

# El cuerpo como maniquí

## Una visión gestáltica de las intervenciones estéticas

Ma. del Rocío Figueroa Varela<sup>1</sup> y Lourdes C. Pacheco Ladrón de Guevara<sup>2</sup>

Programa Académico de Psicología<sup>1</sup>, Programa de Estudios de Género<sup>2</sup>

Universidad Autónoma de Nayarit

Tepic, Nay.; México

marofiva@hotmail.com; rocio.figueroa@uan.edu.mx

**Abstract**— Women seek to resemble beauty models by means of body reconstruction. In order to analyze whether or not, undergoing cosmetic surgeries was a conscious and empowering decision, four women were deeply interviewed, from the theoretical intersection of the Gestalt psychotherapy and the gender category. Four categories came up that inform about the lived experience: fulfillment of the female duty regarding the needs of the other; experiencing the body as a sexed-up object, a doll to be displayed; the influence the biopower on the decision making process about their corporality; self-representation by facades of independent women. Even when they consider having satisfied a need, they still pose the possibility of new cosmetic surgeries, indicating the subordination to the sex/gender system structures.

**Keyword**— *Aesthetic Surgery, feminine corporality, Gender, Gestalt Psychotherapy.*

**Resumen**— Las reconstrucciones corporales buscan un modelo estereotipado de belleza en las mujeres. Se revisa desde la intersección de la psicoterapia gestalt y la categoría de género si las intervenciones aluden a una situación de empoderamiento. A través de entrevistas a profundidad a cuatro mujeres intervenidas con cirugía estética, se recupera su subjetividad. La información se conjunta en cuatro categorías de análisis sobre la experiencia de la cirugía estética: Regulación deberista equiparada al ser-para-el otro. Cuerpo como objeto sexuado, considerado un maniquí para mostrar. Influencia del biopoder en la toma de decisiones, dado su contexto relacional. Autorrepresentación con fachada de mujeres independientes. Esta vivencia les invita a plantearse nuevas intervenciones cosméticas, aun cuando ellas consideran haber satisfecho una necesidad sentida.

**Palabras claves**— *Cirugía estética, Corporalidad femenina, Categoría de género, Psicoterapia Gestalt.*

### I. INTRODUCCIÓN

Como país estamos ganando medalla de bronce, informa la periodista Lara (2014) quien en su reportaje incluye cifras e información derivada de colegios de cirujanos plásticos y estéticos, a partir de las cuales se ubica a México en el tercer lugar en procedimientos de cirugías estéticas, cuyo principal objetivo es verse joven o asemejarse a una figura corporal estereotipada; la mayor prevalencia de estas intervenciones se registra en mujeres. El auge de la cultura de la cirugía estética en todo el orbe (Elliot, 2011) es innegable, especialmente en los países occidentales.

Desde el género, como categoría analítica, es interesante revisar este auge por la cirugía estética, pues las reconstrucciones corporales buscan acercar a las mujeres a un modelo de belleza estereotipado de acuerdo a la mirada hegemónica, occidental, masculina y hetero-normativa. Marcela Lagarde (2012a y 2012b) denuncia que, si bien hay cambios en la sociedad, los modelos de masculinidad y feminidad tienen una ideología de género patriarcal, de tal suerte que las personas se construyen desde una realidad vivida por los estereotipos. La teoría de la cosificación de Fredrickson y Roberts (1997; citado en Saez, Valor-Segura y Expósito, 2012), sostiene que la auto-cosificación sexual de las mujeres afecta su bienestar psicológico y social, por lo que al observarse ellas mismas como objetos, ocurre un proceso de interiorización de la mirada de un observador externo, debido a las pautas de socialización y de crianza,

saturadas de exposiciones que producen una determinada cosificación sexual. El resultado es una auto-vigilancia y seguimiento de la apariencia corporal.

De acuerdo a algunas corrientes feministas, es paradójico que por un lado se cosifique el cuerpo de las mujeres en estereotipos y por otro, se consideren las intervenciones para la reconfiguración del mismo, como una forma de empoderamiento de ellas mismas. Sobre la controversia, Menéndez (2013), desde las políticas del bio-poder y la bio-política, comenta que si bien la transformación del cuerpo puede ser un proyecto personal e individual en el cual las mujeres se permiten transgredir una norma, al “adueñarse de su propio cuerpo”, se convierte en un argumento difícil de sostener por su ambivalencia, pues si bien la decisión de intervenir el cuerpo puede ser un acto de elección empoderante, también desempodera, al estar inserta en un sistema donde la belleza de lo femenino está sujeta a cánones preestablecidos por el mismo sistema en donde se originan las desigualdades sociales (Córdoba, 2010; Davis 2010). Se construye así un esquema panóptico por lo que los ideales corporales pueden ser sólo una arista más de la violencia simbólica para la vigilancia de los cuerpos.

Ello puede derivar en falsos empoderamientos, los cuales otorgan un sentimiento ilusorio de autonomía, mientras en realidad, las mujeres siguen sujetas al sistema patriarcal pues siguen siendo valoradas por su apariencia (Saez, Valor-Segura y Expósito, 2012) lo que puede configurar un nuevo tipo de violencia de género (Martínez, 2010).

Muñiz (2012) encontró una relación entre la autoestima y la cosificación sexual. Explica cómo determinadas mujeres desarrollan una autoestima frágil vinculada a su apariencia física, por lo que si efectúan intervenciones de reconstrucción corporal estética, tenderán a sentirse atractivas sexualmente, lo que les llevará a aumentar su autoestima. Sin embargo, se trata de soluciones temporales debido a que el binomio autoestima-bienestar no se mantiene en el tiempo, por lo tanto, tenderán a buscar nuevas intervenciones con el fin de incrementar su bienestar.

La meta individual se fija en ser delgadas, flexibles y ágiles, lo cual se piensa, tendrá impacto en el ámbito laboral y en el placer. A partir de estas pautas, se toman decisiones sobre los cuerpos como arbitraje de sus propias vidas (Muñiz, 2014). En realidad, esto les puede llevar a una serie de intervenciones cosméticas que profundizan la insatisfacción con el propio cuerpo al fragmentar la realidad de la propia mujer (Muñiz, 2012). Aunque saben y conocen las posibles consecuencias adversas de las intervenciones, justifican su decisión, niegan el dolor y malestar de las cirugías, verdaderas batallas a ganar en su deseo de auto-afirmarse.

En diversos estudios empíricos tendientes a recuperar el significado y la experiencia de las personas que han recurrido a la cirugía estética o bien desde el análisis de género y los estudios de insatisfacción corporal (Álvarez, 2015; Chávez, 2015; Córdoba, 2010; Ibáñez, 2014; Menéndez, 2013; Muñiz, 2014; Ribas, Botella y Benito, 2010; Valverde y Gutiérrez, 2016) el incremento de la autoestima es el motivo más usualmente expresado para realizar intervenciones estéticas. Lo que tienen en común los resultados, es la relevancia de la influencia de los estereotipos de género subyacentes en la vivencia de la corporalidad, así como la constatación de que las mujeres son altamente susceptibles ante los modelos hegemónicos. Ambos elementos las lleva a buscar un ideal corporal e implementar diversas estrategias para alcanzar el estereotipo que su contexto les marca como imperativo.

## II. INTERSECCIÓN DEL ENFOQUE PSICOTERAPÉUTICO GESTÁLTICO Y EL GÉNERO

Es común, en la práctica psicoterapéutica, encontrar mujeres que solicitan intervenciones o “soluciones mágicas” (de efecto rápido y con dosis únicas) para resolver aquello manifestado como su

problemática. En particular: falta de autoestima, ansiedad social, inadaptación, sentimientos de soledad y vacío, depresión, problemas sexuales y/o de pareja, entre otras aflicciones.

Es común también que, independientemente de su dolencia psíquica, se presente la falta de integración y congruencia entre sus pensamientos, conductas y emociones. En cuanto al cuerpo, le otorgan la calidad de vehículo de una esencia humana y, al mismo tiempo, se lamentan no poseerlo configurado según los estándares del mercado de belleza, de ahí que la insatisfacción con la estética corporal es una queja permanente, en ocasiones, la más recurrente, la más visible.

Esta problemática se devela como una forma individual de resolver introyectos con los cuales ha investido su Self, pero no se cuestiona el habitus de género, esto es, el código cultural indicativo de cómo se debe ser y actuar en forma femenina. Tampoco se evidencia el campo en el cual se da la interacción de su organismo con la situación en sí, ya que no se reconoce la existencia de narrativas dominantes que dan forma a su estructura subjetiva (Fischer, 2014).

Una de las aproximaciones psicoterapéuticas con las que se revisan estas problemáticas es la Psicoterapia Gestalt. Esta corriente se considera como un enfoque de vida humanista inspirada en una visión fenomenológica de la realidad. La Terapia Gestalt busca lograr, a través de un proceso, un mejor equilibrio y bienestar de las personas quienes podrán ser más funcionales a su entorno (esto es, personas con más contacto con sus necesidades y deseos) y con mayor disfrute de sí y de su vida (con más ajustes creativos de acuerdo a las demandas impuestas).

Los principios de esta perspectiva explican cómo las personas pueden experimentar su vivencia diaria y responsabilizarse de su conducta al estar en el aquí y ahora, frase englobadora del principio organizador de la formación de una figura desde un fondo, ya que dirigen la atención a aquello percibido como una necesidad a atender o resolver. El momento presente se da a través de las sensaciones corporales, las emociones, pensamientos e imaginación (Johnson, 2014). Las relaciones interpersonales según esta perspectiva, se consideran insertas en macro-sistemas en las cuales se formulan interacciones que dan paso a la definición del Yo, diferenciado de la Otredad, la cual sirve de marco de referencia en la interacción dialogal (Gestalt Therapy Enciclopedy, 2011; Yontef, 1993).

Dentro de las premisas del enfoque gestáltico está el reconocimiento de las polaridades o multilateralidades con las cuales se asimila el mundo externo. De acuerdo a este constructo, hay diversos elementos en un continuum (Fischer, 2014), por lo que en relación al sistema sexo/género, lo femenino estaría en un extremo mientras lo masculino estaría en el otro. En este continuum se piensa que cada persona tiene la potencialidad de transitar hacia cualquiera de ambas polaridades, desarrollando los comportamientos necesarios para ello. Desde esta perspectiva, se piensa la asignación sexual masculina o femenina como las naturales, desde las cuales se legitiman las potencialidades de vivencia y elección de cada persona. En este punto es posible proponer la intersección de las conceptualizaciones gestálticas con la conceptualización de la perspectiva de género, ya que ambas posiciones aluden a la construcción cultural de la identidad genérica.

La interseccionalidad es un término utilizado en el feminismo desde 1989, el cual permite analizar cómo diversas categorías se encuentran inextricablemente unidas con otros elementos para comprender la construcción de las identidades genéricas. La interseccionalidad propone pensar el género vinculado con la clase social, la raza, la edad, la religión, entre otros, como marco de análisis para enriquecer los múltiples aspectos de la identidad a fin de comprender las múltiples dimensiones de las opresiones (Platero, 2012). En el caso que nos ocupa, la interseccionalidad se utiliza para analizar los mandatos patriarcales, (de la perspectiva de género) a partir del enfoque humanista, tendiente a lograr personas

más equilibradas con su entorno a través de ajustes creativos ante las demandas impuestas (de la teoría psicoterapéutica gestalt).

Ello porque la regulación imperativa derivada del sistema sexo/género heteronormativo, donde el deber ser se impone desde la masculinidad hegemónica, introyectada desde la infancia tanto en hombres como en mujeres, produce en estas últimas, pantallas con las cuales proyectar su cosificación sexual: se objetivizan y fragmentan, dando pie a considerar su cuerpo como un artefacto manipulable con el cual representar aquello que perciben de sí (Davis, 2010).

Si existiere un proceso personal de darse cuenta, y se tomara conciencia y responsabilidad de sí mismas, habría una transición de considerarse mujeres-objetivadas a mujeres-en-totalidad, esto último es una finalidad de las intervenciones terapéuticas gestálticas, al buscarse cambios conducentes a la integración personal. Si esto fuese así, mujeres que no están de acuerdo con roles asignados derivadas del sistema sexo/género, podrían asumir conductas, características y atributos diferentes a lo tradicionalmente asociado a lo femenino sin investimento de culpa, potencializando así su desarrollo como persona integrada en su totalidad, reconociendo un significado de su existencia.

Para la ocurrencia de esta integración, es preciso que las mujeres transiten por la individuación, ejercicio transcurrido por la toma de conciencia de sí misma, de los derechos que le asisten y la asunción de poder. En ello entran en juego la reivindicación y ejercicio de derechos humanos en la sociedad actual (Aroca, 2010), lo que contribuirá a lograr la diferenciación entre el Yo y No-Yo u otros.

Este proceso de separación, va a proporcionar una subjetividad basada en la delimitación del Yo con el No-Yo con la cual las mujeres toman conciencia de su condición y delatan su pertenencia social. Ello ocurre al reconocerse fuertemente influenciadas por los vínculos de instituciones sociales en los cuales se sustentan las categorías y roles sociales, pero a su vez se reconoce la posibilidad de transformación de este sistema categorial. La autorrepresentación asumida por las mujeres da solución a los compromisos entre sus impulsos y las demandas/prohibiciones hechas por su comunidad. Si es una necesidad de afirmación personal, la opción de la cirugía plástica se tomará una vez que se tenga contacto con sus propias necesidades y definirá en base a estas necesidades y deseos la reconfiguración corporal. Lo deseable es que ello ocurra como decisión propia, no por regulaciones deberistas que la carga de género obliga (Valverde y Gutiérrez, 2016) para cumplir con el estereotipo de femineidad.

En el ciclo de regulación orgánica, proceso de tránsito entre el contacto con las sensaciones hasta la satisfacción de las necesidades y deseos de acuerdo a un contexto determinado, las mujeres ajustan sus necesidades vitales y emocionales. En este proceso, su subjetividad se configura al integrar los elementos intra y extracorporales, cerrando estos ciclos de necesidades a través de una dialéctica de transformaciones, lo que les posibilitará autopercepción, darse cuenta y auto-representarse. Esto sucederá cuando se desarrolle la habilidad en la configuración o Gestalt a través del tiempo y de las relaciones significativas (Albino, 2015).

La decisión de la reconstrucción corporal será resultado de estar en contacto con su corporalidad, el mundo externo, su subjetividad o mundo interno y a la vez, del reconocimiento de los límites de su experiencia, de su realidad circundante, de sus fantasías, pensamientos, conceptos, imágenes e incluso sus sueños. Además de reconocer la relación experienciada por su propio organismo o Yo y el otro organismo o No-Yo (Albino, 2015). Ello las llevará a buscar opciones que les permitan hacer cierres de esas Gestalt o necesidades y/o deseos emergidos de su inconsciente. En este sentido, el deseo de someterse a intervenciones de cirugía estética puede llevarles a transitar por esta aventura, como una forma de resolver necesidades o deseos muy propios e íntimos.

Ahora bien, si la toma de decisiones sobre las intervenciones quirúrgicas no ocurre en este darse cuenta de sí mismas, se iniciará un camino sin retorno en la insatisfacción continua por no alcanzar los ideales corporales impuestos, y se someterán una y otra vez a las intervenciones con las cuales buscarán satisfacer deseos o necesidades no reconocidas y, por lo tanto, nunca satisfechas.

La Psicoterapia Gestalt y la Perspectiva de Género han transitado en la academia en forma independiente. El cuerpo teórico gestáltico al no posicionarse en un paradigma de género ha evitado cuestionar algunos aspectos relevantes que podrían llevar a nuevas formas de atención clínica, como ya lo mencionan Johnson (2014) y Silva (2015), con el fin de realmente empoderar a las personas al darse cuenta y estar en contacto con su realidad, sus deseos y necesidades. Al analizar el sistema sexo/género vivido especialmente en las mujeres, al ser ellas quienes han sido más sensibles a las inequidades de este sistema, se encuentra que, paradójicamente, validan ese sistema a través de sus acciones y estrategias de aparente autoafirmación, por ello es necesario desarrollar diversas técnicas y procedimientos sensibles al género (Johnson, 2014) que atiendan las problemáticas experimentadas por las mujeres.

Al hacer un análisis de esta intersección entre el enfoque psicoterapéutico gestáltico, se planteó el objetivo de efectuar una investigación fenomenológica, para ahondar en la cuestión de si las mujeres viven las cirugías plásticas como una situación que las empodera o si por el contrario es un mecanismo de asistencia defensivo orientado a evitar el contacto, con un sentido de adaptación o protección legítima del Self.

### III. MÈTODU DE APROXIMACIÒN

El tipo de investigación cualitativa diseñada consistió en la aproximación fenomenológica mediante el método hermenéutico. Este método es el considerado como el adecuado en investigaciones desde la Filosofía y Psicoterapia Gestalt (Centro de Orientación y Desarrollo, 2011). Desde esta postura, se busca aprehender las experiencias constituyentes de lo que es y lo que sucede en la vida diaria de las personas, en este caso de mujeres con cirugías plásticas estéticas, sin interpretaciones previas. Esto permite hacer una construcción de la historia de estas mujeres, reconociendo que los acontecimientos en la vida, la producción, el pensamiento y el habla de una persona no es su historia.

El sujeto o persona puede llegar al espacio clínico con una serie de vivencias pasadas, internas y externas; con una historia en búsqueda de ayuda a una situación de sufrimiento, de dolor psíquico (Bedoya, 2010), pero ese sufrimiento no es más que un acontecimiento dado en aquel saber atemático, prepredicativo y prerreflexivo constituyente de lo denominado por Husserl como mundo de la vida (citado en Bedoya, 2010). Por ello se efectuaron entrevistas a profundidad, analizadas a través del método de contenido cualitativo en forma inductiva (Andreu, 2000).

Para esta investigación, mediante el método de muestreo por conveniencia, se entrevistó a cuatro mujeres (ver tabla 1), mismas que cumplían con los criterios de inclusión consistentes en haberse realizado sólo una intervención estética, no haber tenido alguna malformación física previa a la intervención estética y que esta intervención no fuera reciente, esto es, efectuadas al menos seis meses anteriores a las sesiones de entrevistas, además se consideró como criterio que no tuvieran un trastorno dismórfico corporal.

La selección de las personas dependió de la accesibilidad. Para ello se tomó en cuenta el número de participantes consideradas como informantes claves de acuerdo a la saturación de categorías de análisis que fueron emergiendo (Mendieta, 2015). Las dos primeras participantes (VR y MT) acudieron a solicitar consulta privada, debido a problemática psicosocial (VR por síntomas de duelo complicado y MT por depresión). Durante el inicio de las sesiones clínicas se comentaron las intervenciones estéticas

efectuadas, por lo que se les informó del objetivo de la investigación en curso, invitándoles a participar. Una vez que se tuvo su anuencia, se les explicó el proceso consistente en analizar su vivencia previa, durante y posterior a la cirugía estética. Las otras dos mujeres incluidas en el estudio, lo fueron en calidad de informantes y fueron contactadas en ámbitos fuera de la consulta privada

A. Instrumentos

Se efectuó una entrevista a profundidad a cada persona, siguiendo al inicio una serie de cuestionamientos con ejes o categorías temáticos básicos, los cuales dieron pauta a mayores indagaciones de acuerdo a cada caso (ver tabla 2).

Tabla I. Características sociodemográficas y tipo de intervención estética de participantes

Clave Informante	Características sociodemográficas	Tipo de cirugía
VR	68 años de edad, viuda, 2 hijas y 2 hijos, escolaridad secundaria, vive sola, empresaria, estrato socioeconómico alto. Originaria de una ciudad pequeña, en donde fue reina de belleza en su juventud. Tiene un club de amigas con las cuales se reúne frecuentemente.	Rejuvenecimiento en rostro
MT	28 años, soltera, sin hijos o hijas, vive con su padre y madre; estudió fuera de la ciudad de origen, administradora de empresas, trabaja en empresa familiar en puesto de mando medio. Nivel socioeconómico medio/alto. Con dos hermanos mayores que ella. Círculo de amistades de jóvenes con alto poder adquisitivo.	Liposucción en vientre y espalda baja
B	29 años, hija única; casada, con un hijo de 6 años, psicóloga y estudiante de otra profesión afín a humanidades, trabajadora en institución gubernamental con puesto administrativo. Nivel socioeconómico medio. Con reconocimiento por alto desempeño académico.	Incremento de tamaño de senos
C	30 años, soltera y sin hijos/as, profesión administrativa, vive con su padre y madre, laboraba en la iniciativa privada. Nivel socio-económico medio/alto. Enfocada en su trabajo.	Incremento de tamaño de senos

Tabla II. Categorías de análisis de la investigación

Categoría inicial	Recategorización por contenidos emergentes	Subcategorías
“Deber ser femenino” construido	Regulación deberista en identificación del ser femenino o <i>ser para el otro</i>	Modelo materno de lo femenino La incompletud subjetiva
Vivencia de corporalidad previo a cirugía	Cuerpo como objeto sexuado	El cuerpo como perchero o maniquí La anhelada y muy lejana belleza
Toma de decisiones para intervención	Influencia de las Regulaciones Normativas de Género y el Biopoder en toma de decisiones y vivencia de cirugía	Influencia de categoría contextual-social El poder biomédico La negación de los malestares por las cirugías
Cambios derivados de cirugía	Autorrepresentación con fachada de independencia	

A cada una de las participantes se le aplicó el instrumento de Pérez-Ramos (2009) validado previamente, para descartar trastorno dismórfico corporal, pues no se deseaba la presencia de alguna entidad clínica que pudiera sesgar la información.

### *B. Procedimiento*

En el encuentro de invitación a participar se aplicó el instrumento de detección de trastorno dismórfico corporal y se realizó el levantamiento de datos sociodemográficos y sobre sus intervenciones estéticas. Una vez determinado que cumplían con los criterios de inclusión, se efectuó la programación del siguiente encuentro específico para la investigación. Cabe aclarar, que en los dos casos se suspendió la atención psicoterapéutica hasta el final de la investigación.

Una vez aceptada la participación, se efectuaron las entrevistas a profundidad, las cuales fueron grabadas y transcritas. Las entrevistas fueron en dos o tres sesiones con una duración aproximada de dos horas cada una. En el caso de las participantes solicitantes de atención psicológica en forma inicial, las entrevistas fueron en consultorio particular. En el caso de la participante B, las entrevistas se realizaron en su propio consultorio. Para el caso de la participante C, se utilizó su oficina.

Las transcripciones se revisaron con los ejes temáticos básicos inicialmente definidos. Al hacer la compilación e interpretación de los contenidos, se construyó un esquema inicial. Esto dio pauta a construir nuevas categorías y subcategorías, así como las relaciones entre ellas, de acuerdo al método de análisis elegido.

## IV. RESULTADOS

Como rasgos comunes encontramos que las mujeres se presentan a sí mismas, en su performance femenino, como autosuficientes e independientes. Todas trabajan y se consideran mujeres modernas, sin seguir los patrones tradicionales femeninos. Ninguna de las participantes puntuó positivo en ninguna entidad clínica, ya sea trastorno dismórfico corporal o bien obsesiones relacionadas con la corporalidad.

Las categorías de análisis emergentes en relación la subjetividad y toma de decisiones derivadas de la vivencia de la corporalidad transformada por las cirugías estéticas contenidas en la tabla 2, se realizaron en consonancia con las premisas de Zinker (2003, 2011), así como con elementos de la perspectiva de género (Lagarde, 2012). Además, para su elaboración, se consideró el todo existencial como un proceso continuo en un campo contextual, el cual se considera como más importante que el contenido en sí de un discurso

### *1) Regulación deberista en identificación del ser femenino o ser para el otro*

En las informantes se observa una tendencia a validar continuamente aquello considerado como su ser femenino. Las mujeres se están comparando continuamente con el deber ser, dejándose guiar por los introyectos y regulaciones deberistas o imperativos categóricos que les marca su contexto inequitativo en lo genérico. Al vivir en un sistema sexo/género heteronormativo y patriarcal, entienden que sólo pueden tener valor si cumplen con el estándar de ser bellas, femeninas, buenas mujeres y madres, estereotipo resultante de sus relaciones maternas, coincidiendo con lo ya analizado por Gamboa-Solís y Orozco-Guzmán en 2012.

- El modelo materno de lo femenino.

En las entrevistas emerge una ambivalencia afectiva de vinculación-hostilidad hacia las figuras maternas, de las cuales emanan inicialmente los introyectos que las acota. El modelo materno les

impulsó ya sea a parecerse o bien a estar lo más alejadas, aparentemente, de ese modelo materno, como fue en el caso de VR y B, las cuales comentaron que no querían pasar lo vivido por sus madres, quienes vivieron una relación de pareja marcada por las infidelidades y el abandono emocional. VR se considera como una madre que apoya y manifiesta su amor a sus hijas y C comenta que su madre con la cual siente afinidad, la apoya en sus decisiones, aun cuando no siempre está de acuerdo con ella. B por su parte, piensa que tiene una oportunidad para crear diferentes modos de crianza en su hijo varón para su conversión en “mejor hombre y no abandone”.

A la vez, todos los casos negaron haber tenido problemática en su relación madres-hijas. Expresan el amor de sus madres sin percibir ningún tipo de agresión. Esto es, no registran la agresión psicológica del rol materno, tal como ocurre en el caso de MT, ya que a la madre le parecía necesario y así se lo repetía, que se efectuara intervenciones estéticas desde la juventud temprana. También es el caso de VR, reprimida de sus impulsos y deseos cuando era joven de estudiar contabilidad, para seguir el estereotipo femenino marcado por su progenitora puesto que tenía un papel más importante en la vida: ser esposa y madre.

Por otro lado, se registra el consumismo contextual (Featherstone, 2007) en el que viven, esto es se les induce a comprar y aplicarse todo tipo de tratamientos de belleza (VR: *por la noche me pongo todas las cremas y me resbalo a la cama*; MT: *me gusta andar viendo qué se usa...periódicamente voy al salón de belleza y sí reviso qué hacerme en el pelo o la cara, además hay que ir al gimnasio para hacer mucho ejercicio*, C: *me gusta vestir bien y comprarme lo que necesito* (haciendo referencia a productos de belleza consumidos en su día a día)... *no es que me obsesione, aunque a mí me gusta estar bien presentada*; B: *no me importa mucho, pero... bueno..., hay que andar guapa*. Este consumismo nos les permite la apropiación de su cuerpo. En su lugar, el cuerpo se piensa como un objeto deseado, mirado y comparado por la Otredad, configurada en forma primordial, por su modelo de madre (Gamboa-Solís y Orozco-Guzmán, 2012) o bien por su pareja o grupo social de referencia como amigas o familia. Por ende, al no integrarse, no se ven como sujetos deseantes, con necesidades propias que cubrir y expresar (Lagarde, 2012b), autocosificándose. Como dice VR: *nos enseñan a ser buenas mujeres y se nos olvida qué era lo que queríamos*.

- La incompletud subjetiva.

De las entrevistas resalta cómo el autoconcepto está definido por incompletud, esto es no hay una totalidad y autorregulación orgánica de su actuar y sus deseos, sino una defragmentación y dicotomización mente/cuerpo. Así, la subjetividad está enmarcada en los elementos fragmentados que le constituyen, lo que deriva en cirugías estéticas en el intento de parecerse al modelo femenino idealizado, y desde esta perspectiva no se llegará a ser mujer completa hasta que se alcancen estos estándares.

La estética introyectada tiene una referencia en la identidad a configurar, pues se atribuye mayor valor a lo pensado como faltante (senos por ejemplo) o sobrante (como grasa en vientre) y “eso”, la transformación corporal a través de la cirugía estética, les llevaría a ser mejores personas más felices, tal como se ejemplifica en las palabras de C: *“me daba miedo la cirugía y un día de repente dije ¡quiero busto! Y no sé ... enloquecí, fue una idea como capricho”*. Lo mismo puede observarse en B: *“yo no quería cuerpo de niña”* (como una razón por la cual solicitó implantes de senos). VR, en cambio, otorga mayor importancia a lo que sobra: sobran años, sobra exceso de piel convertida en arrugas y abultamientos en los ojos.

La incompletud de la existencia las convierte en estar atentas a la mirada del otro e, incluso, sospechar de la mirada masculina aprobatoria: MT *“mi papá y mi novio me dicen que estoy bonita, pero*

yo creo que sólo lo dicen para que ya no me preocupe (sobre su cuerpo)”; B: “pues me dice (la pareja) que estoy guapa, pero... pues yo me veo que no del todo”.

Por ello, su cuerpo es sólo un elemento, un “algo” a modificar de acuerdo a los imperativos de dependencia y subordinación, lo que lleva a priorizar la figura masculina como eje de existencia, aún después de haber muerto el otro significativo, como VR, la cual hace referencia a su cónyuge finado: “él estaría muy feliz por mí si yo me efectúo los tratamientos estéticos”. Como se observa, aún en su viudez, toma sus decisiones en base a los gustos y deseos del marido muerto.

## 2) *Cuerpo como objeto sexuado*

Al cuestionar a las mujeres sobre la vivencia de su corporalidad, asociaron su cuerpo a la mirada de la otredad y valorado por su belleza; no refirieron la vivencia de su propia corporalidad. En la información provista por las participantes, resalta la consideración del cuerpo como objeto que cuidar para la performatividad, la ejecución de conductas y de lo que entienden de sí mismas. Por ende, la autoconciencia les hace vestirse y evaluarse para la otredad. En esta valoración, la cirugía estética aparece como el camino adecuado para lograrlo. Esto coincide con Lagarde (2012a), en el sentido de que su cuerpo es un cuerpo-de-otro, enajenante en su estética estereotipada como requisito de aceptación y fundamento de su autoestima. Los resultados coinciden también con lo reportado por Chaves (2015), quien mostró la ausencia de un proceso de evaluación de los pensamientos, sentimientos y anhelos de las propias mujeres que podrían dar una respuesta con sentido para sí mismas, del para qué efectuar las cirugías; en cambio, lo que encontró fue que las intervenciones del cuerpo se realizan como una respuesta ante la mirada de los demás.

- El cuerpo como perchero o maniquí.

Si la identidad se construye a través de la diferenciación del Yo y No/Yo, el cuerpo se construye como la expresión de sí. En este sentido, las mujeres analizadas viven a través del cuerpo como objeto sexuado, el cual debe ser un perchero que necesita acomodarse o redefinirse para mostrar el dictado de la moda y sea mirado por los otros como valioso. Ello, porque las mujeres justifican las intervenciones quirúrgicas por la necesidad de lucir el vestuario de acuerdo los preceptos de belleza vigentes. De este modo, al contestar la pregunta ¿para qué te sometiste a la intervención estética? refieren: MT “para que se vea más bonito (la ropa vestida) ... y “para que los pantalones se vean bonitos”; B y C “el escote (de los vestidos) se vea mejor”.

Ejemplo claro de la definición corporal como objeto sexuado es la limitación de las expresiones de su propia sexualidad, ya que no hacen alusiones al disfrute sexual en sus relaciones de pareja, sino que lo que se observa es la evasión de las sensaciones que les llevaría a identificar sus necesidades. Las mujeres no dan importancia a esta área cuando hablan de sí y su corporalidad “lo que importa es cómo te ven” (B y VR). De acuerdo con Lagarde (2012b), existen contradicciones en el deber ser femenino, que generan conflictos y dificultades para la integración de la identidad femenina referentes a la sexualidad. Una de esas contradicciones se refiere a los mensajes de inhibición del goce sexual desde la niñez por una parte y, por la otra, los mensajes referidos a ser “sexy”, con atributos de estética corporal de acuerdo a lo considerado como deseado por la mirada masculina (Uwujaren, 2015).

El exhibicionismo y voyeurismo que presentan ante los cuerpos transformados en lugar de ser el performance indicativo de su apropiación corporal (invitan a tocar sus senos, que se revisen sus cicatrices), es otro mecanismo para evadir a la introspección que les llevaría a utilizar estrategias para su crecimiento interior. Ellas están listas para hablar sobre sus cirugías, pero desde la experiencia superficial de los cortes y procedimientos, pero no de su significado en su Self (B: “no me gusta hablar sobre esto”; MT: “prefiero no pensar en qué cambiará”; A: “es mejor sólo actuar”).

- La anhelada y muy lejana belleza.

Si bien las mujeres entrevistadas tienen atributos relacionados a los estándares de belleza como delgadez, color de piel blanca, vestir a la moda y ser atractivas, la imagen de sí mismas devuelta por el espejo, es devaluada, lo que crea conflicto y rechazo a ellas mismas. A pesar, de que morfológicamente tengan los estándares de apariencia física prescritos por el mercado social de la belleza, al cuestionarles si ellas consideran alcanzar la belleza, se degradan a un escalón inferior de valoración ya que se consideran bonitas, no bellas: (MT: “*pues sé que no estoy fea*”, B: “*¡ay no!... yo sólo estoy medio bonita*”).

VR a pesar de haber sido coronada como reina de belleza en su juventud, comenta: “*yo antes de la cirugía no me veía en el espejo, me veía horrorosa.....lo que reflejas es lo que eres... yo me veía como borrachito con los ojos caídos* (por los abultamientos alrededor de sus ojos debido a su edad). Esto marca una diferencia notoria con las otras participantes, dado su relato sobre el episodio de juventud en donde se le consideraba una mujer bella. Actualmente sólo quiere ser agradable a los ojos de los demás y que no se le asocie a una categoría donde carece de recursos para “alcanzar la belleza”.

Al concepto de belleza centrado en la estética corporal, las mujeres entrevistadas pueden asociarle otras características no necesariamente físicas, como inteligencia o humildad. Sin embargo esto se considera deseable en una persona bella físicamente, pero sin que le den valor en sí misma. (C: Hay que ser muy inteligentes [para alcanzar la belleza]). De acuerdo a Ponton-Cevallos (2015), estos aspectos son parte de un disciplinamiento corporal que ocurre desde la publicidad mediática y reforzado en diversos espacios de la vida social. El disciplinamiento de los cuerpos los expone a la ansiedad de la mirada de su entorno lo que los aliena en forma simbólica. Todo ello refuerza los efectos provocados por la inequidad de género en el conjunto social, pero se acentúa en grupos sociales específicos, donde al cuerpo se le otorga un valor fundamental. Ese es el caso de las participantes entrevistadas.

### 3) *Influencia de regulaciones de género y biopoder en toma de decisiones y vivencia de la cirugía*

Marcela Lagarde (2012b) refiere la constitución del sujeto a través de deseos, práctica, lenguaje y poder de afirmación: en las mujeres se crea el deseo de tener una existencia propia, de reconocimiento, validación de sus saberes y reconocimiento de sus creaciones para llegar al bienestar y trascendencia. En ese sentido, las intervenciones al cuerpo, el denominado biopoder (técnicas y procedimientos tendientes a subyugar y controlar a los cuerpos de acuerdo a un modelo hegemónico), ofrece a las mujeres una posibilidad de transformación del cuerpo como si fuera una alternativa de acceso al empoderamiento (Calderón, 2013; Linardelli, 2015; Menendez, 2013). Sin embargo, en los casos analizados, las cirugías estéticas no pueden ser consideradas como un proceso de empoderamiento puesto que no se realizan en tanto concreción de los deseos de las mujeres, sino por el contrario, vinculadas a la validación de los estándares de mercado.

Las intervenciones al cuerpo pueden constituir un tipo de violencia de género de la cual no son conscientes, ya que, en las mujeres participantes en el estudio, se observa una búsqueda para ajustar su cuerpo a cánones estereotipados de belleza. Además, al realizar las intervenciones quirúrgicas validan la estructura del sistema sexo/género al que responden sus categorías sociales de adscripción: construyen un esquema subjetivo en donde los ideales corporales son sólo una arista más de la violencia simbólica de género para la vigilancia de sus cuerpos, con un sentimiento ilusorio de autonomía (Álvarez, 2015). Aun cuando se piensen libres, siguen sujetas al sistema de valoración de sí mismas a través de su apariencia corporal y cosificación, lo cual es acorde a lo mencionado por Davis (2010), Lagarde (2012a), Martínez (2010) y Sáez, Valor-Segura y Expósito (2012).

- Influencia de categoría contextual-social.

El cuerpo vivido como un perchero es una señal vinculante y de adscripción a una clase social y a un contexto determinado de prestigio y referencia (VR: *cuando salgo con mis amigas no me quiero ver así... como borrachito* (ojos caídos y abotagados), aludiendo a que su grupo de amigas le proporciona una imagen de referencia, por ello desea ser vista por ellas con un estatus específico. Por su parte, MT comenta: *“Mi mamá me dijo, ¡ponte bubis!, mi mamá siempre quiso que me operara, ¡sí!”*. En el caso de MT desea la aprobación materna de la corporalidad ya que su propio cuerpo es evaluado con deficiencias de acuerdo al modelo de belleza introyectado. Alvarez (2012), sostiene que la autonomía se da en el entramado relacional y contextual, por lo que en los casos estudiados, no ocurre un proceso de autonomía en las mujeres, puesto que denotan falta de autonomía en sus decisiones al no haber un análisis crítico de las relaciones vinculares inductoras de modelos ideales a los cuales tienen que dar respuesta.

Por el contrario, lo que se instala es la ideología del hiperconsumo en el discurso y en la cotidianidad (C: *“Me gusta andar a la moda”*; B: *“yo siempre trato de arreglarme”*, VR: *“hay que siempre andar arregladita”*; MT: *“desde chiquita me arreglaban para estar bonita... ahora no me imagino de otro modo”*). Estos elementos, de acuerdo a Featherstone (2007), producen una consciencia de clase en la cual se hace necesario, para sentir confianza en el propio cuerpo, estar en vigilancia permanente a fin de corregirlo, de tal forma que el cuerpo se convierte en un instrumento para denotar el capital cultural y económico, así como el estilo de vida que se posee.

- El poder biomédico.

La belleza, al ser un metaideal introyectado en estas mujeres, es un deseo inscrito causante de sufrimiento al no acercarse a ese ideal (Calderón, 2013; Linardelli, 2015). Su cuerpo se vulnerabiliza, para someterse a todo aquello que les lleve a acercarse a esos preceptos aun cuando no se logra el bienestar subjetivo. Esta forma de pensar, conforma mecanismos de asistencia que les evade para no confrontar su problemática psíquica: dos de ellas mencionaron cursar con síntomas relacionados a la depresión (C y MT), las otras dos presentan problemas en sus relaciones de pareja (B y VR). Ellas piensan que alcanzarán el deseado bienestar y la resolución de sus problemas, si lograran la perfección corporal.

Ahora bien, si el personal médico opina sobre su cuerpo y propone transformaciones que deben realizarse, ellas ceden bajo su influjo y validan esta opinión: VR: *“sólo quería los ojos, pero me dijo, no ... le haré esto y esto”*; B: *“cuando le pedí al médico el aumento de busto, me dijo además se le puede bajar la panza (lipectomía) y las pompis (implante de glúteos) ...yo dije guauuu... ahora ya lo estoy pensando!”*. C: *“el doctor me comentó que también me puede arreglar las pompis”* (glúteos). Esta información coincide con los hallazgos reportados por Ibañez (2014) sobre la influencia del poder médico en la toma de decisiones para las cirugías estéticas.

De acuerdo a lo anterior, se puede afirmar que para mujeres insertas en una categoría social específica, con un status quo de pertenencia, no les importa desdibujarse, no ser ellas, sino ser lo más parecidas a aquello que se ha definido como el deber ser de lo femenino, con el fin de conseguir lo considerado como prescriptivo de acuerdo a su contexto sociocultural (Córdoba, 2010; Featherstone, 2007), y entonces la persona que efectúa las intervenciones, es quien fija el rumbo de aquello que se debe reconstruir. Se configura, entonces, una subjetividad vinculada a la medicalización de la vida y al hiperconsumo.

- La negación de los malestares por las cirugías.

Coincidiendo con los estudios de Muñiz (2012) existe la paradoja de creerse apropiadas de su cuerpo y por ello se han efectuado las cirugías estéticas. Ello las lleva a negar o minimizar el dolor y sufrimiento causado por las intervenciones quirúrgicas: VR: “pues no fue tanto... o no me quiero acordar jajaja... no tenía miedo, sólo quería verme bonita”; B: “los resultados valen todo” MT: “tenía miedo, pero fui valiente y no dije nada del dolor”; C: “sí me dolió, cada día me tocaba pues sentía que se caerían (las prótesis de seno)... dejé de hacer mi vida, y esto no se lo decía a mis papás, pues aunque me cuidaron no estaban totalmente de acuerdo” (con la cirugía).

Las mujeres entrevistadas perciben los malestares como si fueran parte de una batalla a ganar a fin de tener un cuerpo-objeto moldeado. De esta forma, la regulación orgánica de toma de contacto con sus necesidades y deseos no se cumple, manteniéndose gestalten inconclusas que en diferentes formas emergen como vapor de la presión psíquica, al no darse cuenta de su existencia. De esta manera se pueden considerar las diversas problemáticas depresivas que no han sido atendidas, y nodos problemáticos psicosociales, con posibilidad de desatar conflictos posteriores en sus interacciones con sus familiares y consigo mismas. El no reconocimiento de sus necesidades coincide con los estudios de Chaves (2015) y Rivas, Botella y Benito (2010). Desde la perspectiva de género, se aprisiona la salud mental de las mujeres a través de las intervenciones estéticas, en lugar de ser mecanismos de empoderamiento.

#### 4) Autorrepresentación con fachada de independencia

En cuanto a los cambios atribuidos por las participantes a los resultados de las cirugías, opinaron no encontrar grandes transformaciones, así como tampoco, percibieron cambios en sus relaciones sociales. Lo que sí manifiestan es la percepción de la disminución entre la brecha de la imagen corporal ideal introyectada y la percibida después de las intervenciones quirúrgicas-estéticas, sin embargo, no se tiene una satisfacción completa con su corporalidad.

Para continuar realizando intervenciones en su cuerpo, las mujeres entrevistadas utilizan justificaciones y racionalizaciones, tales como la necesidad de incrementar la autoestima o pertenecer a una categoría social de identificación: (MT: “*ya sabes ... todas ahora podemos ser bonitas, para eso trabajamos*”, VR: “*bueno ... pues como dicen.. no hay mujeres feas, sino maridos pobres*”). Por lo tanto, ellas consideran que aún falta por hacer en su cuerpo-objeto, por lo que finaliza una intervención y ya están considerando la posibilidad de siguientes intervenciones como una forma de llegar a la autovaloración y felicidad, que les proporcionarían las transformaciones corporales. Los hallazgos coinciden con lo reportado en los estudios de Álvarez (2015) y de Ribas, Botella y Benito (2010), ejemplo de ello es: “VR: “*sí me haría otra (cirugía)... para darme otra estiradita... y bueno me sentí muy cuidada*” (la atención postoperatoria fue motivo para reunión familiar); C: “*sí quiero mejorar mi nariz y como estoy engordando pues.....*” MT: “*quiero operarme las piernas, las tengo chuecas*”.

Pero a diferencia del estudio de Ribas, Botella y Benito (2010), las mujeres participantes en el estudio, no consideran efectos en su vida relacional derivado de las cirugías. Ninguna menciona cambios en sus relaciones de pareja o en relaciones laborales. MT menciona que su pareja, por el contrario, piensa “*que es una obsesión*” su constante inseguridad sobre su peso y su deseo de lucir de acuerdo a los modelos mediáticos.

A partir de las entrevistas, se percibió una cierta fachada de independencia al considerarse mujeres “modernas” en el caso de VR y B, mas no así MT y C. Estas últimas se consideran ser mujeres “*más o menos modernas... feministas no, eso no*”.

En todo caso, buscan proyectar una imagen de seguridad a través de su vestuario, pero ello ocurre dentro de una dependencia de la valoración realizada por los demás. Retomando a Álvarez (2012) y Lagarde (2012b), no hay autonomía en el sentido formal, dada la no consciencia de la imposición heterónoma de principios y normas de sus relaciones contextuales y relacionales.

## V. A MODO DE CONCLUSIÓN

La articulación entre el enfoque psicoterapéutico gestaltico y la perspectiva de género, permitió vincular aspectos que se habían tratado por separado en ambas corrientes de pensamiento, de tal manera de que se pudieron encontrar puntos de análisis entre ellas. Tal fue el caso de los estereotipos y mandatos de la feminidad hegemónica, visibilizados desde el enfoque de género y los introyectos de autoridad, analizados desde el enfoque gestalt.

Desde el enfoque de Psicoterapia Gestalt, las mujeres participantes en el estudio no obtienen la consciencia de ser en el mundo a partir de las sensaciones corporales ya que sistemáticamente las mujeres evaden el tema. En las entrevistas, no hacen referencia a su sexualidad aun cuando se realizaron preguntas directas. En todo caso, en las referencias al cuerpo, lo consideraban como objeto para ser mirado, pero no para su propia satisfacción a partir de una idea personal de sí mismas o en todo caso, para el disfrute con la pareja. El resultado fue la evasión de sí mismas, de sus propios deseos en aras de convertirse en mujeres que se automodelan para ser *sexis*; *percheros*, quienes no se permiten el goce sexual.

El cuerpo al ser fragmentado y disociado, se fetichiza, al atribuirse a ciertas zonas del cuerpo la valoración de sí mismas, como senos atractivos o abdomen plano, pues si se tienen estos atributos, se piensa que podrían tener mayor valor. No se totaliza la experiencia, sino que se define la existencia por incompletud, de acuerdo a la Gestalt; su consciencia de organismo y de su entorno, su aquí y ahora, no se produce, elaborando simulaciones de mujeres modernas y en control de sí, educadas para ser “buenas mujeres”, situándose al extremo de la polaridad femenina.

También resalta que las mujeres participantes en el estudio no se colocan como mujeres deseantes y con necesidades, por lo que lo deseado no es integrado a sus decisiones sobre el cuerpo. Ello ocurre porque toman sus decisiones a partir de la regulación deberista y normativo del modelo patriarcal de belleza, que no les permite darse cuenta de sus propios deseos y necesidades. Si las necesidades y los deseos emergen y hacen figura de un fondo, son evadidos a través de los diferentes mecanismos, como ubicarse en los extremos de las polaridades mente/cuerpo, pensamiento/emoción, conducta espontánea/conducta regida por el deber, quedando como gestalten inconclusas y escotomizadas. Ejemplo de ello son las relaciones conflictivas con sus figuras maternas, modelos de quienes sienten la imposición de los mandatos en las cuales están sujetas. También actúa en este sentido el deseo de valoración de las miradas masculinas, misma valoración que aun cuando la logran, no la reconocen como válida. Por ello, las cirugías son mecanismos que reafirman el mismo sistema heteronormativo e inequitativo de género.

En síntesis, su cuerpo es un objeto a manipular y transformar para ser mostrado como un maniquí de aquello dictado por los preceptos de su contexto patriarcal y de hiperconsumo. Los límites de su Self son difusos, al no haber un Yo diferenciado y fuerte, de ahí que los introyectos justifican la cirugía estética.

Se puede afirmar que la responsabilidad de sus decisiones no son apropiadas ni consideran sus propios deseos y necesidades, puesto que se permiten influenciar por figuras de autoridad internalizadas que rige su zona de fantasías y creencias: validan la autoridad médica, de su grupo de pares, de los modelos de feminidad, de la cultura estereotipadas de género en la que están insertas (Linardelli, 2015),

por ello viven a través de los ideales introyectados, sus decisiones no las toman a partir de una autonomía.

Por su parte, los mandatos y regulaciones deberistas y normativos de género confluyen para la existencia de procesos de devaluación del mismo cuerpo, esto les lleva a revisar aquellos aspectos que deberían modificar con nuevas intervenciones.

Al compartir con sus grupos de pares sociales de referencia esta preocupación, se normalizan las molestias y sufrimientos ocasionados por los procedimientos estéticos. Por ende, el sometimiento de las mujeres a todo tipo de intervenciones para “ser bellas” se considera como deseable en un proceso de naturalización de lo normativo por el sistema hegemónico.

Las mujeres participantes en el estudio se alejan de la valoración de lo sustancial y evaden el presente. En su lugar, adaptan su experiencia de acuerdo a la situación en la que viven sin determinar su responsabilidad y libertad en su vida. Es posible pensar que si efectuaran la transformación orgánica e integrar necesidades y deseos en sus decisiones sin estar cumpliendo con lo dictaminado por el deber ser (Sanabria, 2012), les apropiaría de una identidad autoapoyada y por lo tanto no necesitarían de validación externa.

Desde una perspectiva analítica de género se puede afirmar la vivencia de violencia simbólica validada por el biopoder y las biopolíticas estructuradas por la sociedad hegemónica sexo/género en las mujeres participantes en el estudio. A través de esta violencia no se logra alcanzar la autonomía ni la trascendencia de sí y la identidad necesaria para vivir con responsabilidad, consciencia y temporalidad presente.

Para ello, sería necesario basar sus decisiones sobre la intervención del cuerpo en la crítica de sus vínculos relacionales y contextuales, camino necesario para llegar a la autorrealización y a su real empoderamiento y agencia. Tampoco realizan un análisis de las narrativas dominantes que dan forma a su estructura subjetiva (Fischer, 2014). Por ende, no se pueden considerar las intervenciones estéticas como acciones derivadas de sus procesos de empoderamiento sino de des-empoderamiento de acuerdo a Davis (2010).

Además de lo anterior, derivado de las entrevistas, es posible pensar que la salud mental de las mujeres puede sufrir a consecuencia de estos introyectos que debilitan su capacidad de adaptación ante las demandas de sus necesidades y el afrontamiento ante las depresiones de su entorno. Esto implica reconocimiento de mayor presión psíquica, menor bienestar subjetivo y mayor riesgo de psicopatología.

Finalmente, debe decirse que una de las limitantes de este estudio consiste en que los hallazgos no pueden generalizarse a todas las mujeres que han intervenido su cuerpo con cirugías estéticas, dado el carácter específico de la investigación. Sin embargo, se abren nuevas líneas de investigación en referencia a la performatividad de los cuerpos intervenidos en relación a los procesos de empoderamiento y autonomía en los cuales, será necesario ahondar en la imagen del cuerpo difundido a partir del estereotipo de belleza hegemónica, el imperativo del empoderamiento de las mujeres y la manera femenina de estar en el mundo a partir de los propios deseos.

## RECONOCIMIENTOS

Especial agradecimiento a las mujeres que aceptaron a participar en la investigación y también a aquellas partícipes a través de sus comentarios sobre sus procesos quirúrgicos estéticos, aun cuando decidieron evitar las entrevistas a profundidad.

## REFERENCIAS

- Albino, M. (2015). Beyond the Perls-Goodman Model: From the Organism-Environment Field to the Relational Field. *Gestalt Review*, 19(3), 233-250.
- Álvarez, S. (2012). *La autonomía personal de las mujeres. Una aproximación a la autonomía relacional y la construcción de las opciones*. España: Universidad de Palermo, Facultad de Derecho. Recuperado desde <http://www.palermo.edu/derecho/pdf/La-autonomia-de-las-mujeres.pdf>
- Álvarez, S. (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. *Análisis filosófico*, 35(1), 13-26.
- Andreu, J. (2000). Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. Fundación Centro Estudios Andaluces, Universidad de Granada, 10(2), 1-34. Disponible en <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Aroca, E. (2010). Gestalt terapia en femenino. Recuperado el 15 de abril de 2016 desde <http://gestaltnet.net/fondo/nuestros-textos/gestalt-terapia-en-femenino/view?searchterm=None>
- Bedoya, M. (2010). La construcción de la historia subjetiva en la clínica psicológica. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 71-78.
- Chaves, A. L. (2015). Significados alrededor de las cirugías estéticas en mujeres que se encuentran en periodo prequirúrgico de liposucción. Tesis de Grado. Pontificia Universidad Javeriana Cali. Colombia. Recuperado desde [http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/3295/Significados\\_alrededor\\_cirugias.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/3295/Significados_alrededor_cirugias.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Calderón, T. (2013). Aproximaciones sobre el cuerpo y la estética: una reflexión psicológica sobre la feminidad. *Poiésis, Revista Electrónica de Psicología Social*, 25, 1-13. Disponible en <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/638>
- Centro de Orientación y Desarrollo. (2011). *Fenomenología y Hermenéutica. Estudios en Gestalt*. [www.gestalt-codeh.com](http://www.gestalt-codeh.com), Disponible en [http://www.educacionviva.com/Documents/GRECS/EMOCIONS/OBSERVACIO/Fenomenologia\\_y\\_Hermeneutica.pdf](http://www.educacionviva.com/Documents/GRECS/EMOCIONS/OBSERVACIO/Fenomenologia_y_Hermeneutica.pdf)
- Córdoba, M. (2010). La cirugía estética como práctica sociocultural distintiva: un lacerante encuentro entre corporeidad e imaginario. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 2(2), 37-48.
- Davis, K. (2010). *El cuerpo a la carta. Estudios sobre cirugía cosmética*. México: La Cifra editorial.
- Elliot, A. (2011). *Plástica extrema: auge de la cultura de la cirugía estética*. *Anagramas*, 9(18), 148-164.
- Featherstone, M. (2007). *Consumer Culture and Postmodernism*. 2a edición. California, EUA: SAGE Publications LTD.
- Fischer, S. (2014). Creating Dynamic Traditions: Gender (Fluidity), Awareness, and Change Around the World. *Gestalt Review*, 18(3), 202-206.
- Gestalt Therapy Encyclopedia. (2011). Recuperado el 17 de abril de 2016 desde [http://www.associatepublisher.com/e/g/ge/gestalt\\_therapy.htm](http://www.associatepublisher.com/e/g/ge/gestalt_therapy.htm)
- Gamboa-Solís, F. y Orozco-Guzmán, M. (2012). De madres e hijas y nuevas maternidades. *Revista La Ventana*, 36, 50-86.
- Ibañez, J. (2014). Sueñan con un cuerpo armonioso: motivaciones de las mujeres para realizarse procedimientos estéticos no reconstructivos. *Revista de Educación Física*, 3(1), 56-88.
- Johnson R. (2014). Contacting Gender. *Gestalt Review*, 18(3), 207-225.

- Lagarde, M. (2012a). *El feminismo en mi vida*. México, Inmujeres, DF. Disponible en <http://www.cotidianomujer.org.uy/sitio/pdf/ElFeminismoenmiVida.pdf>
- Lagarde, M. (2012b). *Identidad Femenina*. México: AlfaOmega. Disponible en [www.omegalfa.es/downloadfile.php?file=libros/identidad-femenina.pdf](http://www.omegalfa.es/downloadfile.php?file=libros/identidad-femenina.pdf)
- Lara, C. (23 noviembre 2014). En cirugías plásticas, México gana el bronce. *Periódico el Universal* <http://archivo.eluniversal.com.mx/periodismo-datos/2014/en-cirugias-plasticas-mexico-gana-bronce-97829.html>
- Linardelli, M. F. (2015). Salud mental y género. *MILLCAYAC, Revista Digital de Ciencias Sociales*, II(3), 199-224.
- Martínez, M. (2010). Explorando nuevas formas de violencia de género: la mujer como objeto en los folletos de clínicas de estética. *Global Media Journal México*, 7(13), 80-94.
- Mendieta, G. (2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones Andina*, 17 (30), 1148-1150.
- Menéndez, M. I. (2013). Biopoder y postfeminismo: la cirugía estética en la prensa de masas. *Revista Teknokultura*, 10(3), 615-642.
- Muñiz, E. (2014). Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una necesaria mirada feminista. *Sociedade e Estado*, 29(2), 415-432.
- Muñiz, E. (2012). La cirugía cosmética: Productora de mundos posibles. Una mirada a la realidad mexicana. *Estudios. Centro de Estudios Avanzados*, (27), 119-132.
- Muñiz, E. (2011). *La cirugía cosmética: ¿un desafío a la "naturaleza"*. Belleza y perfección como norma. México: Universidad Autónoma Metropolitana
- Pérez-Ramos, K. (2009). *Escala de avaliação do transtorno dismórfico corporal: propriedades psicométricas*. (Tesis inédita de Doctorado) Brasil: Pontificia Universidad Católica de Campinas. Disponible en [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=538](http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=538)
- Perls, F. y Baumgardner, J. (1989). *Terapia Gestalt. Teoría y Práctica. Una interpretación*. México: Concept.
- Platero, R. (2012). *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Temas contemporáneos*. Madrid, España: BellaTerra.
- Ponton-Cevallos, J. M. (2015). Entre el cuerpo y la publicidad: tensiones de la feminidad en el Ecuador. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre el Cuerpo, Emociones y Sociedad*, 7(19), 20-33.
- Ribas, E. Botella, L. y Benito, J. (2010). Efectos de la cirugía estética y los tratamientos estéticos sobre la imagen corporal, la autoestima y las relaciones de pareja: implicaciones para la psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 28(3), 457-472
- Sáez, G., Valor-Segura, I. y Expósito, F. (2012). ¿Empoderamiento o subyugación de la mujer?: experiencias de cosificación sexual interpersonal. *Psychosocial Intervention*, 21(1), 41-51.
- Sanabria, L. F. (2012). El proceso de transformación orgánica en 5 mujeres que asisten a psicoterapia gestáltica de la ciudad de Medellín. Tesis inédita de Maestría en Psicología, Universidad San Buenaventura, Colombia. Recuperada desde [http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/1849/1/Transformacion\\_Organismica\\_Gestaltica\\_Sanabria\\_2013.pdf](http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/1849/1/Transformacion_Organismica_Gestaltica_Sanabria_2013.pdf)
- Uwujaren, J.. (12 de enero de 2015). How Women Are Pressured into Being Sexy, But Punished for Being Sexual. Everyday feminism [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://everydayfeminism.com/2015/01/women-pressured-sexy-punished-se->

xual/?utm\_content=bufferae299&utm\_medium=social&utm\_source=facebook.com&utm\_campaign=buffer

- Valverde, M. T. y Gutiérrez, M. (2016). Orden de género e insatisfacción corporal: un estudio cualitativo. *EMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 11(3), 665-686.
- Yontef, G. (1993). *Gestalt Therapy: An Introduction on Awareness, Dialogue, and Process by The Gestalt Journal*. Recuperado el 15 de abril de 2016 desde <http://www.gestalt.org/yontef.htm>
- Zinker, J. (2011). Valores de la Gestalt “Madurando la Terapia Gestáltica”. Conferencia hecha en la apertura la Octava conferencia de “Gestalt Journal”. Traducida por María Schiavoni recuperado el 20 de abril de 2015 desde <http://www.constelando.com.ar/gestalt/gestalt.doc>
- Zinker, J. (2003). *El proceso creativo en la Terapia Gestáltica*. México: Paidós.