estos cambios en su conducta. Pareciera que estas transformaciones pertenecen verdaderamente al ámbito de lo privado y hay dificultad para establecer relación entre los cambios del afuera con los cambios que pudiesen presentarse a nivel psicológico.

3.- El ajuste físico y psicológico a la nueva imagen

Este tema general se define como el proceso de adaptación a las nuevas dimensiones corporales. Incluye la sensación de objetificación de las mamas, la integración de las prótesis con las propias mamas y el cuerpo, así como las consecuencias temporales y permanentes de la cirugía.

3.1 Mamas como objetos

Se trata de la sensación que tienen las participantes de que las prótesis adquiridas son objetos separados de su cuerpo y las repetidas referencias a las mamas como objetos en tercera persona.

A lo largo de ambas sesiones, las participantes hicieron referencia a sus mamas como objetos, utilizando expresiones en tercera persona y no hablando de estas como parte de su cuerpo. A continuación algunos comentarios que evidencian lo anterior:

Sonia: “si yo me pongo unas bichas gigantescas (...)”. “(...) yo no podía tocármelas, o sea para limpiarlas”. “te operaste las gomas, te

pusiste las gomas si ¡sí!”. “eso suena a cambio de cauchos, maracucho jaja” S4 (28).

Eva: “(...) esto como que no crece (...)” S3 (23).

Lisa: “mi mamá era la peor que a todo el mundo le dice: muéstralas, muéstralas”. “yo decía ¿puedo tocarlas? (risas)”. “te pusiste tunning” S6 (18).

Sonia: “porque son de mentira” (...) “es algo para llenar los vestidos” S7 (27).

María: “todos y que, ¿puedo tocarlas? y yo, ¡bueno!” S2 (31).

Ana: “pesan y duelen”. “me hice las lolas” S1 (26).

Es evidente la percepción objetificada que las participantes tienen acerca de su propio cuerpo al no poder ni siquiera mencionar el aumento de sus propias mamas sino que se hace mención de cómo estas se hacen, se operan, se ponen, en vez de mencionar me aumenté o agrandé mi busto.

Este subtema en particular fue muy resaltante durante toda la sesión y confirma el modelo teórico propuesto por Fredrickson y Roberts (1997; cp. Greenleaf, 2005) llamado Teoría de la Objetificación, refiriéndose al conjunto de construcciones psicológicas que son producto de la exposición constante a evaluaciones a las están sujetas, especialmente, las mujeres. Según este modelo, las mujeres comienzan a monitorear sus cuerpos de manera crónica pero sin percibir que éste forma parte de su identidad integrada lo que genera sentimientos de ansiedad y vergüenza con algunas partes del cuerpo y en ocasiones pudiendo haber una disminución de la sensibilidad a señales internas corporales.

No se puede dejar de lado que la objetificación es una respuesta compatible y esperada luego de una cirugía estética que consiste principalmente

en la colocación de unas prótesis de un tamaño importante si se considera que existen cirugías que utilizan prótesis de mucho menor tamaño, sin embargo, es llamativo que esta tendencia a objetificar las mamas, no sólo esté presente en la participante que se había operado más recientemente (6 meses atrás) sino que también sea una construcción compartida por la participante que tenía más tiempo de post operada (5 años).

Lo que queda en evidencia a partir de esto último, es que no se ha producido en la mayoría de las participantes una integración entre las prótesis y sus cuerpos. Pareciera que esta mención frecuente de los pechos como objetos impersonales devela lo difícil que puede resultar el reajuste de la autoimagen a las nuevas proporciones. Tal como mencionaba una participante del segundo grupo, “(...) *el cuerpo entero te cambia (...)*”, no sólo se cambia la talla del brassier. Así, no se puede restringir la operación de mamas a una parte del cuerpo, sino que existe una re -acomodación y un devenir del proceso de integración psíquica que atañe a lo corporal y que recae indudablemente en el tema de la identidad.

Una conducta no verbal que llamó bastante la atención y que parece estar muy relacionada con este subtema, fue el hecho de que la mayoría de las participantes a lo largo de la sesión, *tocaban con mucha frecuencia sus mamas al hablar de estas*. Tal observación fue corroborada por mi persona y por la psicóloga que fungió como observadora. Esta conducta fue frecuente entre todas las participantes cuando expresaban su opinión sobre el tópico que se discutía en ese momento o cuando respondían directamente a una pregunta formulada. El gesto de tocarse las mamas durante la sesión, considerando que tan solo una de las preguntas podría requerir esto (la pregunta sobre el tamaño de las prótesis) es un gesto llamativo no sólo por la frecuencia de dicha conducta sino también porque se registró en todas las participantes.

A sabiendas de que las mujeres somos más proclives a la gestualidad que los hombres, es relevante lo ocurrido en el grupo puesto que era evidente que dichos movimientos eran parte de sus movimientos habituales y que no se produjeron por la discusión del tema en ese momento. Esta conducta puede tener

varias interpretaciones. Una de ellas puede hacer referencia a la inclinación de las participantes a limitar a la esfera física la operación de aumento de mamas. Tocarse pareciera reafirmar el hecho de que el aumento de mamas solamente se trata de un cambio físico, reafirmando así la objetificación descrita en líneas anteriores. Además, podría tratarse tal como ellas mismas reportaron, de que existe un período de adaptación necesario para volver a reconocer sus cuerpos, no sólo adaptarse a las nuevas dimensiones corporales sino también apropiarse de dichos cambios e integrarlos para construir la nueva imagen corporal.

Un chiste frecuente que se suele hacer a las mujeres que han aumentado sus pechos, suele confrontar a las mujeres post operadas con el hecho de haber optado por utilizar prótesis. El chiste es: ¿Esos pechos son tuyos? Con el mensaje entre líneas del tema de la artificialidad, ante lo cual las mujeres suelen responder: “Si, yo pagué por ellas”. Sobre este chiste se hicieron comentarios en el primer grupo luego de la sesión cuando las participantes se dispusieron a compartir un refrigerio luego del grupo focal. Todas reían al compartir las preguntas y bromas de las que eran protagonistas con algunos grupos de amigos.

Esta respuesta descrita en el párrafo anterior: “Si, yo pagué por ellas”, puede entenderse dentro de los círculos feministas más modernos como una respuesta de *empoderamiento* (o fortalecimiento). Esto nos lo hace saber Negrín (2002) quien describe que ha habido importantes cambios en la actitud de muchas autoras feministas en relación al tema de la cirugía estética. Así mismo, Davis (1995; cp. Negrín, 2002), defiende la idea de que la elección de una cirugía plástica le otorga a las mujeres un cierto grado de control sobre sus vidas en una sociedad dominada por la ideología patriarcal. Es decir, a diferencia de algunas posturas tradicionales que juzgan la cirugía como una respuesta de las mujeres oprimidas por alcanzar los ideales de una sociedad liderada por los hombres, Negrín (2002) postula que las cirugías estéticas son una respuesta activa a favor de su liberación.

De manera que asumir la propiedad del propio pecho al menos en principio por el hecho de haber pagado por las prótesis, podría a ser un primer paso para comenzar a integrar a la identidad femenina, las nuevas adquisiciones.

3.2 Consecuencias físicas indeseables y difíciles de admitir

Corresponde al conjunto de molestias físicas reportadas por las participantes y que están vinculadas directamente como consecuencia(s) de la cirugía estética.

Al igual que el subtema anterior, este subtema fue muy importante a los largo de la sesión ya que su presencia fue recurrente. Las participantes manifestaron varias consecuencias desagradables luego de la cirugía estética. Era evidente el interés y la curiosidad de las participantes por escuchar las molestias de otras mujeres. Cuando una de las participantes mencionaba una molestia que alguna otra identificaba también como propia, se percibía una sensación de apoyo al tener conocimiento que otras mujeres sufrieran de las mismas molestias. Algunos verbatim que ilustran lo anterior con los siguientes:

Nancy: “mira todavía, llevo 3 años de operada... 2005, 2006, 2007, 2008, yo no puedo dormir boca abajo. “Siento una presión horrible”. “El tema de la sensibilidad... a mi me está volviendo ahorita, tengo muy poca”. “es que brincar ahora igual duele” S7 (27).

Ana: “claro es verdad yo tampoco puedo dormir boca abajo”. “yo siento una cosa abajo o sea que hay algo incómodo, que presiona”. “yo no siento nada” (respondiendo al tema de la sensibilidad). “yo finjo que siento pero en verdad no lo hago” S1 (26).

Sonia: “yo antes no dormía boca abajo tampoco pero las veces que lo hago no sé... Es raro...”. “(...) eso lo he pensado que si me volvería a operar lo haría por la axila porque también tengo problemas con la sensibilidad” S4 (28).

Paty: “a mí lo contrario tengo demasiada sensibilidad” S5 (31).

Lisa: “cuando pega mucho frio duele” S6 (18).

Todas las molestias mencionadas por las participantes del primer grupo, fueron exactamente las mismas molestias reportadas por las participantes del segundo grupo. Ciertamente tal vez existan otras molestias que no fueron compartidas por el fenómeno de la deseabilidad social, puesto que no era fácil comentar con personas desconocidas las incomodidades físicas, sin embargo, se creó un clima bastante agradable en el que todas se mostraban atentas a los relatos y compartían sus descontentos.

Al iniciarse la discusión en el grupo sobre las consecuencias o posibles repercusiones de la cirugía, se dedicaron algunos minutos al tema de la lactancia. Se hicieron varias preguntas sobre este aspecto a la única participante que tenía hijos en el grupo y que efectivamente había atravesado por este proceso. Todas las participantes mostraron inquietud respecto a la posibilidad de alimentar a sus hijos a pesar de las prótesis, a excepción de Lisa quien comentó:

Lisa: “mi mamá fue lo primero que preguntó (risas grupo). Ella lo pensó pero yo ni pendiente” S6 (18).

Paty: “claro eso es por la edad” S5 (31).

El momento evolutivo de Lisa posiblemente diste mucho de otras participantes como por ejemplo Nancy quien para el instante de la operación estaba próxima a casarse y tal vez se sentía más cerca de la maternidad. De manera que resulta interesante cómo la decisión de someterse a una cirugía estética puede influir en aspectos importantes de la vida de una mujer más allá del momento presente, por lo que la simplificación de estas decisiones o la toma de decisiones a edades tan tempranas deberían alertar a los padres cuyas hijas piden de regalo de 15 o 18 años, aumentarse las mamas.

Un aspecto muy llamativo que se pudo registrar tiene que ver con la contradicción entre la evaluación final que las participantes hacen sobre la satisfacción percibida respecto a la intervención quirúrgica y la percepción de la moderadora y la observadora no participante acerca de la cantidad de molestias físicas (esperadas y no esperadas) y las angustias pre y post operatorias reportadas. Es resaltante la dificultad de la mayoría de las participantes tanto del primer como del segundo grupo, para realizar una evaluación ponderada acerca de su experiencia. Independientemente de que las expectativas en torno al pecho que deseaban se correspondieran con los resultados de la operación, es plausible una discusión y una evaluación balanceada sobre la experiencia subjetiva de la operación.

Al hacer esta pregunta al grupo, todas las mujeres respondieron con mucha rapidez, que asignarían un 10 de satisfacción, a excepción de Nancy quien calificó con 9 por el hecho de tener que operarse nuevamente. Incluso que Nancy calificara con 9 su satisfacción, es paradójico si consideramos la cantidad de quejas que esta participante hizo sobre su experiencia. Recordemos incluso, al inicio de la sesión antes de preguntar acerca de satisfacción, cuando Eva comentó que a ella no le había dolido la operación de las mamas sino las amígdalas (todo esto había ocurrido en la misma operación), Nancy mencionó: *¿estás loca? Yo dije ¡más nunca...! (...) no me he terminado de acostumbrar... para mí ha sido medio... (Gestualidad de más o menos).*

Una hipótesis es que las participantes tienen la necesidad de reafirmar que su decisión fue la correcta. Tal vez no sólo revalidar ante otros sino también ante ellas mismas dicha experiencia. Someterse a una cirugía estética de aumento de mamas, es una decisión que aunque es aceptada por muchas personas y su práctica es muy frecuente hoy día, también existen personas que juzgan negativamente a quienes se realizan este tipo de operaciones. Paty explicaba la incomodidad que sentía cuando estaba con un grupo de personas que cuestionaban como artificiales y frívolas a quienes deseaban operarse para mejorar su apariencia, siendo ella una mujer que se había practicado una mamoplastia.

En el segundo grupo una participante relataba que las personas de su entorno estaban divididas entre quienes la apoyaban para que se operara y quienes la juzgaban por querer operarse y ser una mujer plástica. Es decir, reafirmar una inmensa satisfacción luego de la operación, es una forma de ratificar que los resultados son favorables y que sí vale la pena sufrir los embates de la operación. Además, desde el punto de vista emocional, es doloroso admitir algún tipo de arrepentimiento sobre un hecho que fue por voluntad propia, dónde una mujer decide poner en manos de otro su salud física, asumir una inversión económica (crédito, deuda, ahorros) e incluso retar la aceptación o rechazo de algunas personas. De aquí la diferencia entre algunas mujeres quienes ocultan que se han operado, y otras que lo vociferan con orgullo.

Solo una participante del primer grupo, Nancy, hizo comentarios más reflexivos en cuanto a la operación e igual ocurrió con sólo una de las participantes del segundo grupo. No hablaron de arrepentirse por haberse operado pero si mencionaron que no se la recomendarían a todas las personas y que sí lo pensarían mejor la próxima vez. Justamente estas dos participantes son las únicas que admitieron que su operación estaba mayormente motivada por la moda, ya que antes de la cirugía sus mamas eran de un tamaño normal.

En concordancia con el hallazgo de las contradicciones reportadas por las participantes, Davis (1995; cp. Frost, 2005) menciona en sus estudios sobre la cirugía cosmética de mamas las contradicciones que viven las mujeres que buscan reformar activamente sus cuerpos apoyándose en los discursos y tecnologías de los regímenes contemporáneos asociados al género. La autora describe que las mujeres que ha entrevistado reportan experiencias subjetivas muy variadas, por ejemplo, de éxtasis, de humillación, de alivio y de placer, que son expresadas por mujeres tras someterse a procedimientos que pretenden moldear sus cuerpos. Ella considera que estas variadas experiencias dan cuenta de la contradicción a la que están sometidas las mujeres quienes se atreven a operar sus cuerpos voluntariamente para lograr ciertos estándares de belleza pero que indudablemente sufren de molestias físicas y emociones dolorosas.

En resumen, esta dificultad para admitir explícitamente los riesgos asumidos, la decisión impulsiva de someterse a la operación y las consecuencias indeseables, hallan un lugar común dentro de un conjunto de emociones más complejas que las emociones primarias (odio, tristeza y amor), las cuales son conocidas en la literatura de la Psicología Clínica como emociones auto conscientes (*self-conscious emotions*). Algunas de estas emociones son el orgullo y la vergüenza.

Estas emociones autoconscientes juegan un papel fundamental en la regulación y motivación de los pensamientos, sentimientos y comportamientos (Tracy y Robins, 2004). Los autores afirman que estas emociones conducen a que las personas se esfuercen por alcanzar sus logros y ayudan a que se mantengan comportamientos sociales apropiados, de manera que estas emociones están presentes en muchas de las experiencias humanas que implican reconocer logros y errores. Además, para experimentar estas emociones se requiere tener consciencia de sí mismos, así como un procesamiento cognitivo mucho más complejo que en las emociones básicas (Tracy y Robins, 2004).

La dinámica de las sesiones, el ritmo en que se fueron generando las discusiones, las conductas no verbales, los silencios, la censura de algunas opiniones, permitieron la lectura de estas emociones auto conscientes en ambos grupos focales. Recordemos algunos verbatimum que harán más clara esta explicación:

Nancy: “Entonces ya me da pena decirlo. Llegar y decir me operé las lolas ya no es un orgullo sino demasiado normal. Todo el mundo lo ha hecho ya no es un orgullo” S7 (27) (Casi todas las participantes asienten).

Sandra: ¿en algún momento fue un orgullo para ustedes?

Sonia: “a mí no me importaba decirlo. Si tuve las... para operarme debo tener las... de decirlo” S4 (28).

Nancy: “pero si te preguntan lo dices” S7 (27).

Sonia: “claro pero hay gente que lo prefiere mantener bajo perfil” S4 (28).

Lisa: “tu esperas que la gente se dé cuenta y te lo diga” S6 (18).

Estos verbatim ilustran como entran en juego las emociones del orgullo y la vergüenza. Se asume la experiencia de la cirugía como situación generadora de orgullo en algún momento, pero inmediatamente cuando formulo la pregunta explícitamente, surge la vergüenza ante el hecho de admitir que la cirugía de mamas en algún momento representaba un orgullo para quienes la practicaron. En muchas investigaciones sobre las emociones auto – conscientes, la vergüenza aparece como un estado emocional muy vinculado a la vivencia de experiencias físicas que puedan estigmatizar a las personas socialmente e incluso se asocia con la depresión y la rabia (Tracy y Robins, 2004).

Para Tracy y Robins (2004) muchas personas invierten gran cantidad de tiempo lidiando con la aprobación social, tratando de controlar las emociones de vergüenza que pueden generarse y este es un proceso que poco se ha considerado en la Psicología ya que siempre se ha prestado más atención a las emociones básicas que a las emociones auto – conscientes dado que son más difíciles de identificar (no hay expresiones faciales universales como en las emociones básicas) y su entendimiento es complejo. Incluso estos autores afirman que todo el tiempo estamos lidiando con un estado de orgullo o/y un estado de vergüenza.

4.- El fenómeno social de la cirugía de mamas

Se define como toda la movilización social, cultural y económica que se ha producido en torno a la cirugía de mamas en nuestro país. Específicamente, hace referencia a la familiarización y normalización que la población manifiesta de que muchas mujeres decidan someterse a este tipo de intervenciones quirúrgicas.

4.1 Una operación al alcance de todos

Este subtema se define como la normalización y el fácil acceso que las mujeres tienen para someterse a este tipo de cirugía estética. La operación no se restringe a las personas con cierto poder adquisitivo ya que se han desarrollado planes de financiamiento, rifas y se han abaratado los costos de dicha intervención.

Sonia afirma: “eres una más del montón” S4 (28), ilustrando de esta manera que la cirugía de aumento de mamas, lejos de convertirse en un procedimiento que distingue a quienes se someten a este, por el contrario unifica a las mujeres dentro de un lugar común al menos desde el punto de vista estético, ya que como hemos discutido, las motivaciones son muy variadas.

Sobre este aspecto, Nancy afirma:

“es que yo creo que eso hoy día es tan común que la gente no se sorprende”. “Ya no somos del grupito selecto que se operó las lolas. Ya se masificó. Y sobre todo con las propagandas que ya no tienen escrúpulos. Pónganse las lolas y las paga en diciembre. Eso es demasiado. Entonces ya me da pena decirlo. Llegar y decir me operé las lolas ya no es un orgullo sino demasiado normal. Todo el mundo lo ha hecho ya no es un orgullo” S7 (27) (Todas las participantes asienten).

Esta intervención demuestra una concientización por parte de Nancy de la manera en que se ha popularizado la cirugía de mamas e incluso problematiza este fenómeno como un hecho tan común, que ya no marca una diferencia generadora de orgullo, pero también me atrevería a decir de vergüenza, ya que para muchas mujeres todavía no es fácil admitir haberse operado.

La tecnología ha puesto a nuestro alcance tanto este, como muchos otros procedimientos generadores de muchas satisfacciones y bienestar en nuestra cotidianidad, pero al mismo tiempo, esta evolución genera cuestionamientos en

relación al por qué de nuestras elecciones y en especial la pregunta de si todos los avances tecnológicos son aptos para ser utilizados por todas las personas. Pareciera que la facilidad de acceso a la nueva tecnología justifica por sí misma su utilización, dejando de lado la posibilidad de discernir entre las ventajas y desventajas, en vista de la consigna común de que tecnología es sinónimo de avance y progreso.

Homem (2003) plantea la interrogante de cómo se puede situar el sujeto contemporáneo en una sociedad generadora continua de objetos y experiencias cada vez más nuevos y avanzados. Desde su postura, la autora afirma que la sociedad trata de mercantilizar todos los dominios, no sólo los tecnológicos sino también la experiencia humana, esto la lleva a cuestionarse sobre la ubicación que tiene una persona que siente que hasta sus espacios y sentimientos más íntimos pueden ser remodelados, reconstruidos y apaciguados por esta sociedad de consumo.

Para Homem (2003), el sujeto tiende a desaparecer en vista de que la objetificación asume su posición más fuerte y en respuesta a que para cada malestar nuevo que surge en nuestros tiempos, surge una solución paliativa a su auxilio. Esta objetificación extrema, limita la acción y la subjetividad de las personas, quienes se ven en la obligación de actuar conforme las premisas de la sociedad que los rodea: obtener el máximo por el mínimo, la velocidad para una mejor producción, entre otras.

Es decir, se pretende facilidad, resultados e inmediatez y se reducen los espacios de reflexión y subjetividad. Visto de esta manera, hay una propensión a la actuación y el mostrar a otros, en desmedro del sí mismo. La cirugía estética es un fenómeno que ejemplifica lo antes expuesto al ofrecer respuestas manifiestas en corto tiempo y por el hecho de intervenir en cuerpos sanos que buscan *mejorarse*. La reducción de la subjetividad se reemplaza con objetos nuevos que llenan vacíos, llámense: prótesis, video juegos u otros dispositivos innovadores (Homem, 2003).

Tal como lo afirma Davis (2002) el tema de las cirugías estéticas no se puede reducir a entender el por qué de tomar la decisión personal de operarse, sino que es un tema que debe entenderse a la luz de las influencias culturales, de poder y de género. Ella afirma que a pesar de que cada día son más los hombres que forman parte de aquellos que deciden entrar a los quirófanos para arreglar desperfectos físicos, el género masculino sigue siendo la excepción de la regla en cuanto a cirugías estéticas se refiere.

El desarrollo de técnicas y procedimientos quirúrgicos cada vez más especializados, dan muestra de que la ciencia y tecnología están orientadas a brindarnos, además de un mayor bienestar y mayores posibilidades de supervivencia, una sensación de omnipotencia y omnipresencia frente a todas las situaciones que se nos presenten. El problema no radica en estar preparados para las dificultades sino en la indiscriminación al momento de aplicar de este poder para actuar en todos los ámbitos de la vida y en el desconocimiento de la influencia de tanta innovación en nuestra vida psíquica.

CAPÍTULO VI - CONCLUSIONES

El problema de la presente investigación consistió en desarrollar una exploración y descripción de la experiencia subjetiva de un grupo de mujeres post - operadas de cirugía estética de mamas. Los objetivos planteados fueron los siguientes: explorar el proceso de toma de decisión de someterse a la intervención quirúrgica de mamas, explorar las expectativas de cambio psicológico luego de la cirugía, comprender el proceso de ajuste psicológico posterior a la intervención y, por último, comprender el significado de la cirugía estética de mamas como un fenómeno social en nuestro contexto y tiempo.

Para lograr estos objetivos se empleó una metodología de carácter cualitativo que permitió adentrarnos en un proceso de construcción de la experiencia subjetiva de doce mujeres que colaboraron con la realización de esta investigación. La realización de grupos focales permitió conocer además de las narrativas de cada una de las participantes, estudiar la dinámica suscitada en este grupo de mujeres que nunca antes había conversado de manera tan amplia sobre su experiencia con otras mujeres que igualmente habían decidido someterse a este tipo de intervención quirúrgica. Esta última ventaja de utilizar una técnica grupal, permitió ampliar la comprensión sobre este fenómeno social tan común en nuestro país.

En cuanto a la procedencia bibliográfica, se utilizó información de diversas áreas (Historia, Sociología, Antropología, Medicina) y no sólo se contó con conocimientos provenientes de la Psicología, disciplina en la que se enmarca esta investigación, ya que se trata de un tema que involucra muchas aristas del conocimiento. Por esta razón, la orientación teórica de este trabajo contó con modelos teóricos diversos: la Teoría de la Autodiscrepancia (Duval y Wicklund, 1972; cp. Thorpe, et al. 2004), la Teoría de la Objetificación (Fredrickson y Roberts, 1997; cp. Greenleaf, 2005), la aportaciones del Psicoanálisis (Morabito, 2007) y las teorías feministas (Negrín, 2002; Hollyday y Sánchez, 2006).

Luego del análisis de la información se lograron identificar nueve subtemas, los cuales se distribuyeron en cuatro temas o bloques generales. El primer bloque develó que las participantes describen diversas motivaciones para someterse a la cirugía entre las que destacan: la inconformidad con el tamaño, la moda, insatisfacción con la forma en que lucen la ropa, el intento por exaltar una feminidad amenazada por el tamaño pequeño de los pechos y en muchas ocasiones, la mayoría de las participantes intentaron resaltar que se habían sometido a la operación por obtener un beneficio personal, tratando de aminorar el papel que las otras personas pudiesen tener en la toma de decisiones.

Es indudable que negar la participación de las otras personas, insinúa un intento de apropiarse de la cirugía de mamas siendo este un proceso intrusivo, lo cual evidencia una contradicción puesto que todo cambio en la imagen corporal, especialmente si se trata de un aumento de pechos, incide en la mirada de otros sobre la persona post operada e incluso dependiendo de las características del cambio (por ejemplo, prótesis de gran tamaño) generan comportamientos y aproximaciones diferentes de las personas que rodean a quien decide operarse. El impacto de un cambio en el tamaño de los pechos puede observarse no sólo en los hombres quienes comienzan a ver a estas mujeres como más atractivas, sino también en las otras mujeres, ya que a través de la reacción de los hombres, se mide indirectamente el impacto producido en otras féminas, tal como lo mencionan Gagné y McGaughey (2002), al referirse al hecho de que las mujeres constantemente están comparando sus cuerpos entre ellas.

Otro asunto significativo consistió en la revelación de la importancia de las madres en la experiencia de la cirugía de mamas. Su mención frecuente como figura que participó activamente o cuya opinión fue muy importante para el proceso pre y post operatorio, reivindica el hecho de que los pechos, aun siendo hoy día parte del ámbito público, sigue siendo un tema femenino, que si bien se nutre de las opiniones y estándares transmitidos por los medios de comunicación, permanece como un asunto entre mujeres siendo muy importante lo que otras mujeres piensen y digan sobre las mamas. La figura masculina aparece como un aliado indirecto que a través del financiamiento de la cirugía y

otros cuidados que puede proveer luego de la misma, muestra su aprobación o no de la decisión. En este punto se observa nuevamente que la mayoría de las participantes aminoran la importancia que le conceden al otro, en este caso sus parejas, como factores que motivaron u obstaculizaron su experiencia, realzando así la paradoja: lo hago por un beneficio personal pero ¿qué pasa con el efecto en otras personas?.

Fue relevante la identificación de una tendencia impulsiva de la mayoría de las participantes de someterse a la operación. Este hallazgo también ha sido descrito por Gagné y McGaughey (2002). Las participantes describen que transcurre muy poco tiempo entre la entrevista con el médico y la cirugía y que prescinden de buscar varias opiniones y comparar las ofertas. Pareciera tratarse de dos etapas. Una primera etapa en que las participantes tenían la inquietud de practicarse la operación, luego esta inquietud se convirtió en una idea más consolidada y luego en la segunda etapa, fueron en busca de un médico que ofreciera buenos resultados, asegurándose de esto último por la información de los resultados satisfactorios o no de las operaciones de mamas de familiares o amigas cercanas. A pesar de encontrar que efectivamente muchas de estas mujeres consideraban desde hacía algún tiempo la idea de operarse, no esperaron el tiempo necesario para reflexionar luego de la primera entrevista con el cirujano e impulsivamente, tal vez por evadir angustias pre operatorias o por características de personalidad, decidieron con mucha rapidez someterse al aumento de mamas.

En cuanto a la relación que se establece entre el médico y la paciente, Blum (2003) describe que se trata de proceso transferencial donde el médico puede fungir como una figura de autoridad en el inconsciente de la paciente. Esto es beneficioso cuando el médico es respetuoso de los criterios objetivos y éticos para la toma de decisiones de la cirugía, pero desastroso si el profesional sugiere tamaños muy grandes de prótesis, técnicas no actualizadas u omite información que puede ser importante para el bienestar físico y psicológico de la paciente. Las participantes compartieron experiencias favorables y otras menos favorables al respecto.

Por otro lado, se encontró que las participantes fueron develando sutilmente que hubiesen querido colocarse prótesis de mayor tamaño. La discusión se inicia con la racionalización de que las prótesis deben ser proporcionadas al cuerpo por un asunto de estética y de salud, sin embargo, paulatinamente, fueron insinuando que hubiesen deseado prótesis más grandes. Aunado a este punto, destaca la forma sutil en que fue mencionado el tema de la sexualidad lo cual puede entenderse como producto de la censura esperable en un grupo de mujeres desconocidas entre sí pero además, es posible que la omisión explícita de dicho tema también debele en parte la negación de los aspectos sexuales involucrados en dicha intervención quirúrgica ya que esto puede generar cuestionamientos acerca de las motivaciones que algunas mujeres tienen para aumentarse los pechos. De allí que también el paso de la proporcionalidad del tamaño a lo llamativo, sea un tema que salió de manera discreta, ya que pudiera insinuar un interés sexual o al menos un interés por generar impacto en las otras personas.

El segundo tema denominado: Expectativas y presencia de cambios psicológicos y/o conductuales luego de la cirugía, describe la dificultad de la mayoría de las participantes de identificar expectativas de cambios internos o psicológicos luego de la intervención de mamas. Pocas mujeres admitieron que obtener una pareja y aumentar la seguridad en sí mismas eran sus expectativas de cambio interno. Además, fue muy difícil para la mayoría reconocer algunos cambios de conducta que efectivamente habían ocurrido luego de la operación. También se logró identificar una exacerbación de aspectos narcisistas cuando mencionan que incluso luego de años transcurridos desde la operación (hasta 5 años) las participantes se miran más al espejo, tocan con más frecuencia sus mamas y se comparan más activamente con otras mujeres.

El tercer tema denominado: El ajuste físico y psicológico a la nueva imagen, incluyó la descripción del subtema de la objetificación de las mamas como parte de un proceso complejo que eventualmente debería culminar con la integración de las prótesis al cuerpo. Las participantes hablan de sus pechos como objetos extraños que están dentro de su cuerpo pero que no forman parte

de su autoimagen. Esta disociación entre el cuerpo y el sí mismo ha sido descrita por algunos autores como un fenómeno sociocultural de la era postmoderna (Duch y Mélich, 2005) y pareciera que una intervención quirúrgica de aumento de mamas incrementa esta objetificación.

También las participantes discutieron sobre las consecuencias indeseables y que resultaban difíciles de admitir. Es sorprendente la cantidad de molestias físicas y cambios físicos que ocurren en las mujeres post operadas, que si bien no están relacionadas con algún problema médico importante, ciertamente han obligado a realizar algunos cambios y tomar ciertas de medida de cuidado que antes de la operación no eran necesarias (hipo o hiper sensibilidad, peso y molestia para dormir en ciertas posiciones o practicar algún deporte, revisión frecuente de que las prótesis están *bien*, etc.).

A pesar de lo anterior, es impresionante la dificultad de la mayoría de las participantes de realizar una mirada retrospectiva objetiva, que describa con cierta precisión la experiencia de la cirugía de mamas. Destacan las contradicciones entre las consecuencias desagradables, los beneficios, los dolores luego de la cirugía, las motivaciones que parecieran netamente personales pero que dejan entrever un interés por lucir atractivas para los otros e incluso con respecto al tema del tamaño, ya que comienzan discutiendo el criterio de la proporción y terminan insinuando un deseo de tener prótesis más llamativas. Estas contradicciones también fueron descritas por Davis (1995; cp. Frost, 2005) quien sostiene que se deben en parte a las múltiples emociones de éxtasis, humillación, alivio y placer, a las que están obligadas a vivir estas mujeres que pretenden moldear sus cuerpos según ciertos estándares de belleza.

Hay muchas contradicciones dentro del mismo relato de cada una de las participantes que evidencian que la experiencia de la cirugía de mamas es un tema que despierta una importante movilización psicológica, que confronta a algunas mujeres con temas de aceptación social, autoestima, riesgos médicos, consecuencias médicas y psicológicas. Estas contradicciones muestran también

una gran distancia entre aspectos concientes e inconcientes que para algunas mujeres no significa un conflicto, pero que para otras, sí lo es.

En último lugar se desarrolló el tema: El fenómeno social de la cirugía de mamas. Aquí se discutió acerca de popularidad de la cirugía de aumento de mamas, su aceptación y normalización como un fenómeno en la sociedad actual. Las consecuencias más directas de este fenómeno se encuentran en un aumento de la ya existente objetificación de los cuerpos, en la tendencia a buscar soluciones estéticas rápidas a problemas que pueden ser del ámbito psicológico y a un deseo creciente por moldear y mostrar una imagen que pareciera desplazar el lugar de la palabra en nuestra relación con los otros, e incluso, pareciera también una sustitución de la reflexión por la acción, y un rechazo de las partes del sí mismo que no nos agradan y nos avergüenzan.

Surgen muchas preguntas alrededor de la significación actual que tienen los pechos para las mujeres y los hombres. Su utilización como objetos de venta de productos comerciales, su uso como acompañantes de toda clase de servicios, amplían su significado original de glándula de nutrición y órgano sexual secundario, haciéndolo más difuso y ocupando en la psique de cada persona un significado singular.

Para concluir quisiera citar a Yalom (1997) quien menciona que los pechos han sido y continuarán siendo una suerte de marcador de los valores de la sociedad. Considera que estos han pasado por etapas donde se les ha asignado un valor religioso, erótico, doméstico, político, psicológico y comercial y que en la actualidad, los pechos reflejan una crisis de la medicina y una crisis global. Para esta autora, las personas nos preocupamos mucho por este tema de los pechos y nos preguntamos cómo serán los pechos de las niñas y mujeres del mañana. Para bien o para mal, grandes o pequeños, enfermos o sanos, la autora finaliza diciendo, que los pechos siempre parecen colocar a las mujeres frente a dos aspectos, o dimensiones más bien, inherentes al desenvolvimiento de la vida: aquellas que atañen al placer y al poder.

CAPÍTULO VII - LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Una primera limitación es la escasa bibliografía en el país sobre las implicaciones psicológicas de las cirugías estéticas. La mayor parte de la bibliografía utilizada fue obtenida de trabajos realizados en el extranjero.

De otro lado, a pesar de que la técnica de los grupos focales brindó la oportunidad de recoger información sobre las interacciones de las participantes y permitió abarcar gran cantidad de contenidos, presentó la limitación de que, por tratarse de una técnica grupal, no se pudo profundizar en algunos temas más íntimos que tal vez por medio de entrevistas podrían haberse tratado. Aun así, considero que este abordaje grupal constituye una primera aproximación que resultó apropiada al fenómeno en cuestión, y que los temas develados pudieran retomarse en futuros trabajos de investigación a través de entrevistas a profundidad para obtener así una visión que complemente los hallazgos descritos.

Recomiendo que se realice una investigación sobre el tema de la cirugía de aumento de mamas, pero realizando grupos focales o entrevistas a médicos cirujanos. Sería muy enriquecedor conocer la experiencia de estos profesionales y poder detectar sus necesidades e inquietudes sobre este tema. De igual forma, sería interesante conocer la experiencia de las parejas de las mujeres post operadas y acercarnos a la visión masculina del fenómenos de la cirugía de mamas.

Además, recomiendo profundizar sobre el hallazgo de esta investigación en cuanto al incremento de conductas narcisistas en las participantes. ¿Esto es igual de cierto para todas las mujeres que se realizan cirugías estéticas? Si esto es cierto y las operaciones estéticas van en ascenso ¿qué podemos anticipar para el futuro de nuestra sociedad?.

Sugiero que en una próxima investigación se concrete la elaboración de un cuestionario para ser utilizado por los cirujanos plásticos quienes podrán entregarlo a sus pacientes para llenarlo en casa y traerlo en la siguiente consulta para discutirlo. A través de este formulario se podría obtener la siguiente información: expectativas de cambio físico y psicológico, fantasías acerca de las posibles consecuencias físicas y psicológicas de la cirugía; que incluya también un apartado con información para las pacientes sobre las consecuencias más frecuentes y, por último, que el cuestionario cuente con un espacio donde las pacientes puedan formular preguntas sobre la cirugía.

Esto permitirá que los médicos se reúnan con las pacientes en otra oportunidad antes de la intervención quirúrgica y que puedan discutir con ellas todas las dudas, además, los cirujanos se asegurarían de que las pacientes estén concientes de los riesgos asumidos. La utilización de este cuestionario, tendría la finalidad de contribuir a la reflexión de las pacientes, prepararlas psicológicamente para dicha cirugía y, además detectar problemáticas psicológicas que pudiesen requerir que las pacientes fuesen remitidas a un profesional de la salud mental. Esto último, sin pretender desviar o impedir el deseo genuino de la paciente de querer someterse a la operación, sino principalmente para contribuir con nuestro papel como profesionales que velan por una atención interdisciplinaria del ser humano.

CAPÍTULO VIII - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C., Francis, O., Alessandrini, R., Macias, R., Leal, E. (2000). Perfil de personalidad en pacientes que solicitan cirugía estética. *Cirugia Plástica, 10(3)*, 97-101.
- Alvarez, J.L., y Jurgenson, G. (2004). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Bardin, L. (1977/1986). *El Análisis de Contenido*. Madrid: Akal.
- Blum, V. L. (2003). *Flesh Wounds. The culture of cosmetic surgery*. Los Angeles: University of California Press.
- Blum, V. L. (2005). Becoming the other woman: The psychic drama of cosmetic surgery. *Frontiers, 26(2)*, 104-131.
- Brown, T. A., Cash, T. F., y Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 55*, 135-144.
- Calado-Otero, M., Lameiras-Fernández, M., Rodríguez-Castro, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4(2)*, 357-370.
- Calogero, R., Davis, W., y Thompson, K. (2005). The role of self-objetification in the experience of women with eating disorders. *Sex Roles*, 43-50.
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

- Davis, D. (2002). Sculpting the body beautiful: attachment style, neuroticism and use of cosmetic surgeries. *Sex roles: A Journal of Research*. Recuperado en Agosto 10, 2007, de http://findarticles.com/p/articles/mi_m2294/is_2002_August/ai_95514606
- Davis, K. (2002). A dubious equality: Men, women and cosmetic surgery. *Body Society*, 8(1), 49-65.
- Duch, L.L. y Mélich, J. (2005). *Escenarios de la corporeidad*. Madrid: Trotta.
- Figuroa-Hass, C. (2007). Effect of breast augmentation mammoplasty on self-esteem and sexuality. *Plastic Surgical Nursing*, 27(1), 16-36.
- Frost, L. (2005). Theorizing the young woman in the body. *Body and Society*, 11(1), 63-85.
- Furnham, A., Hester, C., y Weir, C. (1990). Sex differences in the preferences for specific female body shapes: *Sex Roles: A Journal of Research*, 22, 743-754.
- Furnham, A., Dias, M., y McClelland, A. (1998). The role of the body weight, waist to hip ratio and breast size in judgments of female attractiveness. *Sex Roles: A Journal of Research*. Recuperado en Agosto 10, 2007, de http://findarticles.com/p/articles/mi_m2294/is_n3-4_v39/ai_21227871
- Gagné, P., y McGaughey, D. (2002). Elective mammoplasty designing women: Cultural hegemony and the exercise of power among women who have undergone elective mamoplasty. *Gender and Society*, 16(6), 814-838.
- Gimlin, D. (2000). Cosmetic surgery: Beauty as commodity. *Qualitative Sociology*. Recuperado en Agosto, 13, 2007, de <http://www.springerlink.com/content/g151152059883737>

- Gimlin, D. (2007). Accounting for cosmetic surgery in the USA and Great Britain: A cross - cultural analysis of women's narratives. *Body Society*, 13(1), 41-60.
- Gitter, A. G., Lomranz, J., Saxe, L., y Bar-Tal, Y. (1983). Perceptions of the female pshyque characteristics by American and Israeli students. *The Journal of Social Psychology*, 7-13.
- González-Rey, F. L. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad*. México DF: McGraw-Hill Interamericana.
- Greenleaf, C. (2005, enero). Self-objefication among physically active women. *Sex Roles: A Journal of Research*. Recuperado en Agosto 11, 2007, de http://findarticles.com/p/articles/mi_m2294/is_1-2_52/ai_n13651293.
- Haiken, E. (1997). *Venus Envy: A history of cosmetic surgery*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Herrero, R., y Rondón, D. (2004). Medicina, estética y psiquitría. *International Journal of Cosmetic Medicine and Surgery*, 6(2), 20-23.
- Hinshelwood, R. D. (1989). *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Hollyday, R., y Sánchez, J. (2006). Aesthetic surgery as false beauty. *Feminist Theory*, 7(2), 179-195.
- Homem, M. L. (2003). *Entre prótesis y prozacs. El sujeto contemporáneo inmerso en la descartabilidad de la sociedad de consumo*. Ponencia presentada en *Estados Generales del Psicoanálisis: Segundo encuentro Mundial*, (pp. 1-9). Rio de Janeiro, Brasil.

- Jones, D. (2004). Cultural views of the female breast. *The Association of Black Nursing Faculty* , 15-21.
- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica*. México DF: Pearson Educación.
- Kleinke, C. L., y Staneski, R. A. (1980). First impressions of female bust size. *The Journal of Social Psychology*, 110, 1223-1234.
- Koff, E., y Benavage, A. (1998). Breast size perception and satisfaction, body image, and psychological functioning in Caucasian and Asian American college women. *Sex Roles: A Journal of Research*, 655-673. Recuperado en Octubre 20, 2007, de http://findarticles.com/p/articles/mi_m2294/is_n78_v38/ai_20914083?tag=rbxcra.2.a.4
- Kristeva, J. (2001). *El genio femenino*. Buenos Aires: Paidós.
- Luna, I. (2001). Mujer, belleza y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(4), 383-388.
- Martín, J., Gorgojo, L., González, J., y Wisbaum, W. (2000). *Riesgos para la salud causados por implantes de silicona en general, con atención especial a los implantes mamarios. Informe para el Parlamento Europeo*. Madrid: Unidad de Evaluación de Opciones Científicas y Técnicas (STOA)/Parlamento Europeo.
- Mazur, A. (1986). U.S. trends in feminine beauty overadaptation. *The Journal of Sex Research*, 22, 281-303.
- Morabito, L. (2007, Marzo). *La compulsión en el cuerpo: dietas, ejercicios y cirugías estéticas*. Ponencia presentada en el II Congreso sobre Adicciones y Compulsiones de la Postmodernidad. San Cristóbal, Venezuela.

- Morgan, A. (2005, Julio). *Evaluating risk and pain in elective cosmetic surgery*. Artículo presentado en la IV Conferencia Mundial de Making Sense of: Health, Illness and Disease, Oxford, Reino Unido.
- Morgan, D. (1988). *Focus groups as qualitative research*. California: Sage Publications.
- Negrín, L. (2002). Cosmetic surgery and the eclipse of identity. *Body and Society*, 8(4), 21-42.
- Oiz, B. (2005). Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28(2), 19-26.
- Paz-Sandín, M. (2003). *Investigación cualitativa en educación*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Rodríguez, P. (2002). *Análisis de historias clínicas de estudiantes universitarios con dificultades económicas*. Trabajo Especial de Grado no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Rodríguez, S., y Cruz, S. (2006). Evaluación de la imagen corporal en mujeres latinoamericanas residentes en Guipuzcoa. Un estudio exploratorio. *Anales de Psicología*, 22(2), 186-199.
- Rowell, B., Norris, P., Ryan, K., y Weenink, M. (2000). Assessing and managing risk and uncertainty: Women living with breast implants. *Health, risk and society*, 2(2), 205-218.
- Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica (2007). Recuperado en Septiembre, 12, 2007, de <http://www.sociedadcirugiaplasticavenezolana.org/>

- Taylor, S., y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Thorpe, S., Ahmed, B., y Steer, K. (2004). Reasons for undergoing cosmetic surgery: retrospective study. *Sexualities, evolution and gender*, 6.2(3), 75-96.
- Tracy, J, y Robins, R. (2004). Putting the self into self – conscious emotions: a theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15(2), 103-125.
- Yalom, M. (1997). *A history of the breast*. New York: The Ballantine Publishing Group.

ANEXOS

ANEXO A

Guión de Preguntas del Grupo Focal.

Guión de Preguntas del Grupo Focal.

En este grupo vamos a hablar acerca de las vivencias que cada una de ustedes experimentaron antes y después de la operación de mamas. No todas las pacientes han percibido los mismos cambios, ni físicos ni psicológicos. El interés de esta investigación es conocer su experiencia desde el punto de vista psicológico y así entender este fenómeno tan común en nuestros días.

1.- ¿Cómo fue la búsqueda de información? ¿Cuánto tiempo transcurrió entre la toma de decisión y que lo hicieron? ¿Las operó un hombre o una mujer? ¿Fue el primer médico que visitaron con quien decidieron operarse?. ¿Cómo decidieron el tamaño?

Catalina dice: “Que me las pongan de lo que sea, lo importante es que sean grandes, mientras más grandes mejor.” ¿Que opinan de esto?

2.- Existen muchas maneras de referirse a este tema, yo he mencionado operarse los senos pero con qué otros nombres ustedes se refieren a esto que realizaron?

3.- ¿Qué factores o cuáles personas facilitaron la toma de decisión? y ¿Qué factores generaron dudas?

4.- ¿Qué pensaban y sentían ustedes de las mujeres que se operaban los senos antes de realizarse la intervención?

5.- ¿La operación de mamas marcó un antes y un después? ¿Cuál fue la diferencia?. ¿Cuál sería una palabra con la que describirían el antes y otra con la que describirían el después? No lo piensen mucho.

6.- ¿Pensaban que con este cambio físico también podían lograr cambios internos?

7.- Ya conozco algunos factores que las impulsaron a operarse pero me pregunto si existió (existieron) algún(os) otro(s) motivo para operarse los senos.

8.- ¿Qué fue lo primero que sintieron cuando se miraron al espejo la primera vez?

9.- Desde que se operaron, ¿Han descubierto nuevos aspectos de su personalidad?, ¿Nuevos deseos o metas?, ¿Nuevos aspectos favorables? ¿Hicieron algún cambio importante en su vida luego de la operación?

10.- ¿Qué les han dicho otras personas a cerca de los cambios psicológicos o de conducta que han experimentado? Específicamente: mujeres, hombres, parejas, hijos.

11.- ¿Han vivido alguna experiencia o emoción desagradable luego de la operación?

12.-¿Se sienten satisfechas con la operación? ¿Cuán satisfechas se sienten del 1 al 10?

13.- Si retrocedieran el tiempo, ¿Volverían a operarse? ¿Volverían a operarse con el mismo médico, en ese momento de su vida, en el mismo lugar?

14.- ¿Le recomendarían a las personas que se operaran? ¿Por qué? ¿Le recomendarían a una hija o a su mejor amiga que se operaran?

15.- ¿Quieren agregar algo más?

16.- Una última pregunta: ¿con tetas, hay paraíso?

ANEXO B

Formulario de Datos de Identificación de la Muestra

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

CIUDAD Y PAIS DE ORIGEN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____

OCUPACIÓN: _____

MES Y AÑO EN QUE TE OPERASTE LAS MAMAS: _____

ADEMÁS DE LA CIRUGIA DE MAMAS, TE HAS PRACTICADO ALGUNA OTRA
CIRUGIA ESTÉTICA? SI __ NO__

¿CUÁL? _____

¿EN QUÉ AÑO? _____

¿ALGUNA VEZ HAS ASISTIDO A CONSULTA PSICOLÓGICA O
PSIQUIÁTRICA? _____

¿ACTUALMENTE ESTAS EN PSICOTERAPIA? SI__ NO__

MARCA CON UNA X LA(S) PERSONA(S) CON QUIEN(ES) VIVAS:

MAMÁ __ HERMANOS (AS) __ PAREJA __ HIJOS (AS) __

PAPÁ __ OTROS FAMILIARES __ AMIGOS (AS) __ SOLA __ OTRO _____

TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN ESTA PLANILLA ASÍ COMO
LA INFORMACIÓN RECOGIDA DURANTE LA REUNION GRUPAL, ES DE
CARÁCTER CONFIDENCIAL Y SERÁ UTILIZADA ÚNICAMENTE PARA LA
REALIZACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN. NO SE SUMINISTRARAN NOMBRES
NI NINGÚN OTRO DATO DE IDENTIFICACIÓN EN EL DOCUMENTO PUBLICADO.

DE ANTEMANO AGRADEZCO INMENSAMENTE SU PARTICIPACIÓN Y
ME COMPROMETO A ENVIRLES UNA COPIA DE LA INVESTIGACIÓN UNA VEZ
FINALIZADO EL ESTUDIO.

MUCHAS GRACIAS,

LIC. SANDRA URIBE ESCALANTE

ANEXO C

Datos de Identificación del Segundo Grupo Focal

Datos de Identificación del Segundo Grupo Focal

Sujeto	Edad	Ocupación	Origen	Edo Civil	Tiempo desde la operación	¿Has asistido Psicoterapia?
8 Doris	28	Psicóloga	Caracas	Soltera	3a. y 6m.	Si
9 Hilda	24	Chef	Caracas	Soltera	2a. y 6m.	No
10Bety	24	Diseñadora de Modas	Caracas	Soltera	5a. y 3m.	No
11Rosa	23	Estud.Uni - versitaria	Caracas	Soltera	1a. y 2m.	No
12Diana	31	Abogada	Ciudad Bolívar	Soltera	5a. y 6m.	Si

ANEXO D

Sesión 1 – Grupo Focal

Sesión 1 – Grupo Focal

Fecha: 18.05.2008

Bueno para empezar yo quería que habláramos sobre la elección del médico, cómo fue el proceso, si era un médico conocido o recomendado o si se operaron con el primer médico al que visitaron...

S1(26): bueno yo me operé con el primer médico (risas grupo) porque mi mamá se había operado con el de un quiste entonces con él fue. Yo fui, me vio y ya yo dije si y eso fue un martes y el miércoles de la otra semana me operé. Fue así de rápido..

S2(31): yo no, yo consulté a tres y con la tercera me operé. Los primeros dos no los conocía fui porque averigüé donde estaban uno y el otro y ya y el tercero si una amiga lo conocía ella se había operado con ella, fui con ella me gustó y me quedé con ella.

S3(23): bueno yo me tenía que operar las amígdalas (risas grupo) y en realidad hablando con la doctora yo le dije que también me quería operar los senos y me dijo que conocía un médico bueno y tal si quieres ve, fui y me gustó entonces en la misma operación me quité una cicatriz aquí, me operé los cornetes, los senos, una cicatriz en una pierna, todo en un solo día

S1(26): todo en un solo día?

S3(23): si la anestesia la aproveche

S4(28): claro la misma anestesia

S1(26): un solo dolor

S3(23): un solo dolor

S5(31): yo también fui con el primero, el primero que conseguí era un médico que me recomendó una amiga de mi hermana que el esposo era médico a su vez. Yo igual sabía que iba a hacer con él pero hice la cita previa fui con él y me gustó.

S6(18): yo por una tía que se había operado, fue el primer médico que visité.

S7(27): igual yo (risas grupo),

S5(31): todas muy rápido pues!

S7(27): fue con el primer médico que visité, el es papá de una amiga mía. Fui me examinó no me dio pena y dije bueno si. O sea el te ve te toma las medidas y me decían mis amigas: ¿tú estás segura de que te vea el papá de una amiga?. ¿Qué te vea desnuda? (risas grupo) pero es que lo conocía y le tenía confianza.

S4(28): yo también con el primer médico porque es la mamá de una amiga que tiene una clínica de cirugía estética y me dijo: tú te deberías operar para que estés como más equilibrada (mímicas) y yo bueno, por no dejar, fui a la consulta con el médico, pautamos la cita y listo, sin mucha pensadera.

S5(31): Todas tenemos en común que teníamos alguna recomendación previa.

S1(26): yo no fui la única entonces porque lo de mi mamá era otra cosa y mi mamá también apurada.

S4(28): bueno no necesariamente pero las recomendaciones siempre son buenas

S7(27): siempre es mejor así (recomendación)

S2(31): yo fui la que tuvo más consultas de ustedes pero es que luego de dos citas fue una amiga quien me dijo no tienes con quien operarte? Y yo le dije que no entonces me recomendó a fulana y fui. Ella se había operado con esa doctora.

S4(28): Tu la habías visto operada?

S2(31): Si

S4(28): bueno eso yo creo que influye

S2(31):bueno la verdad ella se operó con otro y ella tenía una amiga que si se había operado con esta doctora (risas grupo comentarios tipo: la amiga de tu amiga!). Si porque ella se había operado con un tipo ahí que X ella por meterlo por el seguro, se operó con él y tuvo que operarla varias veces. Y yo le dije no con ese ni loca y estaba esa otra amiga ahí que me recomendó a su doctora. Demasiado buena.

S: entonces tú fuiste la única que se operó con una mujer y el resto con hombres. Ok ahora una pregunta con respecto al tamaño. Ustedes conocen la novela que pasaban hace como uno o dos años que se llamaba: sin tetas no hay paraíso? Es una novela colombiana que se trata de una muchacha que se mete en muchos problemas y se atreve a hacer muchas cosas con el único fin de operarse los senos. Ella decía: No importa de qué sean, lo importante es que sean grandes. ¿Qué opinan ustedes de eso?

S4(28): El tamaño no siempre importa (risas grupo).

S1(26): lo importante es la proporción con tu cuerpo

S4(28): para mí eso era porque por ejemplo yo soy de contextura gruesa, si yo me pongo unas bichas gigantescas en vez de verme con lolas mas grandes me voy a ver gorda y tampoco esa era la idea. La cosa es que se ven proporcionadas y que parezcan más aunque obviamente no son pero que parezcan más lo más que se pueda.

S2(31): y al final que no te afecte porque después te afecta la espalda, la columna.

S5(31): inclusive en mi caso el médico me las quería poner más grandes y yo no quise. El me decía pero es muy poquito entonces al final llegamos a un punto medio porque yo me quería poner menos en ccs. y él me puso un poco mas entonces decidimos un punto intermedio.

S6(18): bueno cuando me las vi después que me operé yo estaba decepcionada totalmente porque dije: Eso está muy grande no...

S4(28): pero después cuando se te bajo la inflamación no pensaste... un poquito más hubiese sido mejor? (Risas grupos ruido!)

S3(23): El doctor también me dijo eso me dijo ponte más porque todas las que se ponen esa talla que te estás poniendo después vuelven a operarse y dicen: ay ponme más. El dice que todas las que se han puesto 350 que fue lo que yo me puse dicen eso luego. Claro yo no tenía nada, pero naaada, era un varoncito (mímica) entonces dije 350 es bastante, para mi tamaño. Después se ve grotesco.

S7(27): eso depende del cuerpo porque a mí me decían que yo que tengo un pelín me ponen 500 y que la piel se me estira así (mímica grandes) y que cuando amamante se me pone así (mímica de mas grandes)y que luego me quedan así (mímica hacia abajo) o sea es algo para llenar los vestidos porque la moda te lleva demasiado y que no hay camisas, que ladilla el sostén, no te queda, yo siempre andaba así porque yo era una talla arriba y otra abajo. La ropa me quedaba aguada.

S5(31): era un sufrimiento yo igual una talla arriba y otra abajo.

S7(27): te mandabas a hacer una ropa y así y todo era un fastidio

S4(28): lo importante es la proporcionalidad, una cosa que se vea estética.

S1(26): la proporción es mejor.

S: ok pero entonces a algunas de ustedes el médico si les llevo a decir que se pusieran mas.

S5(31): si en mi caso sí. (S7 igual).

S: eso es muy frecuente, así como que cuando dicen que se van a operar de nuevo, se pondrían un poco más.

S2(31): yo me pondría más

S4(28): yo creo que si está bien que cuando te las quieras reemplazar te pongas 350, 400 pero para haber sido una primera experiencia yo estoy contenta.

S1(26): claro.

S7(27): eso pasa.

S4(28): es que como es la primera vez uno dice perro y si se me pasa la mano

S7(27): no hay vuelta atrás

S4(28): ¡exacto!

S7(27): bueno si hay vuelta atrás

S4(28): pero es pagar otra cirugía someterte a una mas, entonces...

S7(27): claro, a mí lo que más me asustaba era si quedaba embarazada. Esa es la parte que ¡uuy no! (risas grupo).

S2(31): yo quede embarazada y mira quede igualita

S7(27): claro pero cuando estuviste embarazada o dando de mamar no te crecieron mucho?

S2(31):no a mi no

S1(26): conozco gente que igual no pasa nada

S7(27): y lo de la engordada? Dios mío es que te cambia todo. Además que uno se está operando muy joven. Te pones a ver las niñitas a los 15, 16...

S4(28): No han terminado ni de crecerle los senos

S5(31): o sea cuantas veces vas a tener que operarte?

S7(27): 6 veces 7 veces??

S2(31): yo tengo una amiga de 17 y se las acaba de operar. Ella era un varoncito así (mímica)

S7(27): si? por dios es que ni siquiera le han crecido

S6(18): yo me operé a los 18 recién cumplidos.

S7(27): entonces, viste! te vas a operar 6 veces? (risas grupo)

S4(28): saca la cuenta

S5(31): a lo mejor en diez años no se usan las prótesis

S4(28): a lo mejor en diez años las prótesis duran más tiempo y no hay que operarse tanto

S3(23): a mí no me dolió

S7(27): ¿estás loca? Yo dije ¡más nunca!

S5(31), S6(18): a mi si me dolió

S4(28): yo se lo recomendé ampliamente a todas ¡opérate! ¡Opérate!

S6(18): claro después que a uno se le pasa el dolor y eso

S5(31): cuando yo abrí los ojos yo dije por qué me operé. Si yo estaba sana y ahora me siento mal. Eso fue lo primero que pensé claro después de la primera semana chévere pero la primera semana es fatal.

S4(28): yo para nada

S7(27): mira todavía, llevo 3 años de operada.. 2005, 2006, 2007, 2008, yo no puedo dormir boca abajo.

S5(31): no?

S7(27): siento una presión horrible

S1(26): claro es verdad yo tampoco puedo dormir boca abajo.

S7(27): ves? No me he terminado de acostumbrar... para mí ha sido medio... (mímica de malestar) .

S1(26): yo siento una cosa abajo o sea que hay algo incomodo, que presiona

S7(27): eso, ¿ves? yo siento la presión y uno no sabe si es la cirugía o que eso nunca lo vamos a saber. Te dicen que es retro pectoral, aja pero ¿qué sabes tú qué es eso?...

S4(28): detrás del musculo

S7(27): claro pero que sabes tú si es por eso que duele. Me las toco y digo ok se mueven están suaves pero no sé..Yo le he preguntado a mis amigas y algunas si y otras no. Las que se pusieron mucho que si 500, no sé si es normal, y flaquitas, les pasa. O sea si me hubiese puesto más tenía que dormir así (mímica y risas) No en serio casi que tengo que poner almohadas para equilibrarme porque es la única manera.

S4(28): yo antes no dormía boca abajo tampoco pero las veces que lo hago no sé... es raro...

Silencio

S: con que otro nombre se le conoce a la operación, a ver, yo he mencionado desde el principio operación de senos pero ustedes que nombre han utilizado para referirse a la cirugía

S1(26): me hice las lolas

S4(28): si

S7(27): me operé las lolas

S1(26): las pechugas

S5(31): las tetas

S7(27): mamoplastia

S5(31): esa es la técnica

S7(27): si pero es que tu llegas a le dices a tu suegra: me hice una mamoplastia.. (risas grupo)

S4(28): te operaste las gomas, te pusiste las gomas ¡si, si!

S7(27), S1(26), S3(23): eso no lo había escuchado

S4(28): eso suena a cambio de cauchos, maracucho jajá

S6(18): te pusiste tunning

S5(31): jajá como los carros?

S6(18): mis amigos me dijeron eso... como que te pusiste el tunning..

S: ¿Qué factores o cuáles personas facilitaron la toma de decisión? y ¿Qué factores generaron dudas?... (Silencio).

S2(31): tamaño, eran muy chiquitas. Yo me veía al espejo y arrugaba la cara ahora me veo y me pongo feliz (risas). Me veo mucho tiempo y me miro...

S4(28): jajá si eso pasa (risas grupo)

S1(26): antes las camisas me quedaban aguadas

S4(28): Yo sinceramente creo que no había registrado eso hasta que un día estaba con la mama de mi amiga en la playa. Yo nunca en mi vida había pensado sobre operarme los senos. Y me dijo yo creo que si tú te pones un poquitico aquí mira tú estarías perfecta porque equilibras y tal y yo bueno...

S1(26): ¡bum! ¡Te operaste!

S4(28): me empecé a mirar más y yo así como que bueno podrían estar mejor un poco mas simétricas pero sinceramente si no me hubiese hecho el comentario no me hubiese preocupado..

S1(26): yo si

S5(31) : yo siempre

S3(23): yo desde los 12 años decía yo como que me voy a tener que operar porque esto como que no crece. Siempre lo pensé.

S5(31): yo también pero no desde los 12 sino mas grande a los 20? Tenía que ponerme almohaditas, relleno...

S2(31): yo tenía uno de aire y los inflaba así (mímica)

S5(31): entonces dije lo voy a hacer pero es que antes era una idea más vaga llegó un momento como una idea fija, lo tengo que hacer porque estoy fastidiada, harta.

S7(27): a mí me paso que yo hacía mucho deporte de joven y a los 18, 19 las lolas se me estaban cayendo se me estaban desapareciendo, porque yo era 34B y eso eran lolas pero empecé a adelgazar y no tenia y las tenia flácidas parecía una abuela y yo no vale. Todas se operaron éramos 5 amigas y solo quedo una sin operarse. Empezaron a los 16, 17 ¿sabes? Y yo me opere a los 25 pero bueno yo me iba a casar y dije esto es lo último que le puedo sacar a mi papá y dije vamos (risas grupo).

S6(18): yo era muy gordita y empecé a adelgazar y empezaron a desaparecer y mi mamá me decía no hija y yo mamá es que me tienes que ver y cuando fuimos al médico y me vio me dijo: Ay pobre de mi hija! (risas)

S4(28): mi mama hizo lo mismo cuando me vio

S6(18): pero igualito fui sola a la clínica me hice todos los exámenes.

S: Alguna persona facilito u obstaculizo la decisión?

S5(31): una amiga muy cercana se operó y ahora que lo recuerdo fue influencia de eso porque cuando yo le vi yo dije si ella puede yo puedo, no pasa nada. Era una cosa que tenía muchas veces en la cabeza pero me daba temor y apenas vi a mi amiga me animé más.

S6(18): no, yo siempre lo tuve en la cabeza (risas grupo) yo solita

S7(27): y que oh Pamela! (grupo risas) pero a veces te digo veo mujeres que se ven planas tan lindas, y digo que envidia, yo creo que depende del prototipo de la persona. Una mujer a juro no tiene que tener lolas.

S1(26): para nada

S4(28): no

S7(27): tengo amigas deportistas que son bellas y son una tabla. A lo mejor si se ponen lolas se ven demasiado plásticas porque son flaquitas pues.

S: que pensaban ustedes de las mujeres que se operaban los senos?

S2(31): que se veían bellas

S7(27): bien por ellas

S: y a parte de lo físico que pensaban a cerca de ellas?

S6(18): yo decía puedo tocarlas? (risas)

S7(27): típico que a todas se le quita el pudor después que se operan
Todas asienten ¡Sí! (ruido).

S7(27): porque son de mentira

S4(28): porque son perfectas

S2(31): todos y que puedo tocarlas y yo bueno!

S6(18): mi mamá era la peor que a todo el mundo le dice: ¡muéstralas, muéstralas! (risas grupo).

S7(27): todas mis amigas a cada rato y que a ver...

S4(28): y te quedaron blandas? Duras? Que como se sienten al tacto y es verdad porque finalmente es algo importante. Porque también te operas para los otros de alguna forma. Para que el otro te vea y que en algún momento el otro va a tocar pues.

(Todas dicen asienten)

S: ¿sienten que la operación marco un antes y un después?

S5(31), S6(18), S3(23): asienten.

S2(31): por ejemplo para mi sí, yo como te decía antes no me gustaba verme, ahora me quedo mirándome en el espejo. Por lo menos cuando tú tienes a tu pareja y tienes relaciones con ella antes quería que fuera con la luz apagada pero ahora tu estas como que: ¡mírame!. Antes con la luz apagada ahora mírame y con la luz prendida (risas)

S1(26): claro

S4(28): yo me miro mucho ahora después de la operación. Antes me desnudaba me metía a bañar y no te percatas pero ahora si dices ¡que fino!.

S: ¿qué fino, qué?

S4(28): que son bellas, perfectas...

Las demás dicen: grandes, bonitas,

S1(26): yo me opere dos veces porque la primera vez me quedo una más grande que la otra. Entonces me tuvieron que hacer otra operación y me agarraron puntos y todo. La primera era perfil extra alto y la otra, perfil alto. Yo no me había dado cuenta que tenía una más grande que otra antes de operarme hasta que el médico me dijo la primera vez. Luego de eso igual que S4(28) me empecé a dar cuenta de las diferencias y me miraba más.

S2(31): la doctora estaba sorprendida conmigo porque yo tenía las dos igualitas y eso casi nunca pasa. Chiquitos pero iguales.

S3(23): bueno a mi te tuvieron que hacer una ampliación de aureola porque yo tal cual era un niño con un punto de otro color de cada lado. Aparte tengo problemas de azúcar, no cicatrizaba, horrible... pero el médico se portó bien.

S1(26): ¿perdiste la sensibilidad?

S3(23): No, yo pensé que la había perdido porque me daba como escalofrío al principio después pasó. Ahora estoy normal.

S6(18): Yo tenía los pezones muy abajo entonces me los quitaron y los volvieron a pegar. Fue horrible cuando el tipo dice ah esta es una bebé y yo dije nada me hizo cualquier cosa como me voy de aquí por donde me tiro y tal pero me operó bien al final.

S3(23): siempre hay un antes y un después. Para mejor.

S7(27): yo me operé por la ropa pero más nada.

S5(31): en mi casa yo soy la única que me he operado, todas son planas y que se yo cuando hay un vestido me lo tengo que probar yo para ver cómo queda. Es como que... el modelo a seguir pues, ahora soy yo quien se prueba las cosas en mi familia.

S3(23): tú eres el maniquí

S5(31): sí casi que con tetas, sin tetas!

S: cuando ustedes se operaron ¿pensaron que además de cambiar el tamaño de los senos, iba a cambiar algún aspecto interno?

Algunas dicen: no

S5(31): yo creo que tiene que ver con el tema de la seguridad. Yo sabía que iba a influir en eso. Me siento más cómoda, más segura conmigo misma.

S: alguien más?

S4(28): yo siento que uno se vuelve más atrevido yo antes me ponía unas camisas, recién operadas que hoy no me atrevo. Yo creo que me pasó la fiebre exhibicionista (murmuran algunas: sí) y ya después de los escotes por el ombligo que todos piensan que vas a mostrar las lolas, pasó. Yo sentía que podía exhibir más.

S3(18): es que antes no quedaba bien.

S4(28): siento que fue una fiebre pero ya no para mí, incluso creo que ahora me gusta más andar con un cuello tortuga. Me siento más cómoda, bien, sin necesidad de lucir.

S6(18): como una fiebre

S7(27): yo creo que la única aquí que no tuvo esa fiebre fui yo porque después de operada quedé tan pomposa que todo el mundo me miraba y yo mira aquí arriba (mímica). Esa parte si es horrible cuando estas recién operada, no sé si es que uno esta predispuesta o algo, para mí fue al revés, yo siempre he sido súper segura y más bien empecé a encorvarme, me estorbaban,

S1(26): Yo igual

S7(27): de hecho mi esposo antes de casarnos me decía, te hubiese quedado como estabas, para que, a él en verdad nunca le dio ni frio ni calor, chévere.

S5(31), S4(28): que bueno

S7(27): si por ese lado bien pero tú sabes, me dio la duda al revés luego de operarme. Y lo hecho, hecho está, estoy feliz pero bueno

S: ¿alguna de ustedes tenía una pareja que opinó a favor o en contra de la operación?,

S2(31): mi pareja en ese momento me atendió me daba la medicina, feliz, hasta me las pago, me hizo los masajes y todo y ya no estamos juntos.

S5(31): bueno...

S7(27): típico..

S2(31): fueron mi hermana y mi mamá y el estaba súper pendiente en la operación digo. El decía yo estoy feliz con lo que tienes pero si tú te las quieres operar, opérate. Eso es lo mas chistoso el puso a mitad y yo la otra mitad (risa grupo).

S4(28): jaja seguro ;el no lo recuerda con tanta gracia

S7(27): uno no sabe para quién trabaja.

S4(28): me debes una lola!

S5(31): exacto!

S: ahora díganme rápido sin pensarlo mucho, una palabra que describa lo primero que sintieron cuando se operaron?

S7(27): asco

S1(26): asco

S4(28): yo no me podía ni ver

S5(31): susto

S6(18): que es esto?

S3(23): yo dije me quedaron gigantescas, excelente

S1(26): asco, horrible

S7(27): aunque uno sabía que iban a mejorar.

S5(31): artificial totalmente.

S7(27): compre mil cremas

S4(28): yo no podía tocármelas, osea para limpiarlas y eso no pude mi mama me hacia todo. Me daba nervios.

S1(26): a mí también

S3(23): yo me hice todo. Claro a mí me dolían eran las amígdalas. Yo me encorvé. A los dos días, andaba como la niñera: chillona y gigante. Luego me enderece.

S5(31): yo también me encorvé

S4(28): de hecho uno no respira bien. Nada más incorporarte de la cama era todo un esfuerzo.

S7(27), S5(31): horrible

S1(26): lo peor. La semana.

S3(23): ustedes al menos podían comer cualquier cosa pero yo no por las amígdalas, yo adelgacé

S4(28) y S1(26): yo también

S7(27): bajan la barriga, como dicen: la mejor forma de quitarte lipa es hacerte las lolas. Te ves más flaca pero... es que a mí la anestesia me hizo mal me caía de los bajones de tensión. Caerte con las lolas operadas es lo peor que puede pasarte.

Algunas dicen: horrible, uff,

S4(28): yo dormía sentada. Dolor no tuve sino molestias, los drenajes, tenía uno muy apretado pero luego de aflojarlo no me dolió más nada.

S7(27): que bueno

S1(26): a mí me salieron morados.

S7(27): yo las tenía unidas y a mí ahora me cabe un brazo entero (hace las mímicas) así estaría de hinchada. A mí me gustaron así porque me parece que

por la espalda se ven bien separadas pero yo me case al mes. Entonces el vestido de novia era muy cómico porque claro todavía medio sangraba.. no, no, era horrible yo creo que la época también, estaba luego en la luna de miel de viaje y caminaba tapándome porque me pesaban. Mi esposo me decía por qué caminas así y yo: porque me pesan!

S4(28): ir en el carro y caer en un hueco, horrible

S6(18), S5(31): horrible

S1(26): pesan y duelen.

S7(27): es que brincar ahora igual duele

S6(18): cuando pega mucho frio duele

S7(27): si

S3(23): pero a mí no me paso nada de eso. Yo creo que era la emoción. Yo deseaba tanto operarme que fue rápido. Si al fin toda mi vida y yo decía aleluya! No me duele nada! mejor me callo!

S: pero entonces si tenias molestias pero como estabas feliz las toleraste sin quejarte mucho.

S3(23): bueno claro

S4(28): mi miedo era que me quedaran montadas en la clavícula.

S6(18): la faja te las montaba más.

S5(31): si quedaban muy arriba luego bajan.

S6(18): me tuve que inyectar desinflamatorios porque soy alérgica a la piña.

S7(27), S3(23): no me mandaron masajes.

S3(23): estuve 22 días con los puntos pero me las arregle, no sufrí tanto sino las amígdalas. Aunque como yo fumo, después me tuvieron que aspirar y el sangrero, horrible, pero yo, bueno pregúntame! De resto..

S: después de que se operaron hicieron algún cambio, nuevos proyectos, metas, cambios de personalidad? (silencio)

S7(27): no, este grupo te salió aburrido! Jaja. Yo creo que depende mucho de la edad en que te operes. Mis amigas, una se opero y a la siguiente semana consiguió un novio por ejemplo

S6(18): a mí se me fueron los levantes pues! Lo contrario! No sé qué pasó.

S3(23): muchas amigas me decían, no vayas a cambiar, mosca, porque veían que otras chicas cambiaban full se volvían locas pero yo... todos me dicen que normal, eso depende de la persona. Depende del nivel de confianza de la persona antes de la operación. Yo igual vivía mi vida normal. Es de personalidad también.

S4(28): yo esperaba un cambio y no hubo. Decía, no tengo novio pero conseguiré alguno con lolas nuevas y nada! De verdad no varió (risa grupo).

S: por ejemplo yo me refería no solo a cambios en la personalidad sino también cambios en la toma de decisiones y ese tipo de cosas que comento hace rato S5 sobre la confianza, o lo que dijo S2 sobre mirarme más y tocarse mas que también lo dijeron S6 y S4..

Todas dicen si, si

S: también lo que comentaron de mostrarse más, exhibir mas, esos son cambios, tal vez sutiles pero son cambios.

Todas dicen si, si

S: y las personas de su alrededor han observado algún cambio que ustedes se hayan sorprendido al escuchar y que tal vez tengan razón

S7(27): es que yo creo que eso hoy día es tan común que la gente no se sorprende.

S4(28): eres una más del montón

S7(27): ya no somos del grupito selecto que se operó las lolas. Ya se masificó. Y sobre todo con las propagandas que ya no tienen escrúpulos. Pónganse las lolas y las paga en diciembre. Eso es demasiado. Entonces ya me da pena decirlo. Llegar y decir me opere las lolas ya no es un orgullo sino demasiado normal. Todo el mundo lo ha hecho ya no es un orgullo.

Casi todas las participantes asienten esta afirmación

S: en algún momento fue un orgullo para ustedes?

S4(28): a mí no me importaba decirlo. Si tuve las .. para operarme debo tener las ... de decirlo.

S7(27): pero si te preguntan lo dices.

S4(28): claro pero hay gente que lo prefiere mantener bajo perfil.

S6(18): tu esperas que la gente se dé cuenta y te lo diga

S: luego de la operación han experimentado alguna situación desagradable?

S3(23): no tomo nada con gases. Me recuerda a la operación.

S5(31): ahora que lo pienso a veces estoy en un grupo con gente que habla mal de quienes se operan las lolas y me siento incomoda. No saben que me opere. Dicen que son plásticas, frívolas, que terrible, que por que hacen eso con su cuerpo.

S4(28): ahí es cuando yo salgo y digo que me opere.

S5(31): eso si ha sido desagradable.

S4(28): es parte de los estereotipos de repente uno dice como no va a tener a ese tipo con esas lolas operadas y te das cuenta de que te operas y no pasa nada! Son estereotipos.

S: a veces lo ven como algo malo, como una crítica.

S5(31): si así como que de paso, para colmo... se opero las tetas!

S7(27): que risa con mis amigas es al revés y que claro no tiene ni plata para operarse las lolas no se ha visto en un espejo, que fea.

S: algo así como.. el que tenga dinero que se opere las lolas?

S5(31): si eso es todo un tema.

S7(27): eso es un trampolín. Tengo amigas que empiezan lolas luego dos orejas, nariz, dos lipo, y que bueno pana pero...

S5(31): yo conozco una muchacha que le dicen muñeca de trapo.

S7(27): llega un momento que te puede envolver tanto la parte de la cirugía que se convierte en un trampolín, esta espectacular mi amiga pero ya lleva tres operaciones de lolas. Lo ven tan accesible que es lo máximo.

S3(23): yo me volvería a operar. Si quedo gorda o algo así me operaría porque no sufrí tanto pues. No estoy negada pero no quiero ser una adicta tampoco.

S7(27): ella dice que esta negada a tener bebés porque voy a perder el esfuerzo

S5(31): la inversión

S7(27): yo creo que el esfuerzo sobre todo y le digo osea tu no sabes cómo vas a quedar a lo mejor quedas igualita.

S2(31): como yo

S7(27): si pero es el miedo a no saber que va a pasar.

S: del 1 al 10 si el 1 es nada satisfecha y el 10 es totalmente satisfecha, uds. Que puntuación se darían?

Todas menos S1(26) y S7(27): 10!

S7(27): yo 9 por el hecho de volverme a operar

S4(28): osea que para ti sería perfecto si no tuvieses que operarte de nuevo

S7(27): exacto, volver a pasar por eso es un 9

S1(26): igual yo 9, por lo mismo de operarme de nuevo.

S: la recomendarían? A su mamá, su hija, su hermana? Su mejor amiga?

Todas dicen: si

S: por qué?

S7(27): porque la necesitan (risas grupo)

S: que dicen las demás?

S6(18): porque te sientes mejor con tu cuerpo, te ves más bonita

S3(23): te ves más sexy

S5(31): la ropa te queda mejor.

S4(28): te sientes más atractiva

S3(23): mi mamá debería hacerse una liposucción completa

S6(18): mi mamá dice que si pero las rosquitas aunque no se atreve todavía

S3(23): yo si la recomiendo

S6(18): es que es algo así demasiado arrecho tu decir perro mírame!

S3(23): yo tengo un amigo que se operó las orejas y está feliz. Algo tan estúpido como una oreja que te puedes dejar crecer el pelo y ya pero se opero y cambió ahora está feliz.

S7(27): la edad es importante porque mi mamá le tiene pavor a la anestesia porque algo que no hemos tocado aquí es si no pensaron que se podían morir en esa cirugía? Ni yo tampoco pero nadie de ustedes pensó eso?

S2(31): yo iba brincando de la emoción

S3(23): yo igual.

S6(18): a mí no me dio tiempo de ponerme nerviosa

S4(28): a mí tampoco. Siento que lo hice tan rápido y que mi decisión fue tan apresurada que si lo pensaba mucho no me operaba. Después de unos días vi un programa de esos que pasan por MTV sobre una operación de una chama que casi se muere por las prótesis y yo con la faja puesta decía yo llegaba a ver este programa antes y no me opero. Estuvo a punto de morir porque se le reventó una y empezó a hacer una intoxicación generalizada y la mujer se hacía exámenes y exámenes y no daban con que era hasta que pensaron que eran las prótesis y así fue. De verdad que uno no piensa en eso.

S6(18): yo fui sola a la primera cita y el médico me dijo te opero hoy a las 5. Llame a mi mamá y le dije y listo.

S1(26): eras menor de edad?

S6(18): no, yo había cumplido 18 en octubre y me opere en diciembre. Fue mi regalo de 18. Le pregunté a mi mamá corriendo ese día que estaba desprevenida porque yo sé que si le digo que lo piense me hubiese dicho que no o me iba a tener esperando, porque antes me decía que era menor de edad y tal y como ya había cumplido años.

S: Entonces si retrocedemos la película, ustedes se volverían a operar? En el mismo momento de vida? Mismo médico?

S1(26): mismo medico no

S2(31) y S4(28): Yo me pondría más el resto igual

S7(27): no, yo indagaría más porque ver que a muchas de ustedes no les molesto tanto.

S4(28): cada quien es diferente, los niveles de tolerancia al dolor

S1(26): pero también la técnica del medico

S7(27): para mi sigue siendo una lotería si la pegas o no. Alguien actualizado tal vez, hay muchos factores. Tal vez lo hubiese hecho antes porque estaba a punto de casarme y ese fue un momento complicado.

S5(31): un poco estresante...

S7(27): si pero al mismo tiempo me aisló de todo el estrés.

S: entonces.. con tetas hay paraíso? Silencio..

S7(27): si pero sin tetas también. Cuando tenga una hija y me empiece a pedir lolas ahí veremos porque pensaría estas cosas...

S6(18) también los tiempos cambian y las modas van y vienen.

S7(27): pero yo creo que no me opere por moda porque yo dije si tengo un defecto entre comillas y lo puedo mejorar chévere

S4(28): exacto

S7(27): imagínense si quitan la moda entonces todas nos las quitaríamos?

Todas : niegan y dicen cosas del tipo: ni de broma, no..

.

S4(28): esto ya forma parte de mi, esto es mio mi mamá me las heredó.

S: sus mamás tienen lolas?

Mitad si, mitad no

S6(18): ella dice que las mías tan lindas que cuando estuvo embarazada estuvo así de grande pero dice que si se operara no se operaría las lolas que se operaria otra cosa.

S5(31): mi mamá igual

S3(23): mi mamá tiene muchísimo pero teme al quirófano nunca entraría.

S1(26): mi mamá no tiene y está feliz por mí si yo me siento bien ella también

S7(27): mi mamá no tiene y quiero que se ponga.

S4(28): mi mamá tiene y las tiene bien. Se hizo una lipo hace años pero la perdió porque engordó pero las lolas, no creo que se operaría.

S: algo que quieran agregar? Algún tema que creían que íbamos a tocar pero que no se habló...

S4(28): no se si uds. Piensan igual pero para mí una pregunta obligada era si iba a poder amamantar cuando tuviera hijos. Esa para mí era una pregunta obligada para el médico.

Algunas dijeron que si otras que no

S6(18): mi mamá fue lo primero que preguntó (risas grupo). Ella lo pensó pero yo ni pendiente.

S5(31): claro eso es por la edad.

S4(28): ya es más conocido que no hay problema

S: algunas no tiene problemas pero he escuchado de mujeres que tienen muchos dolores por las prótesis...

S2(31): yo amamanté hasta los cuatro meses porque le salieron dos dientes y yo decía hasta aquí muchacho esto me salió ¡muy caro! pero por eso por los dientes que le salieron porque me mordía mucho. Yo me preguntaba saldrá mucha leche?

Cabrán la leche y la prótesis? Pero si caben.. El pecho se llena de leche normal y sale la leche normal y el bebe queda satisfecho y todo.

S5(31): y no se caen ni nada?

S2(31): no, igualito. Yo pensé que me quedarían más grandes o más caídas pero no.

S7(27): El tema de la sensibilidad... a mi me está volviendo ahorita, tengo muy poca

S1(26): yo no siento nada

S4(28): eso lo he pensado que si me volvería a operar lo haría por la axila porque también tengo problemas con la sensibilidad.

S5(31): a mí lo contrario tengo demasiada sensibilidad

S: bueno pero eso igual es una alteración de la sensibilidad

S7(27): yo les digo, mi esposo casi que me ponía un yesquero y yo nada.

S1(26): yo finjo que siento pero en verdad no lo hago.

Silencio...

Se dio por finalizada la sesión. Ofrecí algunos refrigerios y di por terminada la sesión pero ellas siguieron conversando. El tema principal fue el compartir las molestias de la sensibilidad y no poder dormir boca abajo. Luego pasaron a hablar sobre las posibilidades de operarse otra parte del cuerpo. Algunas dijeron que si lo harían y otras que no. Nancy comenzó a hablar de que no le gustaban sus brazos y que hubiese preferido operarse eso primero.

Costos, dolor, otras operaciones, relación costo – beneficios, sensibilidad pezones, preguntas sobre las molestias, mujeres que se aumentan mucho y como creen que están proporcionadas, que no podían levantar peso y sobre los ejercicios. Que unas tenían fajas y otras no, delgadez – gordura, operación de nariz, otras operaciones, consejos para mantenerse bellas (quirúrgicos y no-quirúrgicos) la vejez, maquillaje permanente de cejas, boca y ojos,

ANEXO E

Sesión 2 – Grupo Focal

Sesión 2 – Grupo Focal

Fecha: 03.07.2008

Sandra: quisiera que me contaran sobre el proceso previo a la operación, como fue la elección del médico, cuando médicos visitaron antes de la operación...

S8(28): Bueno a ver te cuento un poquito mi experiencia, yo me opere en el 2005 tenía 25 años, eh... yo desde que recuerdo, tenía la idea de operarme, ya en el colegio sabes? Quería operarme, operarme...era como una fijación y fue en el 2005 que decidí hacerlo. Fue con el médico digamos de la familia, había operado a mi abuela en varias oportunidades, varias operaciones estéticas, de hecho me opere con el hijo de ese medico que es como el médico de la familia pues, el es la segunda generación. El fue el único médico que visité, porque era como la confianza y la amistad de años de la familia incluso a nivel de operación pues, porque había operado a varias personas en mi familia y pues nada fui directamente con él, hice mi consulta, me explico el proceso y ya listo con los ojos cerrados pa'llá es que voy...

S9(24): yo también como dice ella casi que desde el colegio me quería operar, lo necesitaba, este, yo visite tres médicos, este tres por recomendación el primero fue la doctora de una amiga mía que le habían quedado súper chéveres pero cuando fui a la clínica el consultorio no me gusto la clínica tampoco, ella chévere pero el entorno la verdad no me sentí a gusto para nada, el segundo había esperado años atrás, el consultorio era espectacular, el doctor espectacular, súper chévere pero era, yo, no lo vi como actualizado, quería ponerme demasiado, este, me decía que eso era rapidito aquí mismo ambulatorio, si quieres anestesia local y yo o sea casi que dije hola y me quería operar ya me dio miedo. Entonces una ti amia había venido de estados unidos para operarse por un señora que la habían recomendado y cuando fui, bestia, me encanto, era un ambulatorio súper chévere, la tipa súper familiar, tacto, todo me encanto, como trato, el precio, la clínica, la conocí a ella y a la semana me opere.

S10(24): yo tenía 19 años en el 2003, y fui a dos médicos, el primero porque una de mis amigas de la universidad se había operado con él y fui y me paso como ella, no me gusto el sitio era como muy ambulatorio yo nunca me había operado de nada ni de las amígdalas, nada y entonces mi mama lo que más se enfocaba era en el anesthesiólogo porque yo soy asmática y eso era fundamental. En ese lugar no habían aparatos de emergencia o sea te pasaba algo ahí y te quedabas ahí. Entonces fui a un amigo de mi mamá que es cirujano plástico que también tiene un consultorio o sea que es ambulatorio pero me opero en clínica donde si tenía lo recursos y eso por si me daba un paro respiratorio y eso que como nunca había estado en anestesia habían riesgos pues. Sobre todo me hice pruebas con él. El me dijo a ti no te hace falta pero si quieres te opero aunque bueno es algo tuyo estético y le dije si por eso vine y me opere y buenísimo.

S11(23): ok yo quería recalcar que en un principio para mi operarme era lo peor yo era una de las que decía cero silicona, que horror, que cuestión tan superficial, era una especie de negación porque de verdad, si quería, si quería operarme y tener mis senos pero que por que tenía que recurrir a eso, estuve un año lidiando, hasta que me senté un día con mi mama y con mi papa y ellos me decían que de verdad si el hombre ha creado formas de sentirse mejor por que ver lo negativo y enfocarme más en lo positivo entonces viendo y escuchando eso de parte de mis papás era como que tengo apoyo todo está bien, algo de seguridad y bueno mi mama averiguo con una amiga de ella que su hija se había operado con un doctor y yo vi el resultado y me encanto no se veía muy exuberante muy grande y me encanto entonces ella me hablo muy bien del médico y bueno nada al mes fui hable con él me encanto porque desde un primer momento me dijo los pro y los contra o sea sentí que no quería venderme la operación como tal sino buscando que yo me sintiera bien y se veía que era profesional no cualquier doctor sentí la confianza y bueno al mes me opere durante ese mes hubo mucho... si yo tenía miedo no estaba segura...

Sandra: y ¿qué era lo que te daba miedo?

S11(23): osea como iba a quedar después, no tanto la operación que me abrieran, no, sino como quedaría después, porque la anestesia no me importaba ya me habían operado antes. Si iba a quedar grande, pequeña o deforme, una apuntando para allá y otra para acá, que no pensé!, pero como yo vi a mi prima que quedo espectacular y me tranquilice me atreví, me acuerdo que a pensar me desperté y las vi eso fue, yo creo que la felicidad más grande porque me siempre me queje por lo plana que era por los senos pequeños, estoy feliz.

S12(31): bueno yo igual que la compañero siempre quise operarme, siempre de mis compañeras de bachillerato era la guarda camisa, era plana, plana, entonces bueno fue en el 2002, yo fui a un medico que era cirujano estético pero operó a mi mama por otra cosa aquí en el cuello pero al final me decidí por una mujer me explico me hizo todas las preguntas que tenia, ahorita que me acorde, yo no hice la pregunta de la anestesia, yo pensaba que como antes me habían operado de la vesícula y la anestesia fue por la vena, yo supuse que esto sería igual pero como fue en la espalda en ese momento yo ay quien me manda a operarme! Porque sabes que operarte digo inyectarte porque es muy delicado pro bueno una vez que Salí de eso yo quede súper contenta a veces se me olvida que me opere y pienso que siempre las tuve así, eso fue, yo quede súper contenta, o sea el cuerpo te cambia, yo lo note, y lo notan los demás, yo me opere en el paro y como el reposo fue súper largo yo ni dije que me había operado, pero las personas notaban un cambio pero no sabían que, unos me encontraban mas flaca otros más gorda, porque el cuerpo te cambia, yo quede súper contenta después.

Sandra: otros nombres para llamarlo

Todas: mamoplastia

Sandra: esa es la técnica pero otros nombres cuando uno habla con las amigas y amigos y echas el cuento, ¿qué otro nombre le ponen a eso?

S10(24): me operé las lolas

S9(24): me operé las lolas, me puse las tetas

S12(31): me hice las lolas, básicamente

S9(24): te montaste el parachoques te operaste los cocos.

Sandra: hablemos del tamaño...

S10(24): yo me guie por lo que me dijeron ambos dos médicos. Lo que dijeron que necesitaba. El primero me dijo que para mi cuerpo no sé 350 en ambos senos. El segundo me dijo que no porque yo era full delgada y tenía mamas entonces me dijo que mis senos eran asimétricos y que en mi lado derecho 350 y en el otro 375, para lograr una simetría si bien nunca nadie es simétrico, la perfección para el sería eso. El primero me había dicho que la operación por el pezón y el segundo por la axila y yo confié mas en el segundo siempre. Era más estudioso con experiencia de hecho que me dijera que no quería operarme significaba bastante. Luego me midió el contorno de las caderas que pocos médicos lo hacen y la cintura y como va a quedar en centímetros tu busto y el peso y todo fue muy específico, hasta la talla del sostén.

Sandra: fue como una decisión bien racional según lo que dijo el médico ¿y las demás?

S10(24): yo no las quería arriba sino lo más natural posible

S9(24): yo le dije mira yo quiero tener senos pero no quiero ser tetona. O sea si quiero verme tetona me pongo un push up eso, yo quiero tener senos normal, aparte el segundo medico que me vio, bueno el primero mejor dicho me dijo te voy a poner 250 y yo no vale para eso no me opero. El segundo me quería poner como 500 o 450 y yo soy full caderona pero mi tórax es demasiado pequeño entonces ese fue el tipo que me asusto cuando voy a esta le digo mira a mi me dijeron esto, lo otro, yo quiero es tener senos no ser una ordinaria, chica playboy, ni mucho menos entonces me dijo que me pusiera 300, pero yo puedo probar te meto unas

prótesis mas grandes si te ves bien te las dejo porque ella hace un procedimiento de que te metía la bolsa salina media cual te quedaba bien y luego te metía el silicona entonces eso hicimos. Probo 300, 325 350. De hecho cuando Salí me dijo te tuve que poner 300 porque las demás se te salían por los lados e ibas a quedar ok buenota para los hombres pero ibas a quedar amorfa. Yo como mujer no te puse más y yo bueno perfecto. De hecho yo recién operada y al año estaba súper bien, ahorita se me han bajado muchísimo porque hago demasiado ejercicio hago principalmente flexiones todos los días y un doctor me dijo, porque todos mis amigos se empezaron a meter conmigo y que fraude, fraude que tus tetas se te fueron, este, le conté a ese doctor y me dijo tus prótesis están detrás de los músculos al tu ejercitar el musculo del pectoral, se te aprisiona la prótesis si tu hicieras peso te hincharías y te verías mas tetona pero como estás haciendo flexiones, te vas se canso, poniendo dura, tus senos han bajado, es normal. Yo ahora me veo y diría me gustaría estar como estaba hace año y medio antes de empezar a entrenar pero para nada me siento mal o sea como dije si me quiero ver tetona me pongo un push up, no me afecta para nada, pero como el comentario de la tipa de la novela que decía mientras más grandes mejor, no estoy de acuerdo. Para mí lo adecuado a mi cuerpo, no hay necesidad de las mujeres hoy en día en Venezuela y el mundo que quieren es tener las tetas más grandes del planeta. No nada más feo que una mujer desproporcionada. Para mí la proporción es fundamental.

S12(31): si pero pareciera que la tendencia de un tiempo para acá es ir aumentando.

Todas las demás asienten.

S12(31): yo me opere en el 2003, en esa época hablar de 300 y pico nada que ver. Yo me puse 280, ya ahorita pienso que pude haber puesto más porque si tengo caderas y eso pero yo tengo amigas que se han operado y el médico dicen de una mínimo 400 mínimo eso, las niñas ahora se operan y se ponen 400 y 500...

S9(24): yo tengo una amiga que se puso 500 y es flaquita

S9(31): entonces te digo son doctores que no sé...

S9(24): aparte que no es saludable tampoco

S10(24): no

S12(31): te duele la espalda

S10(24): te caes para debajo de tanto peso.

S12(31): pero me ha pasado como a ti que en el momento las tenía más grandes y ahora han bajado. Pudiera ponerme más... jajá Varias ríen...

Sandra: pero ¿que han bajado o que han disminuido de tamaño?

S9(24): no bajado en sentido geográfico sino que se han puesto más pequeñas.

S11(23): de hecho recién operada y hasta por 4 meses quedas hinchada.

S12(31): si es que cuando yo me opere llore vi esa cosa gigante y dije que me hice. Me vi en el espejo y no he debido porque dije dios! Pero después va bajando, bajando...

S8(28): yo también digo que buscaba tener senos mas no verme como una Yuyito cada quien tiene que buscar la proporción con su cuerpo a ella le quedo bien sus 300 a yo feliz con mis 280 sabes? Si me dirían ponte mas yo creo que diría que no. Cada quien debe buscar la proporción. No es bonito ver a una mujer con dos bolas incrustadas ahí que se vean artificiales. Que tú dices que es eso? Yo no buscaba la cirugía para verme así. Yo converse con él le explique que no quería que todos dijeran esta está operada me sugirió 280 igual que C que tal era la época donde todavía los médicos eran más objetivos y pensaban en la proporción no como ahora.

Sandra: entonces están de acuerdo con que la moda ha cambiado no solo que se operan más sino que los tamaños han cambiado. Todas: si, indudablemente

S9(24): si las mujeres hoy día lo que quieren es verse tetonas. No tener senos porque les hace falta. Yo era una tabla y quería tener senos para verme mas femenina más bonita iba a comprar un traje de baño y abajo era m y arriba triple s y no conseguía nada así, no podía ni ponerme sostenes porque no tenía con que rellenarlos. Y yo lo que quería era tener senos no verme tetona. Y no hay mas satisfacción que me digan: ¿esas son tuyas u operadas? Eso me encanta que uno meta la duda si son de verdad o no.

Sandra: ¿qué pasa si se nota que no son naturales?

S9(24): no me importa para nada yo me acuerdo que mi mejor amiga estaba me opero o no me opero y yo quería operarme pero no tenia plata entonces le decía opérate por mi anda. Se opero perfecto y tal y luego ella se indignaba cuando le decían que se había operado armaba aquellos zafarranchos y decía que eso no era problema de nadie que ese era su cuerpo. Para que voy a ocultar algo que para algunos puede ser obvio? Trabaje para eso ahorre. No lo veo mal ni que se están metiendo con mi integridad ni nada, algo que me parece normal.

Sandra: hace rato decías que no te gustaba que se vieran falsas ¿cuál es la diferencia?

S8(28): es diferente que te digan te operaste? Y tú digas si a que te vean y se note que te operaste porque se te ven dos bolas horribles incrustadas cuando vas por la calle.

S10(24): si es horrible tiene que ver con la satisfacción de tu operación eso sí.

S11(23): las personas que me conocían lo saben pero las que me conocen ahora no se dan cuenta.

S9(24): por ejemplo yo soy la principal crítica de las tetas de otras personas. Voy por la calle con mi novio y digo mírale las tetas a esta tipa que horrible.

Sandra: ¿siempre o después de?

S9(24): creo que después que me opere lo hago mas pero siempre lo hago creo que porque siempre he tenido la fijación de operarte por eso.

Sandra: ¿y ustedes?

S11(23): me fijo en las operadas

S10(24): cuando están operadas

S8(28): como con las operadas si a ver a quien se le ven naturales y a quienes no.

S11(23): si en un partido por ejemplo estaba una tipa con unas lolas así (mímica) y yo ay menos mal no me puse ese tamaño que horror. Mi novio de verdad decía que asco, se iba para adelante. Y yo decía si estoy satisfecha conmigo. Es para comparar conmigo.

S8(28): yo también.

S9(24): si y por ejemplo mis amigos que dicen que soy un fraude porque perdí el dinero según ellos y dicen mírale las lolas a aquellas tipas y le digo a ti te gustan esas lolas que parecen dos melones que los vas a agarrar y son duros que te acuestan y no se les mueven a ninguna parte. Las mías no las mías son chéveres bonitas suavecitas se mueven de aquí para allá. No me importa si son chiquitas o más grandes sino que se vean naturales.

Sandra: ¿qué personas o qué factores influenciaron en ustedes para tomar la decisión de operarse?

S10(24): yo en ese momento estaba estudiando diseño de modas y estaba metida en todo ese medio de desfiles de modelos y veía mucho que mis vestidos cuando los modelaba una modelo con senos operados se veía mucho mejor que no los tuviese hechos. De hecho era más fácil porque la medida es exacta y no necesitas hacer modificaciones y sabías que iba a quedar perfecto. Y eso fue lo que más me motivo. También veía mucho que era comodidad o sea yo tenía busto pero tenía camisas que me quería poner y me tenía que poner sostén para poderlas utilizar y estas chicas se ponían sin nada y perfecto.

S9(24): mi única razón era que no tenía. De hecho mi familia no es que no me apoyo pero yo me las opere porque yo las trabaje. Pague todo. Mi mamá si te operas chévere pero las pagas tu. Mi papa no quería pero le daba medio igual pero no tuve a nadie que me dijera si operate anda. Fue motivo propio porque no tenía senos y yo quería.

S8(28): yo igual. Te quieres operar chévere pero no vas a tener ni medio de mi bolsillo. De hecho después de dos años que me gradué fue que pude decir aquí esta me opere. No me importa lo que digan. Es eso ver cómo te queda la ropa. Antes me metía dos almohadas horrible o sea no puede ser. Eso fue un poco la motivación.

S12(31): yo no, yo siempre había querido operarme pero tampoco es que voy a reunir el dinero y ya. Mi novio de ese momento me dijo pero ¿quieres operarte? Si, y entonces él me las pago.

S8(28): chama ¡qué éxito!

S12(31): si y cuando ya tenía todo listo le daba como largas me opere como dos meses después de eso que le me dijo y el bueno pero cuando, me daba como temor pero si.

S11(23): yo tenía las dos cosas. Por un lado si hazlo y mi mejor amiga: que horror vs a ser una plástica, una falsa no vas a ser tu y mi familia dale hazlo, te las

pago. También mi otra influencia fue el ex novio anterior que no quería que me fuera a ver falsa. Y por el no lo hice cuando podía hacerlo se terminó la relación y bueno me opere.

S8(28): ¡directo al quirófano! Jajá (ríen varias).

S11(23): si de verdad que ser plana para mí era un problema que me deprimía, que fea nada me queda bien. Los vestidos de fiesta ni los trajes de baño y decía que asco, ni que hiciera así (mímica de apretar) me salían senos. EL año pasado escuche e mi mama, eso fue lo que más me ayudó y mi papá.

S12(31): yo tengo dos hermanos varones y ellos me decían pero no para que siempre me dijeron echando broma que nunca tenía nada y cuando dije que me iba a operar empezaron peor porque si la mujer natural se ve mejor no es necesario no hace falta que no que para que. Luego y que, ¡qué bien! pero en el momento no. Mi mama si me apoyó y mi novio de ese momento también.

S10(24): mi novio en ese momento no quería, después quedo contento pero él no quería más que todo por lo que acarreaba la operación. Mi mama me dijo que no hacía falta pero yo insistí. Mi papá vivía afuera y como que nunca se entero.

S12(31): El mío tampoco se entero.

S10(24): mis amigas ninguna me apoyo.

S9(24): yo era un varoncito mas y todos me decían que me operara, mi novio en ese momento por mí no te operes me decía pero si quieres dale.

S12(31): mi novio igual que si yo quería que chévere. Me acuerdo un amigo que decía que una mujer sin senos es tu mejor amigo.

S10(24): también veo que es algo muy cultural. En argentina los senos nada que ver

S9(24): Brasil traseros

S10(24): aquí es los senos. Ahora después de haberme graduado pienso que una mujer sin senos luce mejor los vestidos. Más elegante.

S10(24): aunque también depende del vestido.

S12(31): es que tú ves que las modelos no tienen senos.

S10(24): es pasajero, una moda.

Sandra: ¿están de acuerdo con que es una moda pasajera?

Silencio...

S8(28): bueno no sé yo estoy contenta con mis senos.

S11(23): es una satisfacción conmigo misma tiene componentes psicológicos emocionales, estéticos de todo. Lo elegante lo hace la proporción a tu cuerpo pero el hecho de tener unos buenos senos de acuerdo a tu contextura es bonito.

S9(24): lo de pasajero depende de cada persona. Yo era plana como un hombre. Plana. Courtney Love se operó un día y a los dos años se las quito. Pamela se opera cada cinco años depende de cada quien pero no creo que sea algo pasajero.

Sandra: ¿qué opinaban Uds. de las mujeres que se operaban?

S9(24): ojala me operara

S8(28): el modelo a seguir

S12(31): se ven tan femeninas, el cuerpo te cambia una camisita que se vea la forma es femenino.

Sandra: ¿qué fue lo primero que sintieron cuando se vieron en el espejo? ¿Una palabra?

S12(31): me impresione fue impresión. ¡Qué grandes!

S11(23): lloré. ¡Qué bellas!

S8(28): yo no dejaba de verme en el espejo. Demasiado espectacular.

S9(24): lo mío fue raro porque yo me hinche demasiado. Como no tengo nada de grasa y soy puro pellejito me hinche desde la clavícula hasta casi el ombligo. De frente estaba casi plana de lado si se notaba más.

Sandra: en una palabra, ¿qué sentiste?

S9(24): si pero de frente no se veía de lado si

S8(28): al principio con vendas es demasiado grande.

S11(23): yo cuando me desperté lo que quería era verlas y mas nada no pensaba en la recuperación ni nada. Me vi en el espejo y me puse a llorar de la felicidad. Dije: ¿!tengo senos!?

S10(24): me quedaron inmensas al principio cuando me quitaron las vendas fue mejor.

S9(24): mi único trauma fue la anestesia lo único por lo que diría no me quiero volver a operar mas nunca. Sabes que uno se despierta o reacciona dependiendo de cómo estaba antes y yo estaba nerviosa obviamente porque nunca me habían operado otra cosa sino las cordales. Cuando abrí los ojos me habían apretado tanto las vendas que no podía respirar y yo no entendía nada entonces me dio como un ataque de pánico no podía respirar. Pero ahí mismo la enfermera me

dijo no puedes respirar? Me puso la mascarilla y me volví a dormir. Solo recuerdo que tenía hambre. No lloré, no me arrepentí, nada. Feliz.

S10(24): yo dormí demasiado me dieron lexotanil para estar tranquila lo que hice fue dormir.

Sandra: y cuando ustedes se operaron pensaron que iba a experimentar otros cambios pero internos? ¿Conseguir una pareja? ¿Tener más amigos?...

S10(24): yo pensaba en satisfacción me imaginaba eso.

S11(23): a mí me aumento el autoestima, la tenía golpeada un poco, para mí ese fue el cambio. No me importaba la gente, afuera, nada era conmigo misma. Aumento mi autoestima y estaba satisfecha con mi cuerpo.

S8(28): cuando lo hice no pensaba en conseguir un novio o conseguir más amigos sino mas en uno. Aumentar esa seguridad personal de pronto que uno caminaba y quería esconderse porque no tenía nada y ahora no me importa bien segura, bien plantada. Más allá de eso el cambio era personal aunque obviamente va a traer consecuencias en el exterior. Pero no era la idea principal.

S9(24): algunas les da un ataque de tengo lolas ahora las exhibe.

S10(24): yo empecé a taparme a encorvarme

Sandra: ¿por qué?

S10(24): no se era como que no puedo, tengo demasiado.

S9(24): yo mas por seguridad como dice ella, en la playa me sentía así que no quería que me vieran que todos iban a ver que no tengo nada ahora no, ahora chévere me veo bella, ese fue el cambio más seguridad en cosas que antes no tenía seguridad.

Sandra: ahora te miran por el escote bonito.

Todas: claro

Sandra: ¿han notado algún cambio en su manera de relacionarse? ¿De asumir nuevos proyectos?

S8(28): yo creo que obviamente con la seguridad personal uno tiene más autoestima y cambia su relación consigo misma y cambia tu relación con los demás. Yo no considero que haya sido algo tan significativo, pero si sentirme mejor debe influir.

S12(31): si es algo personal, interno, mayor seguridad.

Sandra: ¿ahora se miran más?

S10(24): si, tengo esa maña desde que me opere me toco mucho los senos. Me da como seguridad, me hago así, así (mímicas) mis amigos me dicen una maña, es que es un cuerpo extraño. Cuando me opere estaba 24 horas al espejo y que (mímica) si te miras mas

S8(28): para mí sobre todo en la primera etapa. Es más antes les cuento una anécdota cuando me opere se las pelaba a todo el mundo y yo mira y hasta a los amigos de mi novio. Jajá una cosa muy bizarra. Luego las empecé a integrar a mi cuerpo, ahora para verlas: no... Las vas empezando a integrar, las ves y dices son mías no? Pero luego eso se adapta a tu cuerpo a tu personalidad

S10(24): Cuando hago un esfuerzo digo así como ¡auch! ¡Ahí están! .

S9(24): yo cada vez que me baño me veo me toco me miro me aprieto, me subo me bajo, me volteo todos los días, no sé por qué a veces digo, ¿será que se me va a romper la prótesis? ¿Estaré haciendo mucho ejercicio? ¿Se bajaran más? ¿Están más duras?

S12(31): es como dice ella de todas, todas, es un cuerpo extraño que esta hi en tu cuerpo. Mi doctora me decía igual tiene que ponerte sostén no creas que no se van a caer o que

Sandra: igual caen porque esa es la naturaleza de las mamas...

S11(23): al principio me las tocaba mucho porque temía que se me encapsularan pero igual el médico me dijo que a mí no porque me habían hecho suficientes drenajes. Pero ahora me las toco porque me las quiero tocar, las admiro, lo sigo haciendo delante de mis amigos igual.

S10(24): es inconsciente

S11(23): ¡es que antes uno no tenia! ¡No sabía que había algo que se llamaba senos!

Todas rien

Sandra: ¿las personas de su entorno notaron su cambio?

S12(31): internamente si pero afuera nadie me ha dicho eso

S9(24): no

S10(24): que me veía más mujer más grande, pero por lo fisico. Como más
madura.

Todas ríen.

Sandra: ¿han tenido alguna experiencia desagradable asociada a la cirugía?

S10(24): ya no puedo hacer un deporte que me gusta por los brazos. Por las dimensiones. El esfuerzo. El médico me dijo que no exigiera los pectorales. Ahora si cargo algo soy más cuidadosa. Siento el esfuerzo antes que no.

S9(24): ¿hace cuanto te operaste?

S10(24): hace cinco años

S9(24): hace poco un hombre me metió un golpe, yo hago karate, normalmente cuando los hombres pelean conmigo en karate puede que me den pero no duro durísimo. Este tipo me dio como un hombre mas y me caí al piso del dolor pero creo que no fue por la prótesis creo que igual me hubiese dolido sin senos. De hecho cuando trabajo y cargo una olla de 50 kilos no me duele al principio recién operada si porque tenía algo que me rosaba en la parte interna de mis brazos pero antes porque sentía algo por ahí y ya pero ya no. Claro si me mandan a hacer 500 flexiones y 500 saltos de rana yo solo hago 250 o sea no me sobre exijo no me excedo por eso.

S11(23): no se por qué, debe ser porque me opere hace solamente un año pero dormir boca abajo no puedo es incómodo siento algo duro y también me pase cuando tengo frio se me tensa el musculo y es incómodo.

S12(31): a mí me pasa igual yo cuando tengo frio me moleste y cuando me viene la menstruación cosa que antes nunca, tengo sensibilidad, me duele a pesar que es un cuerpo extraño pero si antes no lo sentía. Yo me opere hace 5 años y antes dormía boca abajo y lo siento diferente me incomoda. De lado duermo y siempre ando con cuidado.

S10(24): con el frio me pasa igual. En el invierno en argentina los músculos contraídos y duros y me tocaba y menos mal suaves otra vez pero si me pasa con frio.

S9(24): no a mí, mi doctora cuando tenía como tres meses de operaba me mandaba a estar una vez a la semana 10 minutos contra el piso la siguiente 15 minutos y la otra 30 hora y ahorita si puedo dormir boca abajo. Claro yo siento que tengo algo ahí que no es mío pero no me duele ni nada.

Sandra: pero igual sientes algo extraño

S12(31): si

S9(24): si

S10(24): claro

Sandra: esas sensaciones son comunes y a veces perdura.

S10(24): la primera vez que me metí a la piscina fue horrible sentía que estaba yo metida y otra cosa estaba ahí también flotando

Risas

S10(24): era como una flotabilidad no sé. Me las agarraba así..

S11(23): yo sentía algo extraño que me flotaban pero ya muy poco pero si se siente todavía.

Sandra: ¿y cómo les ha ido con los cambios de sensibilidad?

S9(24): yo por lo menos en la cicatriz como tal de cm. Y medio ahí no tengo sensibilidad. Mi prima a los tres meses no tenia sensibilidad todavía pero no se cómo estará ahora no le he preguntado

S10(24): yo insistí tanto que me operaran por la axila por eso mismo del riesgo de la sensibilidad y aunque tenías súper riesgos por la axila de perder la movilidad,

daño a los ganglios etc. preferí eso. Todos los brazos se me durmieron en la parte de abajo por dos meses. En el seno no tengo ningún problema con disminución de la sensibilidad más bien al revés

Sandra: claro pero eso también es una alteración

S10(24): si.

S11(23): a mí se me durmió una parte pero luego mejoró

S10(24): yo por la cicatriz

S11(23): a mí me dijo que era mejor por la axila porque llegaban directo al musculo

S12(31): yo operada en los meses siguientes si sentía en el medio como si me hubieran roto como una división cuando hacia frio pero luego eso mejoro.

SANDRA: ¿Le preguntaron al médico sobre la posibilidad de amamantar?

Algunas respondieron si

Sandra: ¿conocen a alguien que haya amamantado con prótesis?

S10(24) y S9(24): si.

S9(24): a ver... (Otras ríen) Sí, creo que sí.

S10(24): yo conocí a mujeres antes y después de operarse que amamantaron eso si crecen demasiado.

Sandra: del 1 al 10 si el 1 es insatisfacción y el 10 satisfacción máxima ¿Cómo evaluarían el resultado?

Algunas dicen 10

Sandra: ¿qué hay con el hecho de operarse de nuevo?

S9(24): lo haría con los ojos cerrados.

S8(28): pues ¡se hará! ¿Qué más? ríe

S12(31): si...

S10(24): bueno yo si busqué unas que duraran mas. Yo cuadré todo con que a los 35 ya tendría mis hijos y eso y cuadre más o menos los tiempos jajá.

S11(23): a mí me dijeron las mías eran indefinidas. Me da miedo es cuando se hace la mamografía dicen que duele.

S10(24): no tienes que hacerse eso sino otras pruebas como el eco mamario

S9(24): eso es lo mismo

Todas dice: no es otras cosa, etc.

Sandra: entonces todas califican con 10 aunque tengan operarse de nuevo

S10(24): a mí la operación no me hace gracia claro pero ni modo...

S9(24): bueno yo no me quisiera operar de nuevo pero si me toca tampoco es que me voy a negar ni nada ni me voy a sentir mal

Sandra: ¿sienten que la operación fue sencilla?

S10(24): yo ahora veo más riesgos, por la edad, soy más consciente ahora

S9(24): me da es fastidio dormir boca arriba sobre todo eso, no poder mover los brazos.

S8(28): claro uno piensa en la recuperación y eso ladilla en el futuro pero bueno

S9(24): yo sabía que me tenía que operar otra vez por mi mama que se re - operó

S10(24): ¿y qué tal?

S9(24): bien es que ella se opero cuando yo tenía un año y cuando tenía como 15 años una se le encapsulo y otra se le espichó a los 15 años y a los 5 años me operé

S11(23): mi prima se operó tres veces por negligencia total

S8(28): ¡guaa! pobrecita

Sandra: entonces repetirían todo igual

Todas: si

S10(24): para mí el médico es igual

Sandra: ¿recomendarían a otras que lo hicieran?

Todas: si

S10(24): no la recomendaría si me piden mi opinión pero no lo recomendaría por los riesgos

S9(28): igual

S11(23): si

Sandra: ¿a sus hijas?

S10(24): no se no tengo hijos pero me daría como miedo no se

S9(24): yo si porque yo digo si yo sufrí en la adolescencia por falta de senos que me sentía mal porque voy a hacer a mi hija pasar por lo mismo? No le diría hijita estas cumpliendo 17 te toca operarte no.

S8(28) y S12(31): ¡claro!

S10(24): cada quien tiene que estar convencido

S9(24): si

S8(28): si te piden tu opinión tu puedes darla pero ir a decirle a alguien no lo haría

Sandra: si quieren agregar algo mas...

S10(24): para mi es básico que muchas mujeres se operaron y no van al médico. Después de eso tienes que ir mas seguido. La gente no lo hace.

S9(24): el tema de los masajes. Hay doctores que lo mandan y no se lo hacen por dolor y eso está mal. Tengo una amiga que es así y tiene dos bolas.

S10(24): dígame las que buscan precios baratos

S9(24): o médicos de renombre por eso y después les va mal

S11(23): mi prima fue con el de las mises del CCCT que no se si recuerdan pero a él se le murió una chama y bueno. Mi prima fue mala praxis. La anestesia malísima se despertaba durante la operación y sentía todo y no podía moverse. Le pusieron una mama vencida se le infecto todo. No sé cómo paso y tiene un hueco

abierto no sé por qué pero por la infección y bueno esperar que se cerrara operarse otra vez para quitarse la prótesis, quedarse por un año así sin nada y volver a operarse. La operaron tres veces. Con el mejor el de las mises, mal. Ella esta súper arrepentida, se siente mal por eso. De verdad hay que confiar e el médico preguntar todo, el feeling.

S9(24): hay que entrevistarse, escuchar muchas opciones.

S10(24): si, para mi es vital, eso, ver al menos tres médicos.