



LA CIRUGÍA ESTÉTICA Y LA NORMALIZACIÓN DE LA SUBJETIVIDAD FEMENINA

Un análisis textual

Marcelo Córdoba

Editorial CEA ▶ Colección Tesis



UNC

Universidad
Nacional
de Córdoba



facultad de ciencias
sociales

CEA

Centro de
Estudios
Avanzados

La cirugía estética y la normalización de la subjetividad femenina

Un análisis textual

Doctorado en Semiótica

Colección Tesis

**La cirugía estética y la normalización
de la subjetividad femenina**

Un análisis textual

Marcelo Córdoba

Doctorado en Semiótica

Universidad Nacional de Córdoba

Rector: Dr. Hugo Oscar Juri

Decana de Facultad de Ciencias Sociales: Mgter. María Inés Peralta

Editorial del Centro de Estudios Avanzados

Centro de Estudios Avanzados, Facultad de Ciencias Sociales,
Universidad Nacional de Córdoba, Av. Vélez Sarsfield 153, 5000,
Córdoba, Argentina

Directora: Adriana Boria

Coordinación Ejecutiva: Alicia Servetto

Coordinación Editorial: Mariú Biain

Comité Académico de la Editorial

M. Mónica Ghirardi

Daniela Monje

Alicia Servetto

Alicia Vaggione

Juan José Vagni

Coordinador Académico del CEA-FCS: Enrique Shaw

Coordinador de Investigación del CEA-FCS: Marcelo Casarin

Asesora externa: Pampa Arán

Cuidado de edición: Mariú Biain

Diagramación de Colección: Lorena Díaz

Diagramación de este libro: Fernando Félix Ferreyra

Responsable de contenido web: Diego Solís

© Centro de Estudios Avanzados, 2019

Córdoba, Marcelo

La cirugía estética y la normalización de la subjetividad femenina : un análisis textual
/ Marcelo Córdoba. - 1a ed revisada. - Córdoba : Centro de Estudios Avanzados. Centro
de Estudios Avanzados, 2019.

Libro digital, PDF - (Tesis)

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-1751-73-0

1. Cirugía Estética. 2. Semiótica. 3. Análisis del Discurso. I. Título.

CDD 401



Atribución-NoComercial-
SinDerivadas 2.5 Argentina

Esta investigación –mi «prueba decisiva»– está dedicada a la memoria de mis abuelos.

A mis padres, sin cuya amorosa asistencia no hubiera superado mi «prueba calificante».

Y a mi amigo Alfonso, a quien la vida ha puesto a prueba.

Agradecimientos

La tesis que dio origen a este libro fue realizada gracias al apoyo económico de una beca doctoral de CONICET. Ha de reconocérsela, a este respecto, como un producto de la decidida política estatal –estratégicamente implementada entre 2003 y 2015– de inversión en el desarrollo de la ciencia y la tecnología, y, en lo que a mí concierne, el fomento del pensamiento crítico (crítico, no pocas veces, de la misma ciencia y tecnología).

Agradezco especialmente a Vanina Papalini –directora de la tesis–, por la minuciosa lectura, los esclarecedores y productivos comentarios, y, sobre todo, por soportar estoicamente las rigideces de la semiótica estructuralista.

Una mención especial merecen también los organizadores del Doctorado en Semiótica del Centro de Estudios Avanzados (Universidad Nacional de Córdoba), merced a cuyos esfuerzos me ha sido dado acceder a una formación de excelencia –a cargo de profesionales y especialistas destacados, de prestigio tanto nacional como internacional– en una disciplina aún poco difundida.

Agradezco a las mujeres y los cirujanos plásticos entrevistados, cuyas voces –excluidas por la arbitrariedad de un fiat metodológico– resuenan libremente, con todo, en mi comprensión de la experiencia del aumento mamario y de los resortes afectivos de ese nexo en que se funda la viabilidad misma del dispositivo, la díada cirujano/paciente.

Y vaya también un agradecimiento, en fin, a mis amigos: Agustina, por recordarme regularmente la existencia de un mundo por fuera de la tesis; Sebastián, por las entretenidas y estimulantes charlas sobre semiótica, medios y política; Carla, por escucharme y no sucumbir –con veintipico apenas– a la «botulinofilia» profiláctica.

Índice

Introducción	15
La cirugía estética: esbozo genealógico de una práctica médica particular	16
Presentación de los textos de referencia para el análisis	22
Capítulo uno. Transformaciones históricas recientes de la cirugía estética como dispositivo de normalización	37
Introducción	37
La posición enunciativa del cirujano plástico en un «período de transición»	41
El cirujano plástico como funcionario del «aparato estatal jurídico-administrativo-terapéutico»	49
La contrariada posición de la paciente en el contexto de la medicina mercantilizada	56
Cirujano y paciente ante los procedimientos «mínimamente invasivos»	71
El consumo de cirugías estéticas en el marco de la crítica al «proyecto disciplinario de la feminidad»	77
La cirugía estética, una disciplina de la voluntad: el «miedo al cambio» patologizado	83
Conclusión: el devenir histórico de la normalización quirúrgica, de la reforma del cuerpo desviado al ideal individualizador de la autoexpresión subjetiva	88

Capítulo dos. El lugar de la rinoplastia en el proceso de reconfiguración simbólica del dispositivo de la cirugía estética 93

Introducción	93
Esbozo de una genealogía racial del procedimiento	95
La rinoplastia en Macgregor: emergencia de una antinomia, «Cambiadores» vs. «Arregladores»	101
La «narrativa ontológica», nuevo encuadre ideológico de la práctica	106
La rinoplastia en Davis: «complejo de inferioridad racial» e indignación	109
La rinoplastia en Pasik: hacia el nuevo ideal individualizante de la práctica, la nariz «perfecta y natural»	118
La rinoplastia en el presente: un procedimiento «normalizado»	124
De adolescente conflictuada a «orgullosa militante» del aumento mamario (o sobre el deseo de «pasar» en la sexualidad adulta)	132
Balance sobre la validez de la tesis del « <i>passing</i> »	141
Conclusión: el lugar de la rinoplastia en un régimen de normalización individualizante	147

Capítulo tres. La estructura simbólica del dispositivo de la cirugía estética: entre lo «controvertido» y lo «normalizado» .. 157

Introducción	157
El cuadro semiótico aplicado al dispositivo de la cirugía estética	159
En busca del procedimiento «no controvertido»	163
El incómodo vínculo de la cirugía estética con los niños (o sobre las razones de la marginación simbólica de la otoplastia)	168
Los procedimientos mínimamente invasivos: nuevo vector monetario de la expansión material del dispositivo de la cirugía estética	179

El lugar de los procedimientos «mínimamente invasivos» en el cuadro semiótico	187
De la posición «utópica» de la <i>Botox Party</i> al «término neutro» de la reconstructiva (o sobre el incómodo vínculo de la cirugía estética con el sufrimiento)	192
La «explosiva» cuarta posición del cuadro: los procedimientos «no normalizados»	196
La autonomía de la paciente de FGCS: un atributo simbólico políticamente disputado	207
Conclusión: la estructura simbólica del dispositivo, una recapitulación esquemática	213
Conclusión. La cirugía estética y la normalización de la imaginación	225
Bibliografía	239

Introducción

La especialidad quirúrgica comúnmente conocida como «cirugía estética» designa a una práctica médica particular: su realización comporta intervenir quirúrgicamente sobre un cuerpo funcionalmente sano. Refiere a procedimientos realizados por profesionales médicos, cuyo propósito declarado, con todo, no es otro que el *embellecimiento* del paciente; por definición son, por tanto, procedimientos de carácter *electivo*. Por su parte, las aspiraciones del cirujano plástico –en cuanto profesional médico– trascienden las milenarias constricciones hipocráticas, proyectándose idealmente en la consumación arquetípica del hombre renacentista. Tal como la ha caracterizado la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS, por sus siglas en inglés), sus procedimientos suponen el despliegue de una refinada «combinación de arte y ciencia»¹.

Desarrollaremos a lo largo de esta investigación una crítica cultural de esta particular práctica médica. La premisa básica de nuestro análisis consiste en postular a la cirugía estética como una *experiencia* histórica determinada. Adoptamos la noción de «experiencia» con el sentido en que específicamente la define Michel Foucault (2003), vale decir, como «la correlación, dentro de una cultura, entre campos del saber, tipos de normatividad y formas de subjetividad» (p. 8). La «experiencia» histórica de la cirugía estética nos interesa pues, en cuanto resultante de la correlación, dentro de la cultura occidental contemporánea, entre el saber médico, los preceptos corporales de la feminidad normativa y las formas culturalmente inteligibles de subjetividad femenina. Así las cosas, el apresto preliminar de un análisis semejante exige someter a un extrañamiento genealógico el sentido de una experiencia que en el presente aceptamos naturalmente.

La cirugía estética: esbozo genealógico de una práctica médica particular

En sus orígenes remotos en la historia moderna de la medicina, una práctica que hoy aparece naturalizada no podía dejar de emerger acuciantemente problemática. La etiqueta «cirugía plástica» fue acuñada por el cirujano francés Jean Pierre Desault (1738-1795) –expresión derivada del término griego *plastikós*, esto es, una sustancia susceptible de ser moldeada o reformada– para describir aquellos procedimientos que buscan reparar deformidades y corregir déficits funcionales (Gilman, 2001: 10). Pero el nombre solo se volvió de uso común –junto con el sufijo *-plastia* para calificar a los procedimientos implicados– a partir de la publicación en 1818 de la monografía *Rhinoplastik*, del cirujano alemán Carl Ferdinand von Graefe (1787-1840). Ahora bien, cuando se planteó, en este contexto, la posibilidad de operar con el solo fin de modificar la apariencia del paciente, tal concepto resultaba antagónico –escandaloso incluso– a la racionalidad médica establecida. El recurso legitimador invocado por los padres fundadores de la especialidad consistió en el trazado de una frontera –y la consecuente jerarquización axiológica– entre procedimientos «reconstructivos», revestidos de un genuino interés médico, y procedimientos que respondieran a una motivación meramente «estética», desdeñables, estos sí, desde el punto de vista médico.

El cirujano alemán Johann Friedrich Dieffenbach (1792-1847), en su texto clásico de 1845 *Die Operative Chirurgie* (referencia para la especialidad aún entrado el siglo XX), distinguía las operaciones maxilofaciales y de reconstrucción de la nariz –médicamente justificadas– de la práctica a la que peyorativamente aludía como «operación de belleza» («*Schönheitsoperation*»). El trasfondo valorativo de tal distinción es lo que ha de ponerse de relieve. Ambas clases correspondían a intervenciones quirúrgicas sobre cuerpos que podían considerarse funcionalmente «normales» –eran por tanto, en última instancia, *electivas*–, pero aparecían polarmente enfrentadas, no obstante, con arreglo al sentido axiológico de sus motivaciones: por un lado, teníamos una concienzuda respuesta quirúrgica al venerable mandato de aliviar el sufrimiento «real» del paciente físicamente desfigurado; por otro, lo que contemplábamos era un injustificado in-

tento de complacer su «falsa vanidad», al mismo tiempo que una éticamente reprobable satisfacción de la codicia del cirujano.

Si bien hasta el presente la especialidad ha mantenido oficialmente tal distinción (atemperando, por cierto, su trasfondo moralista), uno de los ejes argumentativos de nuestra investigación será la puesta en evidencia del hecho de que hoy en día ella resulta, a todos los efectos prácticos, irrelevante. Poco sentido tiene, en efecto, seguir discriminando entre operaciones estéticas y reconstructivas, toda vez que el sufrimiento de ambas clases de pacientes llegó a reconocerse de una dignidad equiparable. Lo que tal argumento presupone, por lo demás, es la adopción de un perfil de género bien definido por parte de la especialidad. El proceso histórico que así se destaca concierne a la estrecha asociación que se ha establecido entre esta particular práctica médica y los preceptos corporales de la feminidad. Proceso destacable por cuanto la cirugía estética nació, en rigor, en un contexto netamente masculino.

La Primera Guerra Mundial fue el traumático escenario que dio origen a esta especialidad médica tal como hoy la conocemos. Los cirujanos plásticos que forjaron tanto sus competencias quirúrgicas como su autoconciencia profesional en los hospitales militares –así como quienes por ellos fueron formados– concibieron sus prácticas civiles como una extensión de esa prestigiosa y honorable empresa bélica. A comienzos del siglo XX, la creencia autorizada seguía siendo que el propósito de la medicina siempre debe ser curar, nunca meramente embellecer. Cirujanos que habían presenciado los horrores del campo de batalla, como los estadounidenses Vilray Papin Blair (1871-1955) y John Staige Davis (1872-1946) –ambos figuras centrales de esta etapa histórica en la formación de la especialidad– sostenían la convicción de que lo que ya por entonces se conocía en inglés como «cirugía cosmética» iba en contra de los principios fundamentales de la profesión médica.

En 1916, Davis publicó en la *Revista de la Asociación Médica Americana (JAMA)*, por sus siglas en inglés) uno de los primeros alegatos en favor del reconocimiento de la labor del cirujano plástico como una especialidad médica por derecho propio. El artículo (titulado «Plastic and Reconstructive Surgery») postulaba lo que a su entender constituían los tres objetivos principales de dicha labor, a

saber: el alivio del dolor y la deformidad, el restablecimiento de la funcionalidad, «y, por último, pero no menos importante, la capacidad para ganarse la vida» (citado en Haiken, 1997: 38). La gravedad de las lesiones faciales sufridas en los combates de trincheras implicaba que a menudo los veteranos de la Gran Guerra no estuvieran en condiciones de conseguir un empleo remunerado. El problema estético, por tanto, se revelaba social y económicamente discapacitante, y la operación que procuraría resolverlo, un tratamiento médico justificable.

Ahora bien, en el planteo del cirujano Davis también puede advertirse una muestra de que ya desde sus inicios la especialidad se reconoció como una respuesta a problemas de índole tanto médica como cultural. Los profundos procesos de transformación social de entreguerras perfilaron su trayectoria histórica inmediata. La emergencia y consolidación, en los Estados Unidos, de un mercado de consumo de masas –motorizado por la expansión de una nueva cultura de la imagen basada en la hegemonía de los medios visuales– pusieron en jaque las actitudes y creencias tradicionales asociadas a la moral victoriana del «carácter». En su lugar sobrevino el nuevo imperativo de cultivar una «personalidad» socialmente atractiva. En este contexto, los problemas estéticos mundanos –ya no solo los consecuentes de la conflagración bélica– adquirían verdadera gravedad en la conciencia de los pacientes, y una nueva dignidad a ojos de los cirujanos. De este modo, asimismo, las mujeres comenzaron a convertirse en las principales demandantes de sus servicios.

De manera concomitante a estas transformaciones, la cultura estadounidense de entreguerras fue escenario del advenimiento de otro de los factores que han contribuido centralmente a delinear la experiencia contemporánea de la cirugía estética. El auge popular de los saberes englobados en las denominadas «disciplinas psi», suministró un encuadre discursivo en cuyo marco esta práctica quirúrgica lograría validar definitivamente sus pretensiones de práctica médica legítima. Un papel destacado, a este respecto, fue el que desempeñó la teoría del «complejo de inferioridad» de Alfred Adler. La accesibilidad de sus planteos permitió que el trabajo de Adler (desprovisto además del profundo arraigo sexual, y de la sombría visión de la naturaleza humana que volvían a la teoría de su antiguo maes-

tro, Sigmund Freud, refractaria a un público masivo) fuera erigido en una suerte de *vulgata* psicológica por parte del discurso mediático.

Así pues, la curación del «complejo de inferioridad» devino el propósito que verosímilmente definiría la racionalidad médica de la cirugía estética. Fue el propio Adler el que se ocupó de refrendar el nexo entre su concepción psicológica y esta práctica quirúrgica. En 1936, escribió un entusiasta texto introductorio al libro *New Faces, New Futures: Rebuilding Character with Plastic Surgery*², del controvertido cirujano neoyorquino Maxwell Maltz (1899-1975). Adler describía llanamente, en este contexto, la situación problemática de marras:

En la medida en que vivimos en un grupo y somos juzgados por el grupo, y en que este grupo objeta cualquier desviación respecto de la apariencia normal, una deformidad facial puede tener un efecto muy deletéreo en el comportamiento (citado en Haiken, 1997: 116).

Establecidas las premisas del problema –los deletéreos efectos psicológicos de una apariencia facial que «el grupo» juzga «desviada» de la norma–, el propio Maltz proseguía postulando los términos generales en que se desenvolvería su solución quirúrgica:

[E]l cirujano busca aliviar la mente remodelando los rasgos en conformidad con lo normal. Una vez que la normalidad es alcanzada, la mente se libera de la carga de la inferioridad, del miedo al ridículo y de la inseguridad económica. La personalidad se relaja en su naturalidad y el carácter es transformado (citado Haiken, 1997: 116).

Los saberes psicoterapéuticos ofrecieron la matriz discursiva en que se forjó la racionalidad de la cirugía estética en cuanto *dispositivo de normalización*. Tal como lo ha formulado el historiador San-der Gilman, el cometido que desde el comienzo ha movilizad la labor de los cirujanos plásticos ha sido «embellecer el cuerpo para curar el alma». Esto se lograba –tal como lo expresara con insuperable transparencia la sociedad psicoquirúrgica Adler-Maltz– a través

de la supresión quirúrgica de la diferencia corporal estigmatizadora, a fin de facilitar la integración social del paciente, procurándole así las condiciones de existencia necesarias para garantizar su salud mental. En este sentido, el dispositivo de la cirugía estética funcionaría con arreglo a una racionalidad homogeneizadora, entendiendo a la intervención quirúrgica como «un medio para enmascarar el cuerpo, para hacerlo (in)visible» (Gilman, 1998: 22).

Así las cosas, nuestra investigación argumentará el desarrollo de un proceso histórico –desplegado a partir del último cuarto del siglo pasado– que transformó radicalmente esta matriz psicoterapéutica originaria, minando además el sentido práctico de la distinción axiológica entre procedimientos meramente «estéticos» y procedimientos genuinamente «reconstructivos». De aquí inferiremos una consecuente obsolescencia del régimen de normalización de carácter homogeneizador que tradicionalmente presidió la racionalidad de la cirugía estética. Una vez consumada la reconfiguración del dispositivo, la intervención quirúrgica ya no pretenderá legítimamente *suprimir* la diferencia individual –aproximando la apariencia física a una norma común, generalmente aceptada–, sino más bien *interpretarla*, proponiéndose luego su *optimización*. El objetivo de la cirugía estética, en cuanto práctica médica, será menos curar la mente «enmascarando» el cuerpo, que officiar de medio para la autoafirmación de la propia individualidad, contribuyendo así a mejorar el bienestar subjetivo integral.

Nos interesará, a propósito, considerar también el cambio –consustancial a esta reconfiguración de la racionalidad discursiva de la práctica– en sus técnicas y procedimientos más representativos. Desde la segunda postguerra, conforme las mujeres se convertían –con arreglo a un mecanismo de mutua retroalimentación– en las mayores demandantes de sus servicios y en las principales destinatarias de sus ofrecimientos, los cirujanos plásticos acogieron a la «cosmética» como el eje definitorio de sus labores. Asimismo, el foco anatómico de sus intervenciones transformadoras se desplazó de la cara a otras partes del cuerpo femenino. Eventualmente, la «locura mamaria» a que sucumbió la cultura occidental durante la segunda mitad del siglo XX, se erigió además en el móvil dominante de la evolución tecnocientífica de esta particular práctica médica. La

vocación curativa del cirujano plástico dejaría de estar emblemática por el noble cometido de reformar la cara «desviada» para aproximarla a la norma, aliviando el sufrimiento del paciente desfigurado; y comenzaría, en cambio, a reconocerse en el exaltado propósito de optimizar los signos físicos visibles de la sexualidad femenina, concediéndole a la mujer la posibilidad, no solo de mejorar su placer, sino sobre todo de afirmar plenamente su identidad individual.

Ahora bien, lejos de negar su funcionamiento como dispositivo de normalización, la consagración histórica de un régimen de subjetivación individualizador habría dotado a la cirugía estética de un valor paradigmático en cuanto tecnología de instrumentalización de la subjetividad femenina. Tecnología cuyos efectos disciplinantes se concretarían emblemáticamente por medio de una incitación al autogobierno dirigida al yo «autónomo» y «responsable» de la mujer individual. De este modo, conforme es persuadido a acatar «libremente» un mandato de maximización del bienestar personal, en virtud del aprovechamiento del amplio abanico de alternativas de optimización del propio estilo de vida que ofrece el mercado —y, en particular, el mercado de los servicios médicos comerciales—, el sujeto femenino es inducido además a adoptar hábitos cada vez más implacables de autoescrutinio y autovigilancia constantes. La efectividad de este régimen de disciplinamiento individualizador en ningún caso se plasmará con más virulencia, en fin, que en la decisión de someterse a un procedimiento quirúrgico electivo, decidido con el objetivo de transformar el parecer corporal exterior para adecuarlo al ser interior «auténtico».

Consagrada a la interpretación de la experiencia histórica de la cirugía estética, esta investigación desplegará sus argumentos, en rigor, a través de una disección analítica de semejante régimen individualizador de autodisciplinamiento de la subjetividad femenina normalizada, vale decir, en las condiciones históricas presentes, la subjetividad femenina «autónoma» y «responsable». Concebir a la cirugía estética como una experiencia distintiva de la subjetividad femenina normalizada, nos exigirá pues abordar el dispositivo de normalización encargado de producirla. Prosiguiendo la vena foucaultiana, entenderemos por «dispositivo» a la materialización institucional determinada de un cierto conjunto de técnicas —prácticas e intelectuales— consideradas en sus efectos subjetivantes.

Consideramos pertinente, a este respecto, la definición de «tecnología humana» que propone Nikolas Rose (1998), esto es, un «ensamblaje híbrido de conocimientos, instrumentos, personas, sistemas de juicio, edificios y espacios, sustentado a nivel programático por ciertas presuposiciones y objetivos sobre los seres humanos» (p. 26). Desentrañar la autoridad que en este contexto detenta el cirujano plástico –máximo experto legitimado para la problematización estética de la corporeidad femenina– pondrá manifiestamente de relieve la singularidad de este dispositivo médico, cuyo funcionamiento regular se revelará dependiente de una cierta economía afectiva intersubjetiva, basada en los mecanismos psíquicos de la idealización y la identificación narcisista. En cuanto «sistema experto» singular (Giddens, 1993), la práctica médica de la cirugía estética se entenderá estructurada a partir de una articulación funcional –establecida a raíz de una serie de procesos históricos contingentes que examinaremos en los capítulos que siguen– con dos conglomerados de corporaciones transnacionales cuya razón de ser no es otra que la maximización de la renta y la reproducción ampliada del capital; los denominaremos, respectivamente, complejo «moda-belleza» y complejo «médico-industrial».

El análisis textual –sobre la base de tres textos de referencia especialmente elegidos– será el método que adoptaremos tanto para reconstruir el devenir histórico reciente del dispositivo de la cirugía estética, cuanto para elucidar su estructura y modo de funcionamiento presentes. Y un andamiaje conceptual híbrido –constituido principalmente a partir del sincretismo entre teoría analítica del poder foucaultinana y semiótica estructuralista–, el enfoque teórico por el cual interpretaremos la experiencia que este produce. Presentamos, a continuación, los tres textos de referencia de nuestro análisis, junto con una sucinta reseña de las razones de su elección.

Presentación de los textos de referencia para el análisis

Nos aproximamos a los textos interpelándolos –para usar la expresiva caracterización de Iuri Lotman– como «personas semióticas». Interrogando al texto, nos interesará, ante todo, la elucidación dialé-

ctica de aspectos significativos y relevantes de su respectivo contexto. Nuestra aproximación es, básicamente, *dialógica*. Elegimos tres textos situados cronológicamente a lo largo de un segmento temporal de casi cuatro décadas –desde mediados de los 70 hasta el presente, aproximadamente–, y espacialmente en tres países diferentes –Estados Unidos, Holanda y Argentina–. Estos tres textos diversos comparten, no obstante, el mismo tema –la experiencia de la cirugía estética–, y a este respecto reflejan la configuración histórica que el particular dispositivo médico encargado de producirla mostraba específicamente en su tiempo. Tal como apuntara lacónicamente Mişail Bajtín (2002), enunciados producidos en contextos diferentes, por sujetos que se desconocen, al ser confrontados, «si apenas lejanamente tratan un mismo tema o idea, establecen inevitablemente relaciones dialógicas entre ellos» (p. 306). Nuestra investigación pondrá deliberadamente en escena este diálogo «inevitable» entre enunciados lejanos –pero aunados por el tema común de la cirugía estética–, procurando actualizar los sentidos potenciales que subyacen a sus relaciones imaginarias.

La divergencia de emplazamientos cronológicos y espaciales que comportan los textos elegidos es rematada incluso por la de los géneros discursivos en que ellos, respectivamente, se inscriben. En los tres casos, el texto se presenta como el resultado de un trabajo de investigación social, consistente en entrevistas realizadas en su mayor medida con pacientes de distintas formas de cirugía estética (deliberadamente eludimos aquí, cabe aclarar, la distinción entre procedimientos estéticos y reconstructivos, decisión cuyos fundamentos desarrollaremos en los capítulos que siguen), y, en menor, con cirujanos. Elaborados a partir de procedimientos de recolección de datos análogos, sus pretensiones de validez variarán significativamente, no obstante, con arreglo al destinatario al que idealmente se dirigirá el enunciado. Dos textos cuya inteligibilidad arraiga en las reglas comunicativas de la esfera académica, se oponen específicamente a otro que responde, en términos generales, a las expectativas de cierto sector del discurso periodístico. Valoramos esta heterogeneidad semiótica por cuanto nos brinda una oportunidad de aprovechar al máximo lo que Lotman (1996) ha denominado «el trabajo del texto», vale decir, su capacidad para funcionar como un «dispositivo pen-

sante» susceptible de generar pragmáticamente nuevos sentidos –y de complejizar el sentido dado– merced a la introducción de algo «de afuera» en él –sea «otro texto, o el lector (que también es ‘otro texto’), o el contexto cultural»– (pp. 67-68).

Sin más preámbulos, presentamos a las tres «personas semióticas» que nos acompañarán a lo largo de todo nuestro recorrido:

1) *Transformation and Identity. The Face and Plastic Surgery* (1974), de la antropóloga estadounidense Frances Cooke Macgregor.

Elegimos este texto, en principio, porque es el primer estudio que desde las ciencias sociales se haya emprendido tomando a esa particular práctica médica que es la cirugía estética por objeto. Publicado a mediados de la década del 70, el libro recoge, con todo, los resultados de una serie de investigaciones particulares que Macgregor llevara a cabo desde los primeros años de la postguerra. Estas se desarrollaron a través del método de la observación participante en distintos establecimientos médicos –públicos y privados– dedicados a dicha práctica en la ciudad de Nueva York, así como de encuestas y entrevistas con pacientes y cirujanos.

En lo que concierne a su apreciación específica del tema, el texto comienza presentándose como respuesta a un «período de transición» para la especialidad (Macgregor, 1974: 4). La postguerra, por cierto, fue un período histórico de hondas transformaciones socioculturales, cuyos efectos –como ya hemos sugerido– no dejaron de tener un impacto directo en la configuración del dispositivo de la cirugía estética. Fue la etapa del crecimiento exponencial en el número de operaciones realizadas, fenómeno enmarcado por la consolidación de una sociedad de consumo opulenta y el recrudescimiento de los preceptos corporales de la cultura de la belleza femenina. La desequilibrada expansión de los procedimientos meramente «cosméticos» –en desmedro de los genuinamente reconstructivos–, puso asimismo en cuestión la propia viabilidad del mantenimiento de esta distinción tajante, y de la inequívoca jerarquía valorativa que ella conllevaba.

Adelantamos un dato crucial para la comprensión del asunto. Diez años antes de la publicación del texto de Macgregor (vale decir, en 1964), vio comercialmente la luz un protagonista central en la

historia del dispositivo de la cirugía estética, el implante mamario de silicona. El furor que este avance técnico desataría –en los términos estrictamente cuantitativos del aumento en la demanda de los servicios del cirujano plástico– tuvo también un reflejo a nivel institucional. Durante la década del 70 se redoblaron las presiones para que la Asociación Médica Americana levantara sus prohibiciones contra la «solicitud» –esto es, la restricción sobre la promoción publicitaria de servicios médicos–. Finalmente, en 1982, un fallo de la Corte Suprema dictó la inconstitucionalidad de dicha medida, posibilitando que la práctica de los cirujanos plásticos –cuyos procedimientos son, por definición, *electivos*– se situara a la vanguardia del proceso de sometimiento definitivo del ejercicio de la medicina al dogma desregulador de la era neoliberal.

Acertando justamente en el diagnóstico de su presente como un momento «de transición» en el devenir histórico del dispositivo, el texto de Macgregor errará flagrantemente –como veremos en los próximos capítulos– en la prognosis anunciada para la superación de este trance. Según dicho pronóstico, su porvenir en cuanto especialidad médica legitimada estaría asegurado en virtud de un giro en el perfil de la práctica que se pretendía adoptarían los propios cirujanos plásticos, replegando su labor a la realización de los procedimientos representativos de su verdadera vocación curativa, vale decir, a partir de su contracción a la cirugía genuinamente reconstructiva. Esta extraviada anticipación se anclaba en una comprensión valorativa de la cirugía estética en particular –pero también de la medicina en general– cuya obsolescencia histórica es uno de los puntos que procuraremos argumentar.

Un oportuno comentario icónico, a propósito, lo encontramos en la portada del texto tal como fue originalmente publicado. Según se nos anuncia ya en el subtítulo, la «cirugía plástica» (especialidad quirúrgica entre cuyas muchas particularidades se halla también la de no circunscribirse a una región anatómica específica del cuerpo humano) importa en la medida en que sea realizada en «la cara». Ahora bien, no es una cara lo que se nos presenta en la imagen de la portada, sino un ojo, rodeado de una superposición de vendas que lo aíslan de su natural contexto expresivo (Figura 1). El ojo –afirmó, entre otros, Herman Melville– es «la puerta de acceso al

alma». Sin embargo, el surgimiento del alma en los ojos –observa David Le Breton– implica «la humanidad del rostro en su conjunto». De lo contrario, la mirada que de ellos emana, «separada de los rasgos que la insertan en su expresividad, se asocia al mal, incluso a lo diabólico» (Le Breton, 2010: 138). La normalización quirúrgica, para el texto de Macgregor, tiene por fin nada menos que restaurar la humanidad del paciente, y la razón del embellecimiento corporal, desde esta perspectiva, no sería otra que evitar la estigmatización demonizante. Nada más alejado del horizonte de autocomplacencia lúdica y hedonista que en el presente proyecta ideológicamente el funcionamiento del dispositivo de la cirugía estética.

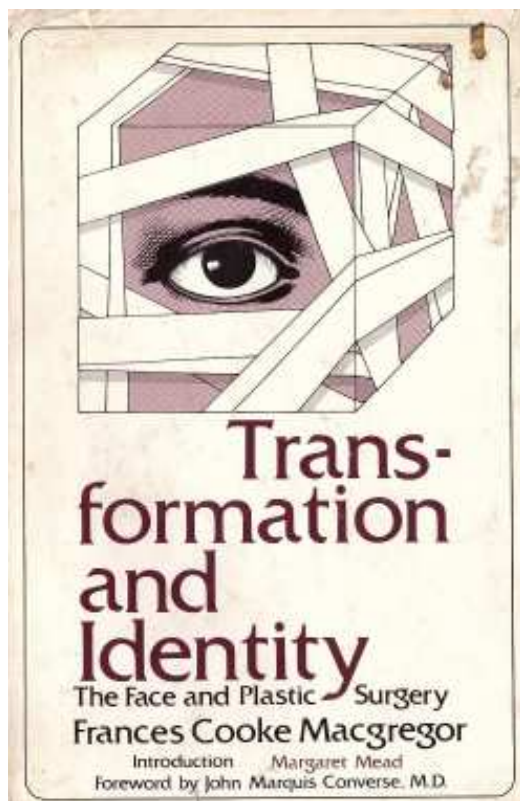


Figura 1

2) *Reshaping the Female Body. The Dilemma of Cosmetic Surgery* (1995), de la socióloga estadounidense Kathy Davis.

Elegimos este texto porque marcó un hito en la historia de la relación entre el feminismo académico y la cirugía estética. El «dilema» que se invoca en el subtítulo alude a la perplejidad que, para una consciencia crítica de los desequilibrios de poder entre los géneros, no pueden dejar de suscitar las miles de mujeres que libremente «desean» y «deciden» someterse a una práctica que es elocuentemente calificada de «tan peligrosa como opresiva» (Davis, 1995: 163). A fin de encontrar una respuesta al problema, Davis concibió su investigación sociológica, desarrollada en Holanda entre fines de los 80 y principios de los 90, e instrumentada metodológicamente sobre la base de la observación participante y de las entrevistas en profundidad, con una serie de mujeres que se habían sometido a algún tipo de procedimiento estético. El contexto es, por cierto, relevante, ya que en esos años ese país europeo aún podía ostentar «la algo dudosa distinción» —en palabras de la propia Davis— de ser el único en el mundo en tener incluida a la «cirugía cosmética» entre las prestaciones básicas contempladas por la cobertura del seguro público de salud (Davis, 1995: 6). Tal como veremos en el primer capítulo, esta política había comenzado a revelarse inviable ya a comienzos de la década del 80, desde el momento en que se duplicó el número de mujeres que anualmente solicitaban subvenciones para ese tipo de intervenciones —efecto de un proceso cultural que no dejaría de conjugarse espinosamente con la propia tendencia estructural a la «crisis fiscal» del Estado de Bienestar—.

Dadas estas circunstancias, el gobierno holandés eventualmente llegaría a eliminar —antes incluso de que el texto fuera publicado— los procedimientos quirúrgicos electivos del paquete de atención sanitaria básica. Sin embargo, la anomalía institucional que se mantuvo mientras desarrolló su investigación (vale decir, la improbable articulación del dispositivo de la cirugía estética con un sistema de salud «socializado») concedió a Davis (1995) la singular oportunidad de acceder a discursos en los que las propias pacientes reivindicaban su participación en la práctica alegando, no ya un abstracto «derecho a ser hermosa», sino más bien una imperiosa «necesidad de ser co-rriente» (p. 90). Discernió entonces, subyacente en la articulación

discursiva de la experiencia de la cirugía estética, el despliegue de una racionalidad estratégicamente calculada, sobre cuya base podía erigirse la concepción de una «agente femenina» cognoscitivamente competente, desmintiendo de plano la imagen de la «idiota cultural» con la que el feminismo académico había pretendido hasta entonces dar cuenta de las motivaciones de las pacientes de esta particular práctica médica. Así pues, el texto de Davis, celebrando apologeticamente la «agencia» sociológica de una mujer que de manera «activa» y «sapiente» pretende someterse a la transformación quirúrgica en el contexto de un Estado de Bienestar, se nos ofrecerá como una suerte de «eslabón perdido» ideológico, cuyo análisis se probará revelador a la hora de entender la normalización del yo femenino «autónomo» y «responsable» por parte del dispositivo de la cirugía estética en su ecosistema sociopolítico natural, el mercado desregulado del Estado neoliberal.

Nos aproximamos a la portada del texto, nuevamente, en procura de un pertinente comentario icónico a estas observaciones preliminares. Por cierto, según el propio título permite constatar, a esta altura de su despliegue histórico, el dispositivo de la cirugía estética funciona ya indiscutiblemente como lo que Anne Balsamo ha llamado una «tecnología del cuerpo marcado por el género (*gendered body*)»; el cuerpo que esta particular práctica médica busca «reformular» no es otro que aquel marcado como «femenino». Inspirada en la noción de «tecnologías del género» de Teresa de Lauretis (quien a su vez se inspira en la noción de «tecnologías del sexo» de Foucault), Balsamo propone este concepto para poner de relieve el hecho de que el género en sí «es *a la vez* una condición cultural determinante y una consecuencia social del despliegue tecnológico» (Balsamo, 1996: 9; énfasis en el original). Tal como se refleja en el propio empleo de la calificación «cosmética» para designar a la práctica en idioma inglés, las representaciones culturales hegemónicas de la feminidad son –a la vez– las que determinan el sentido normativo que adoptará la transformación quirúrgica del cuerpo femenino, y un efecto emergente del despliegue de esas mismas tecnologías transformativas.

Es esta relación circular de mutua retroalimentación entre la dimensión cultural del género y los efectos materiales de la tecnología la que aparece icónicamente naturalizada en la portada del texto

de Davis. Por su composición y estilo, la fotografía que ilustra la tapa del libro remite directamente al imaginario de la moda vestimentaria (Figura 2). El juego de contrastes entre luces y sombras enfatiza el aspecto artificioso de la toma; en torno a la indumentaria de la modelo, se destaca el predominio de líneas rectas y de formas geométricas en telas satinadas. Estos rasgos formales, en conjunción con la tipografía empleada en el título, resultan evocativos del *Art Déco*, estilo que llegó a dominar las artes visuales y el diseño durante el período de entreguerras —años en que las mujeres, en efecto, empezaron a convertirse en la porción ampliamente mayoritaria del total de pacientes de cirugía estética que siguen siendo al día de hoy (nueve de cada diez, aproximadamente, según los últimos datos disponibles de la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos)—³. En similar vena nostálgica, la apariencia de la modelo se presenta notablemente evocativa de ese paradigma de la fotogenia que encarnaron las *stars* de Hollywood de las décadas del 20 y del 30. Así pues, lo que nos es dado anticipar es el carácter *sintomático* de esta portada. Sintomático, justamente, de la espinosa relación que el texto de Davis mantiene con la cultura de la belleza de la feminidad normativa: celebrando la transformación quirúrgica en cuanto decisión estratégica de «la agente femenina» dispuesta a superar su sufrimiento personal, defeccionará de toda crítica política a las representaciones opresivas responsables de infundir ese sufrimiento en las mujeres en general.

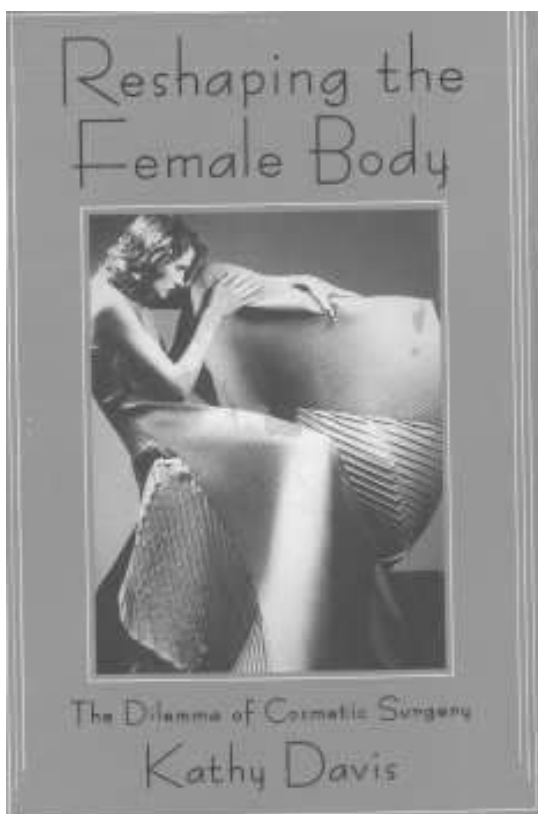


Figura 2

3) *Hacerse. El viaje de una mujer en busca de la cirugía perfecta* (2010), de la periodista argentina Daniela Pasik.

La elección de este texto fue, si se quiere, acaso la más azarosa. La razón determinante, en rigor, se encuentra en la identidad misma del contexto. Producido en las condiciones históricas actuales, el texto refleja directamente la configuración –material y simbólica– del dispositivo de la cirugía estética en el presente; una estructura signada por la consumación del proceso de comercialización de la medicina, y por la masificación concomitante de los procedimien-

tos llamados «mínimamente invasivos». Así pues, tomado como una cristalización discursiva de la ideología históricamente establecida, servirá de prisma a cuyo través nos será dado interpelar reveladoramente a los dos textos anteriores, desentrañando aquellas fuerzas y tendencias que a estos subyacían todavía en estado latente.

Producto, por lo demás, de las entrevistas realizadas en el marco de una investigación periodística —ofreciéndose, a este respecto, como un profuso reservorio de las voces de cirujanos y pacientes—, el material de análisis que este texto nos suministre no estará desprovisto de cierta inflexión local, representativa de su país de origen, también dotado de una «distinción» quirúrgica determinada en el concierto de las naciones. Argentina, en efecto, es el país que registra el índice de implantes mamarios per cápita más elevado del mundo (Gilman, 2001: 226). En este sentido, el encuadre narrativo que adopta en general la enunciación se probará —tal como veremos en los capítulos que siguen— particularmente sugestivo a la hora de elucidar el sentido de la experiencia femenina del aumento mamario.

Una primera aproximación al texto de Pasik ha de remarcar un dato insoslayable de su mismo título. Nos referimos a la economía comunicativa que queda en evidencia al advertir la posibilidad del recurso al implícito. Por contraste a los anteriores —en cuyos títulos la cirugía era explícitamente calificada, ora como «plástica», ora como «cosmética»—, en este la especialidad está sobreentendida, a la vez que lo que sí queda enunciado es su cualidad idealizada: se busca una cirugía *estética*, por cierto, pero ella además ha de ser «perfecta». Entenderemos esta economía comunicativa en tanto posibilidad emergente de la propia singularidad histórica que revisten las condiciones de funcionamiento del dispositivo de la cirugía estética en el presente. Tal como las ha diagnosticado la crítica cultural estadounidense Virginia Blum (2005) —autora de uno de los mejores análisis de la práctica hasta la fecha—, estas condiciones pueden atribuirse característicamente a una «cultura postquirúrgica», vale decir, un momento histórico en el que ningún cuerpo puede ya, independientemente de que acepte o rechace cualquier intervención, permanecer indiferente ante la cirugía que «nos rodea por doquier» (p. 44). En una línea semejante, la crítica cultural australiana Meredith Jones (2008) propone, por su parte, la expresión «cultura del *makeover*»

—vale decir, un contexto que sanciona el imperativo de la continua renovación subjetiva— para caracterizar a estas mismas condiciones, uno de cuyos rasgos distintivos en lo que concierne al dispositivo de la cirugía estética estriba en que actualmente este funciona sobre el trasfondo de un «paisaje mediático saturado de información» (p. 65).

Si abordamos ahora el mensaje icónico de la portada, el primer aspecto remarcable se advierte en la transparente isotopía temática con el que presentaba el texto de Macgregor. El elemento que domina la composición visual es, en efecto, también aquí un ojo humano (Figura 3). Ahora bien, es a la luz de esta homogeneidad evidente, precisamente, que la heterogeneidad de ambas representaciones comienza a revelarse significativa. El ojo —inequívocamente ya femenino— ha dejado de estar circundado por vendajes que lo aíslan de su natural contexto expresivo, para rodearse en cambio de una serie de trazos inscriptos directamente sobre la piel. Así las cosas, interpretaremos estas diferencias como un comentario icónico sobre la obsolescencia histórica del sentido práctico de la distinción entre procedimientos genuinamente «reconstructivos» y procedimientos meramente «estéticos».

Originariamente, dicha distinción se predicó —recordamos— sobre la base de premisas morales: solo las primeras servían a un fin verdaderamente curativo, mientras que las degradadas «operaciones de belleza» no podían considerarse motivadas sino por la «vanidad» del paciente y la «codicia» del cirujano. Pero el propio desarrollo técnico del dispositivo no tardaría en poner las premisas moralistas de tal antagonismo en cuestión. El prestigioso cirujano plástico neozelandés Harold Delf Gillies (1882-1960) concibió, en este sentido, una célebre fórmula en la que se condensaba el sentido que adoptaría la aplicación, en tiempos de paz, de procedimientos y técnicas de embellecimiento corporal desarrollados a instancias de las urgentes necesidades quirúrgicas que habían suscitado las dos grandes guerras del siglo pasado. En un caso, la cirugía reconstructiva, se entendía como «un intento de regresar a lo normal»; en el otro, la cirugía estética, como «un intento de sobrepasar lo normal» (citado en Gilman, 1998: 3). La distinción, por cierto, se mantiene, pero desembarazada ya de sus connotaciones moralistas, desplazándose hacia un eje semántico axiológicamente neutralizado, cuyos polos se extende-

rían entre la noción persistente de curación, por un lado, y la emergente de *optimización*, por el otro.

La fórmula de Gillies se nos ofrece así como una clave para decodificar el mensaje icónico cifrado en la portada del texto de Pasik. Sugeriremos entonces interpretar los trazos que ahora se inscriben directamente sobre la piel –en especial las flechas orientadas en un sentido de franqueamiento del encuadre fotográfico– como una representación visual del vector ideológico que viene impulsando los más recientes avatares históricos del dispositivo de la cirugía estética. Con arreglo a esta lectura, lo que aquí veremos serán las marcas de una voluntad de trascender –en virtud del potencial liberador de la tecnología– la materialidad orgánica de un cuerpo humano que habíamos concebido hasta aquí fatalmente sujeto a las determinaciones de la necesidad natural. Inscripciones epidérmicas de una promesa para cuya enunciación parafrasear a Gillies resulta oportuno: «sobrepasar» parámetros y condiciones que hasta aquí habíamos juzgado «normales» en la dimensión orgánica de la existencia humana, tal es el nuevo imperativo corporal sancionado por nuestra cultura «postquirúrgica».

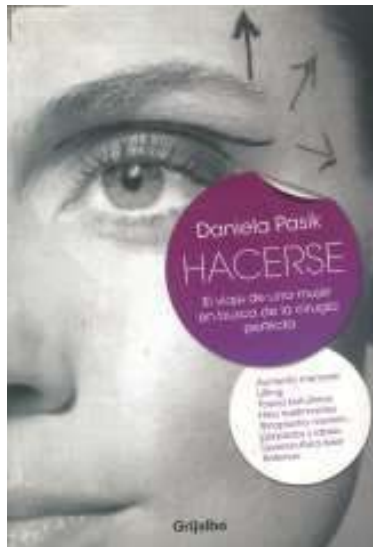


Figura 3

Presentados los tres textos de referencia para nuestro análisis, procedemos a hacer lo propio con una sinopsis de los argumentos desarrollados. En el Capítulo uno («Transformaciones históricas recientes de la cirugía estética como dispositivo de normalización»), nos aproximamos al análisis textual con el interés de evaluar la posición enunciativa del cirujano plástico. Evaluación de la que inferiremos los lineamientos generales del proceso histórico que ha consagrado a esta particular práctica médica como una tecnología normalizadora de la subjetividad femenina «autónoma» y «responsable».

En el Capítulo dos («El lugar de la rinoplastia en el proceso de reconfiguración simbólica del dispositivo de la cirugía estética»), abordamos los textos con el interés específico de considerar el sentido que en ellos adquiere el procedimiento concebido para alterar quirúrgicamente el aspecto de la nariz. Habida cuenta de su posición emblemática en la historia del dispositivo (en un comienzo, en efecto, la rinoplastia fue la cirugía plástica por antonomasia), la consideración de dicho procedimiento nos permitirá poner de relieve con especial claridad la sustitución histórica del régimen de subjetivación dominante, condensada en el paso de una lógica homogeneizadora anclada originalmente en una matriz racial, a una lógica individualizadora cuya matriz simbólica fundante está dada por la dimensión del género.

En el Capítulo tres («La estructura simbólica del dispositivo de la cirugía estética»), incorporamos al análisis textual las aportaciones conceptuales de la semiótica estructuralista. Específicamente, el «cuadro semiótico» nos servirá como una reveladora herramienta heurística para aproximarnos al texto (la aplicación «historizante» que propone Fredric Jameson para la «estructura elemental de la significación» será, en este sentido, la que principalmente nos inspire), suministrándonos las inferencias necesarias para formalizar nuestra propia interpretación de la estructura simbólica del dispositivo, a partir del planteo de una oposición polar paradigmática entre los procedimientos del aumento mamario (deixis positiva) y de la rinoplastia (deixis negativa).

Cabe aclarar que este libro constituye una versión reducida de la tesis que le dio origen. Por cuestiones de espacio, debimos suprimir capítulos enteros de la versión original. Estos capítulos corres-

pondían, respectivamente, a una genealogía del implante mamario de silicona –en cuyo marco se incluía una exposición y análisis de la controversia por su seguridad que se desató a principios de los 90 en los Estados Unidos–; un análisis sociocultural –sustentado conceptualmente en la teoría psicoanalítica– de la experiencia del aumento mamario; y, en los dos capítulos finales, la proyección de nuestra investigación hacia una textualidad diferente –conformada por el género de la prensa gráfica femenina–, en cuyo ámbito analizamos la experiencia de la cirugía estética en los términos de la teoría de la narratividad de la semiótica estructuralista. Alentamos al lector interesado en dichas cuestiones a acudir a la biblioteca del Centro de Estudios Avanzados (CEA-UNC), donde encontrará la versión original completa en formato de papel.

En fin, una última aclaración, particularmente pertinente para una investigación que pretende abordar la problemática de la construcción del género y, especialmente, de la feminidad. La tesis original fue redactada entre 2013 y 2014, años en los que el debate por el uso del lenguaje inclusivo no había adquirido aún la notoriedad que tiene hoy en día. De aquí que el texto se haya redactado según las reglas convencionales del género gramatical, si bien procurando evitar la universalización del género masculino en la medida de lo posible. Así las cosas, no dejamos de reconocer que, si tuviéramos que redactar este texto en el presente, no podríamos eludir el urticante tema del uso del lenguaje inclusivo en el discurso académico.

Notas

¹ Fuente: www.isaps.org

² Traducido literalmente: «Nuevas caras, nuevos futuros: reconstruyendo el carácter con la cirugía plástica».

³ Fuente: http://www.surgery.org/sites/default/files/Stats2013_4.pdf

Capítulo uno. Transformaciones históricas recientes de la cirugía estética como dispositivo de normalización

Introducción

La especialidad oficialmente conocida como «cirugía plástica» designa a una práctica médica particular. En la medida en que la mayoría de las intervenciones y procedimientos que la conforman se aplican a organismos funcionalmente «sanos», el problema de lo normal y lo patológico (discriminación cuyo sentido, tal como lo ha postulado Georges Canguilhem, adquiere el valor de una «polaridad vital autoevidente» en las otras ramas de la medicina) se cierne sobre ella con un peso inusitado. Desde los orígenes de su historia moderna, la práctica que convencionalmente denominaremos «cirugía estética» ha estado signada, en efecto, por la reflexividad crítica de los médicos que la ejercen en torno al valor terapéutico de sus actos –dotándolos de un nivel de autoconciencia profesional ajeno a sus colegas de otras especialidades–.

La curación del enfermo –ancestral propósito constitutivo del acto médico– no supone otra cosa que llevar nuevamente a la norma a aquella función u órgano del cuerpo que se hayan apartado de la misma. Existen, según Canguilhem, tres «autoridades» específicas a las que el médico habitualmente ha de recurrir en procura del conocimiento de la norma que le servirá de parámetro para el restablecimiento de la salud de su paciente. Por un lado, la fisiología –llamada «ciencia del hombre normal»–; su propia «experiencia vivida de las funciones orgánicas», por otro; y, finalmente, la «representación común de la norma en un medio ambiente social en un momento dado» (Canguilhem, 1978: 89). Para el ejercicio convencional de la medicina, la más importante de estas tres autoridades es, desde luego, la

primera, la ciencia de la fisiología. Esta prioridad, sin embargo, no dejará de trastrocarse radicalmente toda vez que el acto médico se conciba como una intervención sobre un cuerpo fisiológicamente «normal». Como en ninguna otra especialidad, los cirujanos plásticos han debido fundar la validez normativa de su práctica en la autoridad del «medio ambiente social en un momento dado».

Por cierto, la reevaluación del sentido terapéutico de la práctica médica también afecta al rol del paciente. Junto con el cuestionamiento de los principios convencionalmente aceptados de la curación, la cirugía estética también exige a sus practicantes la resignación de sus tradicionales prerrogativas sobre lo que constituye el otro pilar del ejercicio de la medicina: a saber, el diagnóstico. La naturaleza fundamentalmente *valorativa* del fenómeno patológico queda, de este modo, puesta en evidencia, erigida en cuanto problema práctico ineludible. Tanto la noción de normalidad como la de enfermedad están determinadas, no a partir de un juicio de realidad, sino por un juicio de valor, y en cada caso es al propio paciente a quien corresponde –en última instancia– juzgar.

Ahora bien, si la salud constituye un juicio basado en un concepto relativamente estable e inequívoco –entendido como una noción límite que define el máximo de la capacidad física o psíquica de un ser–, la enfermedad entraña un juicio de valor «virtual», cuya definición abarcará necesariamente «todos los valores negativos posibles» contemplados por las ideas dominantes en un medio ambiente social dado (Canguilhem, 1978: 88). En la medida en que estar enfermo conlleva, en efecto, la vivencia de sentirse «socialmente desvalorizado», la definición de enfermedad variará correlativamente según el medio social y la apreciación subjetiva del paciente individual. Desprovista de todo anclaje fisiológico evidente, la cirugía estética ha debido, desde sus orígenes, lidiar con la *virtualidad* de lo patológico.

La historia de la cirugía estética ilumina, como acaso la de ninguna otra especialidad médica, la natural diferencia –e inherente conexión– entre la experiencia de la enfermedad y la de la anomalía o la mera diversidad individual. Una determinada variación morfológica o funcional sobre un tipo específico adquiere relevancia médica en la medida en que sea experimentada por el sujeto como un

obstáculo o una nocividad. Es solo cuando la diversidad o la anomalía se traducen en *pathos*, un «sentimiento directo y concreto de sufrimiento y de impotencia, sentimiento de vida contrariada», que la variación individual se convierte, por cierto, en patología (Canguilhem, 1978: 101).

Así las cosas, una comprensión crítica de la cirugía estética –en tanto práctica médica y en tanto tecnología de género– nos exigirá, en primer término, cuestionar el lugar del cirujano plástico en relación con ese «medio ambiente social» del cual obtiene el conocimiento de la norma a la que procurará llevar los cuerpos sobre los que opere. Es con arreglo a las más amplias condiciones políticas, económicas y culturales de su tiempo, en efecto, que las creencias científicas y las valoraciones profesionales del cirujano han de interpretarse. Tal comprensión crítica exigirá, por lo demás, apreciar las consecuencias de ese hecho que la cirugía estética en tanto práctica médica pone en primer plano, vale decir, que la salud y la enfermedad no son categorías «científicas y objetivas», sino «técnicas y subjetivas» (Canguilhem, 1978: 171). La dimensión normativa en la relación del sujeto con su apariencia física ha de considerarse, pues, mediada por los efectos de las técnicas médicas disponibles en cada momento histórico.

Una comprensión crítica de la cirugía estética exigirá, en definitiva, cuestionar las representaciones y las prácticas por las cuales el cuerpo humano fisiológicamente sano –particularmente el cuerpo femenino– se expone a ser juzgado, no obstante, como deficiente. Se tratará de analizar el régimen de saber-poder a través del cual un problema estético determinado adquiere inteligibilidad en tanto «obstáculo», «molestia» o «nocividad» para el pleno ejercicio de las funciones vitales del individuo. De qué modo una apariencia física que no se conforma al ideal cultural de belleza imperante en un momento dado, justifica –en tanto se la entiende como raíz de un «sentimiento de vida contrariada»– el recurso terapéutico de la normalización quirúrgica.

Con esta comprensión crítica como horizonte, en este capítulo empezamos a abordar las hondas transformaciones que atravesó, desde el último cuarto del siglo pasado, el dispositivo de la cirugía estética –como práctica médica y como tecnología de género– en un

contexto histórico también, por cierto, profundamente cambiante. A través de una primera aproximación al análisis de nuestros tres textos de referencia, esbozaremos un proceso de reconfiguración simbólica cuyos inicios fueron contemporáneos, a grandes rasgos, con la creciente popularización del procedimiento quirúrgico del aumento mamario. Nuestra tesis general sostiene que, a partir de ese acontecimiento histórico que significó el desarrollo y perfeccionamiento de los implantes mamarios de gel de silicona –cuyo prototipo se utilizó por primera vez en 1962–, el régimen de saber-poder que estructuraba a la práctica de la cirugía estética en tanto dispositivo de normalización cambiaría definitivamente. Desde entonces, una racionalidad terapéutica forjada en una matriz biomédica tradicional, cuyo fin apuntaba a reformar el cuerpo defectuoso para tratar el sufrimiento psicológico del *paciente*, sería progresivamente sustituida por una racionalidad optimizadora forjada en una nueva matriz «biopsicosocial», cuyo fin apuntaría a facilitar la autoexpresión plena de la identidad individual, maximizando así el bienestar subjetivo del *consumidor*.

Nuestro análisis comenzará con el texto de Macgregor, cronológicamente situado en un período que en sus propias páginas se califica como «de transición» para la práctica, vale decir, la década del 70. Examinar, en este contexto, la ansiosa autoconciencia profesional manifestada por la voz del cirujano plástico, nos permitirá observar lo que podemos describir como los últimos estertores de la discriminación axiológica entre procedimientos reconstructivos –realizados con un genuino propósito sanador– y procedimientos meramente «cosméticos» –realizados por mor de la vanidad del paciente y la codicia del cirujano–. Proseguiremos con el análisis del texto de Davis, en cuyas páginas la práctica de la cirugía estética se refleja plenamente ya en su faceta de tecnología de género. La aproximación a la práctica que este texto ofrece, enfocada en tanto prestación social del Estado de Bienestar –contexto que ciertas perspectivas feministas han caracterizado como un «patriarcado público»– nos mostrará con toda crudeza su funcionamiento en tanto dispositivo de normalización de la subjetividad femenina. Finalizamos con el análisis del texto de Pasik, producido en un contexto signado por la consumación de un modelo comercial y privatizado de prestación de

servicios de salud –en cuyo marco la cirugía estética representaría la forma emblemática del consumismo médico alentado por la noción de «medicina del estilo de vida»–. Una consideración del significado que en este contexto adquiere el consumo de los procedimientos denominados «mínimamente invasivos», nos permitirá, en fin, esbozar los lineamientos ideológicos sobre cuyo trasfondo discurre actualmente el poder normalizador del proyecto disciplinario de la feminidad.

La posición enunciativa del cirujano plástico en un «período de transición»

Uno de los aspectos de mayor interés que presenta el texto de Macgregor es su tematización del plexo de relaciones –inherente a su contexto histórico– entre ciencia y tecnología médicas, normas de estética corporal y sufrimiento subjetivo. La oportunidad de acercarnos a este aspecto se nos ofrece a través de una ilustrativa instancia de dialogismo intratextual. La antropóloga Macgregor ha encomendado la introducción de su libro a la escritura de una colega, ni más ni menos que Margaret Mead. Nos remitimos, pues, a ella.

Acaso reflejo de una mirada condicionada por su oficio, Mead remarca, de entrada, el nexa lineal y transparente entre progreso tecnocientífico y aguzamiento de la sensibilidad moral; relación que se despliega, no obstante, sobre un trasfondo de complejidad y riesgos sociales crecientes:

Es uno de los rasgos reconfortantes de nuestros tiempos –tiempos en los que tantos nuevos peligros y terrores desafían el significado de la existencia humana– que en la medida en que crecen nuestro conocimiento y habilidad para aliviar algunas de las cargas que la humanidad ha soportado a través de las épocas, así también crece nuestra compasión (Macgregor, 1974: xii).

Los defectos físicos de las personas desfiguradas serían una de tales «cargas» humanas, y los procedimientos reconstructivos realizados por cirujanos plásticos, el avance por el que la ciencia moderna

ha llegado a «aliviarla». A continuación, Mead nos ofrece una oportuna interpretación de ciertas «actitudes culturales» que condicionarían la manera en que la sociedad estadounidense de su tiempo se relaciona con esas personas:

De niños se nos enseña que no debemos fijar la mirada, no debemos hacer preguntas, no debemos, de hecho, dirigir absolutamente ningún tipo de atención hacia alguien que esté tullido (*crippled*) o desfigurado en cualquier forma. Esta enseñanza se hace en nombre de la compasión (Macgregor, 1974: xiii).

El cuerpo desfigurado –marca de una diferencia absoluta e irreparable– determina un estado de destitución subjetiva ante cuya presencia un reforzamiento consciente de la desatención cortés se ha juzgado, hasta ahora, la única forma de conducta aceptable. Pero esta situación cambia drásticamente toda vez que se desarrolla una posibilidad técnica de «minimizar» o «compensar» el defecto. La «dolorosa» actitud de desatención es desde entonces remplazada por un mandato de «interés activo»: «Cualquier cosa que esté mal y que pueda ser corregida, debe ser corregida» (Macgregor, 1974: xiv). Mead, con todo, no deja de reconocer los aspectos problemáticos de este giro. Destaca, en principio, la inherente ambivalencia del desarrollo tecnocientífico: conforme se perfeccionan las competencias y las técnicas quirúrgicas, aparecen soluciones, por cierto, pero también emergen nuevos problemas. Una intelección de los efectos del perfeccionamiento de las técnicas reconstructivas, de este modo, pone de relieve ya el sentido dialéctico que adoptarán las complejas relaciones entre el nivel de disponibilidad tecnológica y el funcionamiento de las normas culturales de estética corporal. En cuanto circunstancias dadas por la naturaleza, características anatómicas y procesos fisiológicos exentos de mayor consideración caerán, no obstante, bajo la égida del examen y del juicio normalizador, una vez que existan los medios técnicos para intervenir sobre ellos y reformarlos en consecuencia.

La socióloga estadounidense Deborah Sullivan ha reflexionado acerca de la incidencia de esta dialéctica en el despliegue contemporáneo del dispositivo de la cirugía estética. Las innovaciones qui-

rúrgicas desarrolladas con motivo del perfeccionamiento de los procedimientos reconstructivos «crearon la oportunidad de ampliar la definición de lo que constituye un problema médico para incluir a la apariencia» (Sullivan, 2001: xii). Lo crucial, con todo, es que, dadas las hondas transformaciones socioculturales en cuyo marco se produjeron estas innovaciones (cambios condensables en el advenimiento de una cultura de consumo de masas, encabalgada a la expansión generalizada de los medios visuales de comunicación desde la segunda postguerra), aquello que emergió como «oportunidad» adquiriría fuerza de necesidad, convirtiendo a la medicalización de la apariencia en el desenlace inevitable de un emergente «imperialismo tecnológico». Los conceptos de «deformidad» y «malformación», en este contexto, ampliarían notablemente su extensión, llegando a abarcar «no sólo anomalías congénitas y efectos residuales de enfermedad y trauma, sino también el impacto de la edad y rasgos faciales y contornos corporales socialmente indeseables» (Sullivan, 2001: 64).

En la introducción al texto de Macgregor, Mead articula su propia concepción del desarrollo de la cirugía reconstructiva con arreglo a categorías evaluativas subsidiarias de la narrativa histórica consagrada por la Ilustración, cuyo supuesto definitorio postula al progreso –moral y científico– en tanto porvenir certero de la humanidad. La razón compasiva que anima a esta clase de procedimientos afiliaba inequívocamente a los cirujanos plásticos que los realizan con el humanitario cometido constitutivo de la medicina moderna, la universal promesa de eliminar el sufrimiento y aumentar el bienestar del género humano. Sander Gilman (autor de la mejor documentada historia cultural de la cirugía estética) atribuye el nacimiento de esta particular práctica médica a un singular concurso histórico de circunstancias de carácter diverso, científico-tecnológicas, por un lado, y político-ideológicas, por otro. Respecto a estas últimas, el factor determinante se halla en la emergencia de la definición ilustrada de la autonomía individual (cifrada en el precepto kantiano «*Sapere aude!*», es decir, «atrévete a saber», a razonar por ti mismo), eje normativo en el que se inscribiría la concepción utilitarista de la búsqueda de la felicidad como horizonte axiológico de la vida del individuo –y, por extensión, de la sociedad–. Respecto a las circunstancias científico-tecnológicas que posibilitaron el nacimiento de la

cirugía estética moderna, se destacan, sin duda, el descubrimiento en 1846 del uso anestésico del éter etílico por parte del odontólogo William Thomas Green Morton (1819-1868), y la publicación en 1867 de los procedimientos antisépticos desarrollados por el cirujano Joseph Lister (1827-1912).

En su convergencia, estas condiciones históricas permitieron la formación de un dispositivo biopolítico individualizador que transformaría la noción ilustrada de la búsqueda de la felicidad y el auto-mejoramiento, desplazándola «desde el campo de batalla del liberalismo a los laboratorios y teatros quirúrgicos de finales del siglo diecinueve» (Gilman, 2001: 19). Ya durante el siglo XX, no obstante, semejante entramado científico-normativo de la medicina moderna cristalizaría en el impulso al «imperialismo tecnológico» del dispositivo de la cirugía estética. La capacidad de reconstruir el cuerpo desfigurado –restituyendo al paciente la posibilidad de buscar autónomamente su propia felicidad– decantó hacia el mandato de optimizar tecnológicamente la apariencia humana «normal», erigiéndose el embellecimiento quirúrgico del paciente en materialización de una paradójica *obligación de ser libre*. Para comprender este desarrollo, resultará pertinente interrogarse acerca del modo en que las premisas ilustradas de la profesión médica fueron subsumidas por la creciente presión mercantilizadora procedente de una expansiva sociedad de consumo.

Las décadas de entreguerras representaron un período crucial en la constitución histórica de la cirugía estética como especialidad reconocida dentro de la medicina. La Primera Guerra Mundial había traído aparejados notables avances e innovaciones en el uso de técnicas y materiales para procedimientos reconstructivos, circunstancia que situó a los cirujanos plásticos a la vanguardia de la profesión. Pero contra esta posición de privilegio dentro de una institución que estaba en camino de convertirse en epítome de la ciencia moderna, los espectros del «charlatán» (*quack*) y de lo que despectivamente se conocía como «doctor en belleza» (*beauty doctor*) se cernían pesadamente sobre el ejercicio de la cirugía plástica. El distanciamiento relativo respecto de las motivaciones comerciales se convirtió, en este contexto, en el criterio decisivo de respetabilidad profesional.

Los ejemplos en contrario gozaban de alta exposición. Cabe apuntar que, a principios del siglo XX, el proceso de organización profesional de la medicina, al menos en los países americanos, era aún incipiente⁴. No faltaban quienes la ejercían por fuera de estos márgenes institucionalizados, en ocasiones sin un debido entrenamiento formal. Los primeros cirujanos en asumir sin reservas el embellecimiento como exclusivo propósito de sus operaciones pertenecían a esta categoría degradada. La historiadora Elizabeth Haiken (1997: 76-90) estudia los casos de Henry J. Schireson (1881-1949) y de J. Howard Crum (1888-c. 1975) como sus dos máximos exponentes. Este último saltaría a la notoriedad luego de que en 1931 realizara la primera operación pública de lifting facial, en el marco de una convención de dueños de salones de belleza celebrada en un hotel de Nueva York. Schireson, por su parte, había despertado una extendida polémica cuando en 1923 operó la nariz de Fanny Brice, una popular comedianta judía. Comportamientos de esta índole representaban la quintaesencia de lo que los cirujanos plásticos «serios» –aquellos comprometidos con el establecimiento de su especialidad dentro de los confines de la medicina organizada– aborrecían como indigno de su profesión, vale decir, el afán de lucro y la promoción publicitaria de sus servicios.

El análisis textual nos permite avanzar en la determinación de las circunstancias históricas en cuyo contexto ha de comprenderse semejante rechazo. Al respecto, Mead considera que la cirugía plástica sigue siendo una práctica «demasiado nueva» y «demasiado especializada», enrarecida además por la vergonzante asociación con la «cirugía cosmética para ocultar la edad o la identidad étnica», como consecuencia de lo cual la «persona media» aún no estaría en condiciones de reconocer su verdadero valor médico y relevancia social (Macgregor, 1974: xiv). El espectro infamante de la «cosmética» sigue atormentando la conciencia de los cirujanos plásticos, pero según podemos inferir de esta apreciación, renegar absolutamente de esta faceta de la práctica ya no es una alternativa viable.

La fundación, en 1921, de la Asociación Americana de Cirujanos Plásticos representó la primera cristalización institucional del esfuerzo por regularizar la especialidad. A ella se le sumaron la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos y Reconstructivos en 1931, y

la Junta Americana de Cirugía Plástica en 1937. Esta última operó como una subsidiaria de la Junta Americana de Cirugía, hasta que en 1941 obtuvo el reconocimiento oficial como máximo órgano rector de una especialidad quirúrgica por derecho propio. Según Haiken, la fundación de la Junta puede interpretarse como una «movida exclusivista», por cuanto desde entonces la práctica autorizada de procedimientos estéticos quedó supeditada a la certificación de parte de una élite de cirujanos. Entre los requisitos necesarios para alcanzar este privilegio se contaban la posesión del título en medicina expedido por una universidad reconocida, y tener radicada su práctica en un hospital de renombre. En términos más generales, se hacía hincapié en «un carácter moral y una posición ética satisfactorios dentro de la profesión». Por otro lado, no obstante, también se la ha de ver como una «movida inclusiva», en la medida en que la constitución de la Junta sobrevino tras un debate al interior de la especialidad, cuyo resultado fue la aceptación de los procedimientos estéticos como una parte legítima de la labor del cirujano plástico (Haiken, 1997: 49).

La profesionalización de la cirugía estética sentó las bases para que la medicina se convirtiera en una protagonista principal del proceso de consolidación de la cultura de consumo durante la postguerra. El énfasis creciente en la apariencia física, aunado a la idealización de la juventud y al precepto del automejoramiento individual, son factores explicativos del crecimiento exponencial que registraron esos procedimientos en este período. Renegar de los mismos por parte de los cirujanos plásticos reconocidos hubiera significado despejarles el terreno a los charlatanes e inescrupulosos que ellos deploraban. Ahora bien, esto no podía dejar de situarlos en una posición problemática dentro de la profesión, emplazados en el flanco más vulnerable a las presiones hacia la comercialización de la medicina.

Correspondía a la sensibilidad ética del cirujano plástico encontrar un equilibrio viable entre las dos funciones de su actividad, la estética y la reconstructiva. El peso de la condena pública recaía, ya no sobre una especialidad cuya relevancia médica había quedado establecida, sino sobre las fuerzas sociales que la forzaban a aplicar sus capacidades a fines comparativamente menos encomiables. En este sentido, Mead contrapone la importancia relativa de la «cirugía

cosmética» frente a la reconstructiva, de lo que se sigue un juicio desfavorable para la primera «como una demanda trivial sobre el tiempo del cirujano calificado que sólo puede operar un determinado número de horas al día» (Macgregor, 1974: xvi).

Será el mismo texto el que ponga en escena la voz de tal «cirujano calificado». Después de la introducción firmada por la antropóloga Margaret Mead, aquel presenta un prólogo escrito por John Marquis Converse, director del Instituto de Cirugía Plástica Reconstructiva de la Universidad de Nueva York, donde fueron operados muchos de los pacientes entrevistados por Macgregor. Puesto a reflexionar acerca de su práctica, Converse empezará constatando cierta tendencia generalizada a entender que «cirugía plástica y cirugía cosmética son sinónimos». La confusión, como vemos, merece ser lamentada, por cuanto suscita connotaciones indeseables:

En una encuesta informal llevada a cabo entre médicos (no cirujanos) respecto a qué es lo primero que se les venía a la mente cuando la cirugía plástica era mencionada, la mayoría de las respuestas fue «cirugía cosmética» y «honorarios elevados» (Macgregor, 1974: xx).

El equívoco es atribuido a la alta visibilidad mediática que «en estos últimos años» había adquirido esa faceta de la especialidad. Como consecuencia de ello, el foco de la atención pública se posó sobre la realización de «estiramientos faciales, corrección de bolsas en los ojos y papadas, y demás». Converse, por cierto, no desconoce la «relevancia psicológica» de operaciones cuyo propósito no es otro que lograr que las personas se vean «más jóvenes y atractivas»; es el énfasis excluyente en lo cosmético —circunstancia responsable de desvirtuar, a ojos del público, la verdadera vocación sanadora de la cirugía plástica— aquello de lo que renegará amargamente:

Ignorados o no del todo tomados en cuenta, sin embargo, quedan los millares de procedimientos quirúrgicos reconstructivos realizados en los Estados Unidos por cirujanos plásticos para erradicar o mejorar malformaciones severas o desfiguraciones que de lo contrario podrían significar la muerte social o psicológica de la víctima (Macgregor, 1974: xx-xxi).

En el pathos de este reclamo discernimos una impronta de la encrucijada histórica que para la cirugía plástica significó la década de los 70 –aspecto captado por la propia Mead al diagnosticar su presente como un «período de transición»– (Macgregor, 1974: xiv). A propósito de determinadas pautas históricas de transformación en la demanda de procedimientos médicos, se destaca justamente la declinación, a partir de los años 60, en el número de pacientes de cirugía reconstructiva (Sullivan, 2001: 77). De manera concomitante a esta disminución en la demanda de operaciones «no estéticas», se incrementaba la cantidad de cirujanos plásticos –pero también de médicos de otras especialidades, tales como otorrinolaringólogos o dermatólogos– específicamente entrenados para la realización de intervenciones estéticas.

Estas tensiones de orden económico recrudecieron cuando, en 1975, un fallo de la Corte Suprema de los Estados Unidos dictaminó que las «profesiones doctas» no podían considerarse exentas de las normativas impuestas por las leyes antitrust de ese país (Sullivan, 2001: 82). En su campaña por profesionalizar la medicina y restringir las prácticas irregulares, la Asociación Médica Americana (AMA, por sus siglas en inglés) había sancionado ya desde el siglo XIX la prohibición de «solicitar». Se había impedido, desde entonces, todo intento de obtener pacientes a través de «persuasión o influencia», permitiendo únicamente «anuncios discretos» de nombre, especialidad, dirección y horarios. Amparados por el fallo de la Corte, no obstante, hacia fines de los 70 comenzaron a aparecer –en la prensa gráfica, pero también en radio y televisión– los primeros avisos comerciales pagados por cirujanos plásticos, radicados, en su mayor parte, en California.

En este contexto, la prohibición de «solicitar» se convertiría asimismo en blanco de las denuncias de la Comisión Federal de Comercio (FTC, por sus siglas en inglés). El argumento de esta agencia estatal era que, a través de dicha medida, la AMA coartaba ilegítimamente la competencia, al tiempo que alegaba que el levantamiento de las restricciones a la publicidad contribuiría a disminuir los costos de los servicios médicos. El diferendo entre la AMA y la FTC se prolongaría en la justicia, hasta que en 1982 la Corte Suprema falló en última instancia en contra de la prohibición, lo que signi-

ficaría el sometimiento definitivo de la profesión médica al «dogma desregulador de la era Reagan» (Sullivan, 2001: 201). Y si bien los cirujanos plásticos certificados por la Junta habían repudiado la difusión publicitaria de sus servicios, esta decisión de la Corte liquidó toda esperanza de conservar los preceptos tradicionales de la ética profesional.

Las transformaciones reseñadas constituyen el trasfondo a cuya luz se comprende la ansiedad que transparenta la voz del cirujano plástico en el texto de Macgregor. Tanto la disminución relativa en la demanda de procedimientos reconstructivos, cuanto la acentuación de la tendencia a la comercialización de la medicina, suponían un cuestionamiento a las creencias que sustentaron las pretensiones históricas de reconocimiento de la especialidad, determinando en su convergencia una crisis irrevocable para esta autocomprensión tradicional. Contra este trasfondo –y por oposición a la ansiedad profesional que en él adquiere inteligibilidad– observar la posición del cirujano plástico en los textos de Davis y de Pasik, respectivamente, nos permitirá empezar a esbozar el proceso de reconfiguración simbólica que esta particular práctica médica ha atravesado desde las últimas décadas del siglo pasado.

El cirujano plástico como funcionario del «aparato estatal jurídico-administrativo-terapéutico»

La indagación de Davis nos ofrece la singular oportunidad de explorar el funcionamiento del dispositivo de la cirugía estética por fuera de la lógica mercantil. En el marco de un sistema de salud socializado como el holandés, en efecto, el acceso a esta particular práctica médica exigirá ser definido, no como un lujo superfluo –una trivial autocomplacencia de la vanidad–, sino como un servicio de salud necesario para aliviar problemas reales de la corporeidad femenina; de aquí surgió el concepto de «cirugía de bienestar» («*welfare surgery*») (Davis, 1995: 34). Concebida en estos términos, la labor del cirujano plástico se sustrae del manto de sospechas éticas de la medicina comercializada, para investirse en cambio de la autoridad de una prestación del Estado de Bienestar. En la medida, pues, en que

este aparato estatal consagra la relevancia social de la especialidad, queda simbólicamente resuelto el problema de su legitimidad médica.

Ahora bien, si la cobertura pública de la cirugía estética libera la conciencia del cirujano plástico de las ansiedades que la aquejan en otras condiciones institucionales, no dejamos de apreciar la emergencia de problemas de distinta índole. El Estado de Bienestar fue objeto de discusión en ciertos debates feministas, en cuyo contexto se lo llegó a definir como otra cristalización institucional de la dominación masculina, acuñándose a tales efectos la noción de «patriarcado público» (Young, 1990: 63). La premisa de esta noción no es otra que el reconocimiento de que las mujeres representan, de hecho, la porción cuantitativamente mayoritaria de los destinatarios de todas las políticas sociales. En cuanto garante de la satisfacción de un conjunto de necesidades sociales básicas, el funcionamiento del Estado de Bienestar plantea, en este sentido, las acuciantes cuestiones de «qué es lo que grupos diversos de mujeres realmente necesitan, y quiénes deberían estar autorizados a interpretar las necesidades de las mujeres» (Fraser, 1987: 89).

Davis remarca las tensiones fiscales que sobrevinieron cuando, a comienzos de la década del 80, se duplicó el número de solicitudes para subvencionar procedimientos estéticos. En un intento de contener esta demanda creciente, los responsables del seguro público de salud convocaron a un grupo de cirujanos plásticos, a quienes se encomendó la tarea de elaborar una serie de criterios «objetivos» conforme a los cuales se decidiría si la intervención solicitada podía —o no— considerarse necesaria. Se definieron, de este modo, tres tipos de problemas para cuyo tratamiento una cirugía estética se juzgaría justificada: a saber, una alteración o impedimento funcional (por ejemplo, párpados caídos al punto de entorpecer la visión); un sufrimiento psicológico severo (el paciente recibe tratamiento psiquiátrico a raíz de problemas con su apariencia); una imperfección física que caiga «fuera de un grado normal de variación en la apariencia» (Davis, 1995: 35).

Con arreglo a esta tipología, se entiende que las primeras dos condiciones corresponden a criterios de aplicación relativamente sencilla. La mayoría de las solicitudes, no obstante, caían bajo la

tercera categoría, cuyo significado se revelaría absolutamente equívoco en la práctica. En estos casos, el peso de la decisión no podía recaer sino sobre la apreciación personal del inspector médico del servicio de salud. Se montaba así una escena en cuyo marco el ejercicio del examen y el juicio normalizador se ofrecía a ser contemplado en toda su crudeza desde una perspectiva de género. Tal como la califica Davis (1995), era «la oportunidad de observar de primera mano cómo la profesión médica determina en los hechos cuáles cuerpos femeninos son suficientemente anormales para merecer cirugía» (p. 69). El aprovechamiento de semejante «oportunidad», por cierto, no dejaría de arrojar resultados sorprendentes. En el curso de su trabajo de campo, Davis llega a observar a 55 aspirantes a cirugía, 50 mujeres y 5 hombres. Lo que de entrada llamará su atención será el aspecto «corriente y moliente» de estas personas. Con la excepción de un hombre con «nariz de coliflor», admite que en ningún caso fue capaz de «adivinar» de antemano cuál era la razón física que había motivado la solicitud. A primera vista, en efecto, la apariencia corporal no alcanzaba a explicar el deseo de someterse a una medida correctiva «tan drástica como una cirugía cosmética» (Davis, 1995: 70).

Desprovistas de defectos corporales cuya evidencia respaldara inequívocamente sus solicitudes, las aspirantes a procedimientos estéticos desplazaban la carga de la prueba hacia un relato convincente del sufrimiento padecido a causa del rasgo que pretendían corregir. La implementación de semejante estrategia discursiva no dejaba de ser emocionalmente onerosa. Davis señala el carácter humillante de estas escenas de confesión, en las que se exponían detalles dolorosos de la propia vida ante la mirada de un extraño, situado por lo demás en una posición de autoridad. Por cierto, no era solo el alma lo que se desnudaba:

Además de la precaria tarea de convencer al Inspector de que necesitaban cirugía, a menudo las solicitantes debían someterse al embarazoso ritual del examen físico. Esto no sólo implicaba tener que desvestirse y permitir que el Inspector escudriñara la parte corporal mortificante, sino también significaba ser tocada, palpada, y, en algunos casos, pesada (Davis, 1995: 71).

La voluntad de exponerse a una situación tan penosa constituye, a juicio de Davis, una medida de cuán intenso era el anhelo de tener una cirugía estética para estas mujeres. Pone de relieve, asimismo, algunas cuestiones desconcertantes. La idea de que el proyecto de someterse a una intervención quirúrgica electiva estaría motivado por la presencia de un defecto físico evidente, para empezar, se ha revelado como una ilusión. Se constata, por el contrario, que quienes buscaban convertirse en pacientes de cirugía estética no eran sino «mujeres de aspecto perfectamente común y corriente, e incluso atractivas». Se destaca, por añadidura, la incongruencia aparente entre lo que resultaba una imperfección «menor» —a ojos de Davis— y el «terrible sufrimiento» que las mujeres imputaban a ese mismo rasgo en sus testimonios. Ahora bien, a juzgar por la inconsistencia y las vacilaciones que el examen del inspector del sistema de salud también mostraba a este respecto, ni siquiera la profesión médica parecía competente para determinar taxativamente «qué cuerpos [femeninos] eran normales», y cuáles necesitados de normalización quirúrgica (Davis, 1995: 72).

En este punto de nuestra argumentación, la mirada de Davis nos interesa por cuanto se nos ofrece como un oportuno registro textual de los efectos normalizadores que sobrevienen cuando las «necesidades» de estética corporal femenina —interpretadas a través del prisma de la medicalización de la apariencia— resultan además subsumidas en los engranajes burocráticos de lo que Nancy Fraser ha denominado «aparato estatal jurídico-administrativo-terapéutico». Fraser expone este concepto en su artículo «Women, Welfare and the Politics of Need Interpretation», cuyos argumentos se proponen dar cuenta del modo en que las políticas sociales del Estado de Bienestar funcionan conforme a significados y normas de género que posicionan estructuralmente a las mujeres en una situación subordinada. Y si bien el artículo —publicado en 1987— toma como punto de partida los efectos de la arremetida neoliberal implementada por la administración Reagan contra el sistema de la seguridad social en los Estados Unidos, sus observaciones se sugieren extensibles a todos los países de América del Norte y Europa Occidental aquejados de ese fenómeno endémico del capitalismo tardío, la «crisis fiscal» del Estado de Bienestar.

Tras evaluar los presupuestos normativos subyacentes a la definición institucional del sujeto de las políticas sociales, Fraser distingue, de entrada, un desdoblamiento en el modo de funcionamiento del Estado de Bienestar; distingue así la presencia de dos «subsistemas» diferenciados con arreglo al género de sus destinatarios, y dotados respectivamente de sus propias lógicas operativas. La diferenciación de estos subsistemas se manifiesta concretamente a través de las distintas instancias del aparato burocrático estatal. La instancia «jurídica», en este sentido, podrá dirigirse ora a un sujeto masculino investido de derechos y protegido de «formas legalmente sancionadas de capricho administrativo», ora a un sujeto femenino «desprovisto en buena medida de derechos» (Fraser, 1987: 100). La instancia jurídica está, por cierto, funcionalmente vinculada a la instancia «administrativa». Se entiende por tal al conjunto de procedimientos formales que regulan la modalidad en que los sujetos de las políticas sociales se relacionan con las instituciones burocráticas encargadas de llevar a cabo los beneficios a que el derecho los autoriza. El establecimiento de esta relación depende, en un principio, de que las experiencias y los «problemas vitales» específicos de cada situación subjetiva sean traducidos al lenguaje estandarizado de las «necesidades administrativas». Ahora bien, en la medida en que estos planos del sentido no resultan «isomórficos» —esto es, son mutuamente irreductibles—, surge la posibilidad inherente de que se abra una brecha interpretativa entre las experiencias y los problemas vividos a nivel subjetivo, y las respuestas recibidas desde los organismos administrativos. Este es el punto en el que la posición masculina y la femenina comienzan a divergir significativamente.

Por un lado, se plantea una tipología de «casos» diversos, con arreglo a los cuales se asignará «una cantidad determinada de dinero en efectivo». Se presupone así, de parte del sujeto masculino, la capacidad de actuar estratégicamente como un «consumidor», un agente racional susceptible de decidir responsablemente aquellos bienes y servicios cuya adquisición juzgará más conveniente para satisfacer sus necesidades concretas. Por otro lado, se exigirá demostrar «conformidad a criterios administrativamente definidos de necesidad» (Fraser, 1987: 100). Se presupone así, de parte del sujeto femenino, la tendencia a asumir la posición de una beneficiaria de las dádivas

estatales –una pasiva «cliente» de la caridad institucionalizada–, requiriendo pues del debido tutelaje para la adquisición de los bienes y servicios indicados para resolver sus problemas.

En la medida en que el subsistema femenino construye a las destinatarias de sus políticas como «desviadas», sus prestaciones tendrán por cometido, en efecto, la «normalización» –una normalización menos destinada a «reformular» que a estigmatizar–. Se activa pues, a este respecto, el «momento terapéutico» en el despliegue del aparato estatal, cuyo sesgo de género es por cierto el más notable, toda vez que serán las necesidades de los sujetos femeninos mayormente las que se conciban en términos de «salud mental». Fraser (1987) señala, en suma, que acaso la más significativa de las consecuencias de este «modus operandi» que discierne en el aparato estatal jurídico-administrativo-terapéutico sea, precisamente, la representación generalizada de conflictos de género de carácter político y económico como si fueran «problemas individuales, psicológicos» (p. 100).

Incorporar estas reflexiones a nuestra lectura del texto de Davis nos sirve para aclarar algunas de las dinámicas de género presueltas por la noción de «cirugía de bienestar». La referencia a la situación holandesa durante fines de la década del 80 nos ofrece la oportunidad de estudiar un contexto histórico en el que la racionalidad de la cirugía estética es encuadrada, ya no como un veleidoso «derecho a ser hermosa», sino como una imperiosa «necesidad de ser corriente» (Davis, 1995: 90). Tal como se infiere del «convinciente relato del sufrimiento» que Davis atribuye a «mujeres corrientes e incluso atractivas», la interpretación del sentido de esta necesidad, y de los modos apropiados de satisfacerla, corresponden a la autoridad de un saber médico identificado culturalmente con la mirada masculina, al seno de una estructura social de subordinación jerárquica y cosificación sexual de las mujeres, y bajo el imperio indiscutido de la heterosexualidad obligatoria. Esto supone, en suma, la consagración del cirujano plástico como una parte operativa del aparato estatal jurídico-administrativo-terapéutico, y el reconocimiento institucionalizado de la cirugía estética como un dispositivo de normalización de la subjetividad femenina.

Ahora bien, la presión fiscal que significó el vertiginoso crecimiento en la demanda de subvenciones para procedimientos estéticos registrado durante los años 80, puso tal consagración y tal reconocimiento en la picota. Las razones presupuestarias finalmente prevalecieron, y en 1991 el gobierno holandés restringió la cobertura del seguro de salud a aquellas situaciones en las que la intervención quirúrgica pudiera ser justificada médicamente de un modo no problemático –vale decir, a los casos de «alteración funcional» y/o «perturbación psiquiátrica»–. El texto de Davis consigna que, a partir de que estas restricciones entraron en vigor, se había duplicado el número de pacientes buscando tratamiento psiquiátrico por problemas con su apariencia –en procura, se entiende, del juicio del experto que validara la necesidad terapéutica de la normalización quirúrgica–. Asimismo, más de la mitad de todas las apelaciones elevadas en cuestionamiento de las decisiones administrativas del seguro de salud, se explicaba ya por las solicitudes desairadas de aspirantes a cirugía estética. Estas solicitudes, por lo general, se negaban invocando una de dos razones específicas: ora el problema no era juzgado «suficientemente serio» para justificar la intervención; ora la paciente era juzgada «tan trastornada» que no podría, en rigor, beneficiarse de ella. La lógica normalizadora del Estado de Bienestar exponía así a las pacientes de cirugía estética a una encrucijada imposible, cuyo efecto más significativo –en lo que a nosotros concierne– fue poner en evidencia «el rechazo de la profesión médica a tomar en serio [sus] necesidades» (Davis, 1995: 186).

A la luz de estas vicisitudes de la cirugía estética en su relación con las disposiciones del Estado de Bienestar, la referencia al caso holandés en el texto de Davis resulta instructiva para nuestro propósito de reconstruir las transformaciones históricas que sobrellevó la especialidad una vez superado ese «período de transición» en el que se ubica el de Macgregor. Desde la perspectiva de su funcionamiento como dispositivo de normalización, constatamos que ya hacia 1990 su significación en tanto tecnología de género se ha vuelto dominante. Lo que nos presenta el texto de Davis es la posición instrumental del cirujano plástico dentro de un subsistema burocrático cuyo «modus operandi» apunta a lograr la conformidad de los sujetos a un modelo de feminidad normativa definido con arreglo a criterios administrativos.

La articulación funcional de la práctica de la cirugía estética a un aparato estatal de carácter terapéutico da cuenta de los efectos subjetivantes de un determinado mecanismo institucional de construcción de la identidad de género, basado justamente en la evaluación jerárquica del cuerpo femenino. La medicalización de los problemas de estética corporal pone en escena un mecanismo por el que el saber médico se asume explícitamente en su identificación cultural con la mirada masculina. Tal como nos muestra el texto de Davis, cuando una mujer se aproxima a las instituciones del Estado de Bienestar en un intento de tramitar su conformidad a la norma estética, supedita la interpretación de sus necesidades físicas a un examen en el que criterios clínicos y valoración erótica se indiferencian.

Ninguna intervención revela esto con más claridad que aquella concebida para realzar el atributo corporal culturalmente codificado como emblema de la sexualidad femenina. Enfrentadas al requerimiento de justificar una solicitud de aumento mamario, las mujeres observadas por Davis asumían el desafío de demostrar ante el inspector del seguro de salud que sus senos eran más pequeños que lo «normal». La determinación de este parámetro clínico, en semejantes circunstancias, adopta la forma de un juicio sobre sus cualidades en tanto objeto sexual. A este respecto, cuando el texto introduzca la voz del inspector médico, confiará al recurso tipográfico de las cursivas la intención de enfatizar la equivalencia entre la posición enunciativa del experto y la del sujeto masculino de la relación heterosexual. A saber: «*Yo* soy un hombre y a *mí* me gusta la manera en que se ven» (Davis, 1995: 131).

La contrariada posición de la paciente en el contexto de la medicina mercantilizada

La medicalización de la apariencia corporal femenina, al tiempo que impone distintas formas de concebir lo que constituye un problema estético, redefine también el propio significado de la tecnología y la práctica médicas. Desde la perspectiva de una racionalidad de orden terapéutico, el sentido práctico de la oposición entre propósitos de «curación» y de «optimización» es relativizado. Cuando la finalidad

declarada de la cirugía estética no es otra que el bienestar de la paciente a través de una adaptación más «exitosa» a las normas sociales vigentes en cada momento histórico, y en la medida en que en nuestra cultura la validación de estas normas implica acatar un principio de automejoramiento ilimitado, la frontera entre reconstrucción (para «regresar a lo normal») y embellecimiento (para «sobrepasar lo normal») se vuelve difícil –si no imposible– de trazar con nitidez. El dispositivo de la cirugía estética queda aquí esbozado en esta configuración histórica de saber-poder, en cuyo contexto la autoridad del cirujano plástico es consagrada en su posición de experto en la gestión de los problemas corporales de la feminidad normativa.

Ahora bien, aunque en esta configuración remarcamos la legitimación social concedida a la función del cirujano plástico, debemos asimismo constatar la persistencia de algunas de las connotaciones peyorativas que se asociaron históricamente con dicha especialidad. El sesgo de género de la valoración estereotipada de lo «cosmético» como cualidad feminizada, superficial y trivial, aún se observa, pero desplazado por completo a la posición de la paciente. Tal valoración es la clave por la que interpretamos la tonalidad ansiosa y defensiva que transparentan las airadas protestas femeninas contra una posible imputación de vanidad.

Entendemos que en el texto de Davis el registro de esa tonalidad se inscribe en un doble nivel. Por un lado, la propia voz de las entrevistadas, toda vez que se las advierte argumentando la especial legitimidad de sus cirugías a través de una oposición enfática a la motivación narcisista atribuida supuestamente a otras mujeres. Con arreglo a estas premisas, la importancia relativa de un *lifting* facial frente a un aumento mamario se defenderá en estos términos: «Los pechos simplemente no hacen tanta diferencia; no es como tu cara. Eso es realmente importante» (Davis, 1995: 89). Por otro lado, este rechazo se inscribe a nivel de la reflexión a que la propia Davis somete las palabras de sus entrevistadas. En este punto, la ansiosa protesta contra la imputación de vanidad se articula en el registro del comentario teóricamente informado:

En conclusión, estos recuentos mostraban cómo la cirugía cosmética puede ser un paso entendible en el contexto de la expe-

riencia corpórea individual de la mujer, y de sus posibilidades de hacer algo para alterar sus circunstancias. Muestran que aunque la decisión no se toma a la ligera, y, de hecho, permanece problemática, puede ser el mejor curso de acción para algunas mujeres (Davis, 1995: 163).

Interpretados en este sentido, los testimonios recabados por Davis (1995) ofrecerían una respuesta posible a la «desconcertante pregunta» planteada en el origen de su indagación: a saber, «¿por qué las mujeres desean y deciden someterse a una práctica que es tanto peligrosa como opresiva?» (p. 163). Incorporando el texto de Pasik a nuestra lectura, procuraremos desentrañar el significado de aquella ansiedad y de este desconcierto en un contexto histórico diverso para el dispositivo de la cirugía estética.

La «paradoja» de «operarse por gusto»

Empecemos por el desconcierto. Vemos que el texto se presenta, de entrada, como un intento de resolver lo que describe como una «paradoja»: la voluntad de «operarse por gusto, someterse a una cirugía por decisión personal», vale decir, «exponerse a un riesgo en muchos casos mortal por la búsqueda de belleza y no por una urgencia médica» (Pasik, 2010: 21). El tono hiperbólico en que esta perplejidad es formulada resonará verosímilmente cuando, unos párrafos más adelante, la enunciativa haga referencia a sus «convicciones y principios», los mismos que la habían llevado «a creer que lo que había era lo mejor, que como me hizo la naturaleza estaba bien y que lo que la naturaleza hiciera conmigo iba a estar perfecto» (Pasik, 2010: 28). Ya en este punto la verosimilitud es matizada por una cierta ambigüedad. Un rechazo a la cirugía que en principio se sugiere arraigado en «convicciones y principios» de corte feminista, no deja de someterse, sin embargo, a un efecto de distanciamiento irónico en virtud del esencialismo caricaturizado con el que se pretende caracterizar a esa posición política.

Más allá de matices retóricos, lo que resulta significativo es la transparencia con que se enuncia en el texto lo que constituye la premisa de cualquier aproximación reflexiva a la cirugía estética, esto es, su posición problemática tanto en el campo de las prácticas

médicas como en el de las prácticas de belleza. La singularidad inherente al concepto de una intervención quirúrgica de carácter electivo repercutirá previsiblemente en los sentidos de «la relación médico-paciente»; al respecto, nos interesa apuntar una inferencia en torno a la elección terminológica con la que el texto se refiere a esta dimensión del problema. Planteada en tales términos, la aceptación de esta especialidad no dejará de significar un cuestionamiento a las creencias establecidas sobre la profesión médica: «¿Se le dice ‘paciente’ a quien elige serlo por motivos estéticos? ¿No será ‘cliente’?» (Pasik, 2010: 21).

El peso de esta disyuntiva terminológica se comprende por cuanto en ella se dirimen dos maneras antagónicas de entender qué significa un servicio de salud. La noción de «paciente» nos remite a una relación intersubjetiva fundada en una serie de principios éticos concebidos para neutralizar la asimetría de poder, y cuyo sentido se consume en el ejercicio de la *compasión* ante el dolor del sujeto enfermo. El término «cliente», por su parte, se utiliza para poner en primer plano a la *rentabilidad* como la razón económica determinante del vínculo entre una empresa de servicios médicos y sus usuarios. De aquí la inferencia que proponemos en torno a la articulación textual de esta alternativa.

Vemos que una primera aproximación al fenómeno de la cirugía estética suscita un juicio que postula su carácter «paradójico». Este juicio se manifiesta en la constatación de dos cualidades problemáticas, articuladas en un mismo plano argumentativo: la adscripción de una particular clase de procedimientos médicos a una finalidad anómala para la profesión, el *embellecimiento*; la relevancia concedida a un factor tradicionalmente excluido del espectro de motivaciones legítimas para el ejercicio de la medicina, el *económico*. Respectivamente, cada una de estas cualidades inspira interrogantes de orden diverso.

De una parte, se impone la pregunta acerca de los fines legítimos de un acto médico a la luz de lo que se conoce como principio de no maleficencia, es decir, la obligación de no hacer el mal. Pero junto con esta cuestión, la invocación de la figura del «cliente» no deja de complicar la paradoja más allá de este solo dilema ético. Ajena a la idea de sufrimiento con la que se vincula consustancial-

mente el término «paciente», proponer esa figura implica una radical redefinición del papel que el principio de autonomía ha de desempeñar en la provisión de un servicio de salud. En el contexto de la cirugía estética, en efecto, lo que se entiende convencionalmente como «autonomía del paciente» es elevado al rango de *fetiche*. Por contrapartida, al situar al «cliente» en una posición de relevo entre racionalidad médica y racionalidad económica, la autonomía del médico es subsumida por los dictados de la lógica mercantil.

El texto de Pasik, en suma, hilvana una serie de dimensiones problemáticas heterogéneas –científicas, éticas, institucionales– sobre un mismo hilo conceptual. Nuestra inferencia versa sobre las determinaciones históricas de esta condensación argumentativa. De la proposición se sigue que la relación entre saber médico y valoración estética del cuerpo humano es anómala, por cierto; sin embargo, los efectos de esta particularidad se predicen solo de la posición del paciente. Nos interesa poner de relieve lo que este punto de vista sustrae al cuestionamiento. Tal como se lo manifiesta en este texto, el problema –inferimos– no es que haya *procedimientos médicos* que busquen el embellecimiento, sino que haya *personas* que busquen tales procedimientos. En términos económicos, el problema está del lado de la demanda. Fuera de discusión, y absuelto, en consecuencia, de toda crítica posible, permanece el papel de los cirujanos –en tanto responsables del costado de la oferta de este mercado– en la generación de las propias necesidades corporales a cuya satisfacción se orientarán los servicios que ellos ofrecen. En términos institucionales, la legitimidad de la cirugía estética, tanto en el marco de la ciencia médica como en el de la sociedad en general, adquiere en el texto de Pasik valor de evidencia.

Sobre la premisa de esta legitimación consumada de la cirugía estética en cuanto especialidad médica, el texto elabora un comentario sobre los efectos prácticos de la reevaluación del principio de autonomía implicada en semejante proceso. A la luz de una autonomía exaltada, la figura del «cliente» aparece librada de las rémoras de coerción que desde siempre han definido la relación del ser humano con la medicina. Suprimida resulta la experiencia subjetiva de *sufriamiento* del «paciente», en la que arraiga el sentido de la necesidad de un servicio de salud, y a la que apunta el deber de ejercer la compa-

sión por parte del médico. A este respecto, lo que el texto da por sentado es que el horizonte de inteligibilidad de esta práctica solo puede ser un modelo comercial y privatizado de medicina.

Aceptado este punto, proponemos una conclusión desplegada en dos momentos. En principio, la cirugía estética tal como la conocemos actualmente es un *emergente histórico del cruce de los procesos de medicalización de las sociedades y de mercantilización de la medicina*. Tal confluencia cristaliza la singularidad de esta particular práctica médica. Ahora bien, reafirmada en su particularidad, la cirugía estética en el presente resulta investida de una significación más amplia y general. Ella adquiere entonces un valor paradigmático, erigida en tanto ideal regulador al cual la totalidad de los servicios de salud concebidos en el seno de la medicina comercializada tenderán a aproximarse.

En este sentido, ubicamos en el texto de Pasik el deslizamiento desde una temprana perplejidad ante una práctica médica considerada anómala, hasta un no disimulado entusiasmo ante lo que se nos presenta como una experiencia paradigmática de gratificación a través del consumo. Es el pasaje en el que la enunciadora refiere las circunstancias de una de las entrevistas grupales realizadas para su investigación. Ocho mujeres son convocadas a intercambiar opiniones sobre sus cirugías estéticas en el marco de lo que se describe como «una reunión de chicas» (Pasik, 2010: 57). Dos son las circunstancias de este encuentro que se mencionan en primer término. Por un lado, la amplitud del espectro etario al que se dirigió la convocatoria: «usé la palabra ‘chicas’ con las de veintipico tanto como con las de pasados los 50». Por otro, una referencia a su emplazamiento socioeconómico: «La impronta de hoy es bastante ABC1». Esta referencia es elaborada a través de una alusión al vínculo percibido entre estética corporal y consumos culturales distintivos:

... pienso mucho qué ropa ponerme, quiero empatizar con todas, y en el MALBA⁵, no sé por qué, sólo me siento cómoda si estoy casualmente bella, absolutamente bien vestida pero con un look de «es lo primero que encontré en el ropero» (Pasik, 2010: 57-58).

Determinadas estas coordenadas de edad y de clase, nos enfocamos en lo que el texto define como «una extraña y feliz casualidad» en la experiencia de un segmento de estas mujeres: «las cuatro más jóvenes se habían aumentado el tamaño del busto hacia tres años cuando su obra social, una famosa prepaga, lanzó el plan de cobertura en cirugía estética» (Pasik, 2010: 77). Reconocerse «hermanadas» a título redoblado –tanto por el propio historial quirúrgico, cuanto por los hábitos personales de consumo– entraña una coincidencia que, según se nos informa, ha merecido ser festejada «a los gritos». La comunión de experiencias corporales se presta así a ser encuadrada con naturalidad en las categorías evaluativas comunes a cualquier transacción comercial: «es genial, porque es mejor que pagarlas en cuotas, sentís como si fueran gratis» (Pasik, 2010: 57-58).

El corolario de esta concepción mercantilizada del procedimiento quirúrgico es la tendencia a concebir el propio cuerpo como una mercancía. Tal como ocurre con otros bienes de consumo, será del interés del productor fijar la pauta temporal en los ciclos de renovación de la demanda: «Hay dos planes, el que cubre un área quirúrgica por año y el que es cada tres»; y tal como ocurre con otros bienes de consumo, la compulsión adquisitiva no deja de ser un riesgo: «con cualquiera de los dos... si te zarpás... ¡en menos de una década podés ser Cher!» (Pasik, 2010: 77). Esta advertencia nos interesa más allá de su efecto risueño. La tomamos, de hecho, como una objetivación coloquial de uno de los fantasmas que acechan el horizonte de la comercialización de la cirugía estética: el posible eclipse de la individualidad tras una apariencia estandarizada. La presencia efectiva de este espectro explica el intento de conjurarlo. Los cuerpos de las cuatro mujeres «hermanadas» quirúrgicamente a instancias de su prepaga son en consecuencia sometidos a un concienzudo escrutinio, por el que la enunciadora ha procurado identificar cualquier seña capaz de delatar «su origen común». Pero el examen arroja resultados reconfortantes; las «tetas de OSDE»⁶ no solo han sorteado con éxito el peligro de la homogeneización, sino que llegan incluso a funcionar como afirmación de la propia individualidad, en la medida en que se comprueba que «cada una de las chicas tiene lo que mejor le queda» (Pasik, 2010: 78).

Reconocemos en esta inflexión autoafirmativa el aspecto paradigmático de la cirugía estética en relación con el resto de las prácticas médicas comerciales. Abordar este aspecto nos exige explicitar algunos de los significados de un proceso de transformación que, hasta aquí, solo hemos sugerido aludiendo al desdibujamiento de los límites entre «curación» y «optimización». Una oportuna referencia, a este respecto, nos la ofrece el trabajo de la socióloga estadounidense Victoria Pitts-Taylor, quien inscribe la fascinación cultural que actualmente genera la cirugía estética en el marco de una mutación más general en el campo de la medicina. El vector de este cambio generalizado no sería otro que el propio concepto normativo de *salud*, cuya extensión se estaría ampliando desde el enfoque biomédico tradicional –fundado en el establecimiento de los parámetros fisiológicos que definen el «normal» funcionamiento del organismo humano– hacia un enfoque emergente que ha llegado a calificarse de «biopsicosocial», por cuanto incorpora cada vez más los aspectos sociales y psicológicos del sujeto en la determinación de una forma de vida «saludable».

Históricamente circunscripto al organismo enfermo, el accionar legítimo de la medicina ha comenzado de este modo a reclamar jurisdicción sobre la apariencia física y el cuidado personal. El concepto de práctica de salud, en consecuencia, desplaza su énfasis de las nociones de alivio del dolor y superación del estado patológico, poniendo en el lugar de este cometido lo que se conoce como el ideal del «*wellness*». Esta expresión describe un enfoque holista del bienestar humano basado en el equilibrio de mente, cuerpo y espíritu. Subyacente al apacible cuadro de la medicina puesta al servicio de la armonía integral del individuo, no obstante, no deja de advertirse el sometimiento de su ejercicio a una ideología que «posiciona al paciente como un consumidor que utiliza recursos médicos para el mantenimiento de su estilo de vida, apela a personas saludables, y vincula apariencia y belleza con aptitud (*fitness*) física y mental» (Pitts-Taylor, 2007: 28-9). Así pues, la beatitud del «*wellness*» en tanto promesa de la «medicina del estilo de vida» («*lifestyle medicine*») que consagra esta nueva era comporta, por contrapartida, el sordo malestar de un sujeto coaccionado a consumir servicios y tecnologías en procura, ya no de la «curación» del estado crítico de la patología, sino de

la «optimización» incesante de su estado «normal». Y la cirugía estética, en suma, representa la «forma arquetípica» de esta tendencia emergente del consumismo médico.

Autonomía del paciente y consumismo médico

Bajo el peso de estas transformaciones, también el sentido de los principios éticos fundamentales de la profesión médica es trastocado. De especial relevancia resultan los desplazamientos del principio de autonomía. La cristalización primaria de este principio en el campo de la medicina se halla en la aplicación del instrumento denominado «consentimiento informado», cuyo propósito formal es salvaguardar los valores y preferencias del paciente en la definición del tratamiento a seguir para restablecer su salud. En la práctica, con todo, esto plantea la eventualidad de que se generen conflictos entre las propias pretensiones del paciente, y el proceder indicado por la aplicación del otro gran principio ético que regula el acto médico, el de beneficencia. Se sanciona con este la obligación del médico de actuar en beneficio del otro, determinando con arreglo a su experiencia y conocimientos profesionales cuáles son las medidas que redundarán en el mayor interés del paciente.

Este delicado equilibrio ético entre los principios de autonomía y de beneficencia pierde su sentido ante el avance de una concepción mercantilizada del servicio de salud, cifrada en la ideología de la «medicina del estilo de vida». Como vimos, ya no se trata, en este contexto, de curar la enfermedad, sino de maximizar el bienestar. De este modo, la autonomía del paciente es equiparada a la facultad que asiste al agente racional que, enfrentado al abanico de opciones de autorrealización ofrecidas por el mercado, se muestra capaz de desplegar libre y estratégicamente sus elecciones de consumo en función de un «proyecto reflexivo» de identidad del yo (Giddens, 1995). El eje normativo de la deliberación –en lo que al acto médico concierne– es desplazado pues hacia una esfera donde la decisión individual del sujeto, en la medida en que sea «responsable» e «informada», goza de una soberanía indiscutida.

Uno de los efectos institucionales de este desplazamiento es la redistribución del peso de los riesgos inherentes al acto médico. El

consumo médico responsable impone al paciente la tarea de ponderar las competencias y credenciales de los distintos profesionales, al tiempo que presupone de su parte un adecuado nivel de información en torno a las expectativas y complicaciones posibles del procedimiento buscado. Predicado en estos términos, el respeto al principio de autonomía funciona como un aseguramiento para el médico frente a las potenciales tendencias litigiosas del paciente insatisfecho. Paradójicamente, este aseguramiento también significa para aquel una merma de su autonomía profesional, sometiendo su juicio a determinaciones de orden mercantil no siempre conciliables con razones estrictamente médicas.

El fetichismo de la autonomía del consumidor médico entra en consonancia con la ideología individualista del *wellness*. Es así como el dispositivo de la cirugía estética se adapta con presteza a la actitud instrumental hacia la propia subjetividad que promueve la cultura de la autoayuda (Pitts-Taylor, 2007: 148). En este contexto, el horizonte de sentido de la intervención ya no lo constituye la conformidad a parámetros y criterios corporales colectivamente definidos. El consumo de tecnologías médicas se reconoce, antes bien, orientado por un ideal individualizador: será pues cada cuerpo individual, en su singularidad irreductible, el que defina la propia norma estética al que la operación procurará aproximarle. La excelencia del cirujano dependerá, en buena medida, de la sofisticación de su juicio para captar las medidas, siempre variables, del equilibrio entre cuerpo y mente —se tratará de encontrar, para cada individuo, «lo que mejor le queda»—.

De «tratamiento psicológico» a «inyección de autoestima»

Creemos oportuno, en este punto, proponer una recapitulación que clarifique algunas particularidades del proceso al que hacemos referencia. Hemos procurado articular la comprensión histórica del dispositivo de la cirugía estética con arreglo a las tendencias convergentes de la medicalización de la apariencia y la mercantilización de la medicina. Contra ese trasfondo se entiende, por un lado, la postulación de un vínculo inteligible entre problemas estéticos y salud. Por otro, el progresivo apartamiento del estigma asociado con la incor-

poración de criterios comerciales al ejercicio de la profesión médica. Ahora bien, para que estas tendencias cristalicen en una reconfiguración del sentido histórico de la práctica, deberán ser subsumidas por un cambio cultural más amplio en los presupuestos ideológicos específicos del campo de la medicina, al que hemos abordado a propósito de la aparición de un concepto ampliado de salud «biopsicosocial».

La aceptación social creciente de la cirugía estética durante la postguerra ha de entenderse a la luz del papel cada vez más importante que los saberes psicoterapéuticos cobraban en la vida de los sujetos. Desde la perspectiva de la «nueva ciencia de la psicología», en palabras de Haiken (1997), la especialidad adquiriría verosimilitud en cuanto práctica médica: «Ya no era meramente una cirugía de vanidad; en cambio, era ‘psiquiatría con un bisturí’, vital para la salud mental» (p. 108). Distinciones conceptuales que habían pesado con fuerza sobre la autoconciencia profesional de las primeras generaciones de cirujanos plásticos –tales como la separación entre procedimientos estéticos y reconstructivos, o como las diferencias entre deformidad, malformación, y simple ‘fealdad’– perdían significación una vez encuadradas en el discurso psicológico. La analogía con el alivio del sufrimiento psíquico del paciente suministró la matriz imaginaria donde se inscribieron todas las pretensiones de legitimación profesional de la especialidad. Se impone la nueva ideología de la medicina del estilo de vida, no obstante, incluso esta analogía será repensada.

Encontramos nuevamente en el texto de Pasik un registro de este proceso. La cita directa, a propósito, erige al cirujano («el doctor Blugerman», para el caso) en portavoz de una nueva concepción terapéutica: «No consideremos la cirugía como una suerte de tratamiento psicológico, pero muchas veces funciona como una inyección de autoestima» (Pasik, 2010: 39). La proposición resulta reveladora en su aparente incongruencia. En un principio reniega de la consabida analogía con una práctica de salud mental, solo para reafirmar en seguida sus efectos positivos para el bienestar anímico. Con arreglo a nuestro interés, vemos en la conjunción adversativa un signo de la emergencia de la nueva modalidad de ejercicio del poder normalizador de la cirugía estética.

El trasfondo de nuestra interpretación es el ya aludido sometimiento de la medicina a la ideología de la optimización del estilo de vida. En este marco, la cirugía se diferenciará de un «tratamiento psicológico» por cuanto, contrariamente a este, no estará dirigida a aliviar el sufrimiento de un sujeto enfermo. Abjurando de esta vinculación a lo patológico, se la concebirá más bien como una intervención libremente elegida, tendiente a potenciar cualidades y capacidades de sujetos sanos. Estamos ahora en condiciones de apreciar, en virtud del contraste con la mortificada expresión de autoconsciencia profesional recogida en el texto de Macgregor, los beneficios que asisten a la posición del cirujano plástico al amparo de una ideología que exalta el consumismo médico y la instrumentalización del propio cuerpo.

Constatamos, en la desembozada arrogancia de sus expresiones, un sentimiento históricamente novedoso de seguridad y autoconfianza profesional de parte del cirujano plástico. Pero el valor «arquetípico» de la cirugía estética en el contexto de la reestructuración ideológica de la medicina no ha de hacernos perder de vista las más sutiles continuidades de su economía simbólica. Como veremos, estas continuidades nos remiten a la persistencia de valoraciones y estereotipos de género. Arribamos así a la reiteración, en el texto de Pasik, de un discurso ansioso ante la imputación (siempre latente para quienes participan de esta práctica) de una reprobable disposición a la vanidad.

«Ni tontas ni frívolas»

La centralidad del principio de la autonomía en la autocomprensión normativa de la cirugía estética no supone únicamente una limitación del arbitrio del cirujano. Se refleja allí una concepción ampliada de los derechos del paciente, pero, como consecuencia de la paralela resignificación del riesgo médico, también representará una evolución en el alcance de sus deberes. El análisis textual nos permite inferir –subyacente a estos cambios– la persistencia de ciertas valoraciones de género estereotipadas.

Observamos que, promediando su desarrollo, el texto adopta nuevamente una postura reflexiva ante su objeto. A esta altura, el

rotundo desconcierto del inicio ha dado ya lugar a una duda mucho más calificada. El desarrollo de la investigación ha permitido a la enunciativa matizar su inequívoco rechazo ante una práctica juzgada «opresiva y peligrosa» (para usar palabras de Davis), al punto de llegar a reconocer que, cuando la cirugía estética está «bien hecha», seguramente podrá «ayudar mucho a una mujer» (Pasik, 2010: 134). Ahora bien, pese a esta constatación, se sigue afirmando una cierta reticencia subjetiva ante la práctica: «no termino de saber si me haría algo o no». La postura vacilante de la enunciativa es de inmediato contrarrestada por la actitud realista y decidida de las entrevistadas que entendían a la cirugía «como lo que es: una ayuda con riesgos que suele tener excelentes resultados».

La mención recíproca de beneficios esperados y complicaciones posibles reclamará un llamamiento a la cautela. Se anuncia así la admonitoria intención de proclamar el deber de todo consumidor médico: «quiero que quede claro que hay que ser responsables» (Pasik, 2010: 134). Aquí es donde se nos empiezan a iluminar los sesgos de género presupuestos en la concepción normativa de la autonomía del paciente de cirugía estética. Como vemos, el comportamiento «responsable» se predica de un agente racional neutral respecto al género. Su opuesto, no obstante, se identifica de modo transparente con actitudes asociadas típicamente con la feminidad. Respecto al sentido normativo de esta particular práctica médica, hay especialmente una «idea» –se nos informa– que el texto se afana en «transmitir»: a saber, «que no cualquiera se puede operar, que no es ir a la peluquería» (Pasik, 2010: 135).

La cirugía estética se sitúa en un lugar de privilegio dentro del abanico de medios disponibles para tramitar los parámetros estéticos de la feminidad normativa. Ahora bien, en tanto tecnología médica, su aplicación exigirá de la mujer una disposición distinta a la habitualmente adoptada en el resto de las prácticas de belleza. El tono encarecido e imperioso con que el texto enuncia esta discriminación adquiere sentido en contraste con la sensación de confianza que acompaña a la exaltada posición del cirujano. Habida cuenta de las indudables ventajas que el recurso a sus servicios puede tener en la vida de una mujer, el texto se enfrentará a un desafío que, según

confiesa, hasta aquí no ha sabido superar, esto es, demostrar «que las que lo hacen no son tontas ni frívolas» (Pasik, 2010: 135).

La consolidación de la cirugía estética dentro de una constelación de prácticas y discursos terapéuticos ha permitido absolver a la figura del cirujano de la acusación de denigrar a la profesión, subordinándola a los reprobables designios de la vanidad humana. Advertimos, no obstante, que el estigma sigue pesando sobre la figura de la paciente. Este desequilibrio explica la ansiedad que no puede dejar de embargar a cualquier intento de entender el consumo de cirugías estéticas desde una perspectiva (filo)feminista. Las complicaciones normativas de toda práctica médica exigirán que, en su búsqueda de belleza quirúrgica, la paciente neutralice las actitudes y disposiciones anímicas distintivas de su género. Desviarse de estos preceptos tendrá consecuencias lamentables, que se harán sentir en distintos niveles. Si aborda la cirugía de un modo no «responsable», se entiende que en los hechos la mujer renuncia a los beneficios y protecciones que asisten al consumidor de cualquier otro servicio médico. Por otro lado, esta actitud merecerá una condena colectiva en la medida en que funciona como confirmación de un estereotipo de género negativo. Es sobre esta base, en efecto, que el texto postulará un supuesto interés femenino en reivindicar la importancia de la especialidad: «El prejuicio que hace creer que las cirugías son algo frívolo existe y nos juega en contra a todas» (Pasik, 2010: 61).

Señalar este aspecto ansioso –defensivo– en la posición enunciativa de la paciente de cirugía estética nos induce, por cierto, a discernir las marcas textuales reconocibles de semejante tonalidad emocional. Tanto el texto de Davis como el de Pasik dan cuenta de una acentuación de las investiduras afectivas de la enunciación toda vez que la acusación de un interés vanidoso es sugerida. Tales inflexiones son particularmente notables cuando involucran a la principal característica sexual secundaria de la mujer. La sobredeterminación simbólica de los pechos en tanto emblema de la sexualidad femenina explica, en efecto, que el aumento mamario sea la operación que motiva los más fervientes descargos.

En este sentido, notamos que «muchas» de las mujeres entrevistadas por Davis (1995) «expresaban indignación» ante la «suposición de que habían sido presionadas» en su decisión de someterse a

esta operación (p. 127). Ilustrativo a este respecto resulta el caso de «Caroline», quien asegura haberse sentido «enfurecida» cuando el cirujano plástico la consultó acerca de lo que pensaba su «novio» de la operación. Caroline refiere haber objetado con vehemencia las premisas mismas de la pregunta. El muchacho puede haberse sentido «satisfecho» con sus pechos antes de la cirugía, pero esto solo servirá para enfatizar la autosuficiencia del acto: «Simplemente no se trata de lo que *él* piense... *Yo* soy la que lo quiere hacer, ¿y qué importa lo que *él* diga?» (Davis, 1995: 127). En última instancia, la defensa se encomienda al invariable expediente legitimador del principio de autonomía: «Lo estoy haciendo por mí misma y no por otra persona».

Planteada en estos términos, la cirugía aspirará a volverse menos intratable para una sensibilidad atenta al desequilibrio en las relaciones de poder entre los géneros. En esta línea, Davis llega incluso a ponderarla como un «acto de coraje»; la experiencia, insólita para muchas mujeres, de pensar en sus propias necesidades antes que en las de los demás. Sosteniendo semejante interpretación, por cierto, Davis introducía una voz heterodoxa en el debate feminista sobre la cirugía estética, disidente aún —a comienzos de la década del 90— respecto a la postura inequívocamente condenatoria de la gran mayoría de autoras que habían abordado el tema. Ahora bien, por contraste a esta originaria marginalidad académica, observamos que en el texto de Pasik (2010) la fuerza de esa creencia aparece prácticamente arraigada en el sentido común:

... la cirugía es más para la mirada de una que la de los otros. Eso yo lo sé porque mi deseo de tetas más grandes no tiene que ver con la seducción. Todavía no encontré a ninguna mujer que se haya hecho algo porque su marido le dijo, para conseguir novios, por lo que piensen los hombres. Importa lo que piensa una de sí misma y, después, las otras. Otras mujeres. Las que dicen que lo hacen para seducir a un hombre les mienten. O se mienten a sí mismas (p. 161).

Alegatos de tal vehemencia ya no se encuentran del lado del cirujano plástico. Veremos en sus palabras, antes bien, el reflejo de la privilegiada posición científico-normativa desde la que son enun-

ciadas. La actual configuración de saber-poder en que se manifiesta el dispositivo de la cirugía estética ha consagrado al cirujano en tanto experto en la solución autorizada de los problemas de estética corporal femenina. No obstante, las condiciones institucionales y económicas en que esta consagración acontece son, al mismo tiempo, razón de su vulnerabilidad constitutiva.

Cirujano y paciente ante los procedimientos « mínimamente invasivos »

La legitimidad social de que dispone el saber médico –en su articulación histórica con una incitación ideológica a la optimización del estilo de vida– proyecta sobre el cirujano plástico los beneficios y privilegios del acceso al conocimiento científico en cuestiones de belleza física y cuidado personal. Será él quien detente el monopolio de las tecnologías médicas cuyo uso asegurará al sujeto la optimización de su estado de salud «biopsicosocial». Su práctica, por lo demás, se insertará en una dimensión existencial estructurante de la identidad subjetiva; los efectos de la cirugía transforman el «ser en el mundo» del paciente en un sentido que trasciende el mero tratamiento de la enfermedad.

Ahora bien, en la medida en que este «proyecto reflexivo» del yo se instrumenta en la esfera del consumo, la posición privilegiada del cirujano se somete también a las tensiones de la razón mercantil. Sus conocimientos y competencias estarán, en efecto, sujetos a las mismas reglas de la competencia económica que en otros mercados de consumo. En tanto agente de la norma estética, advertimos que el juicio del cirujano estará mediado por sus relaciones de propiedad respecto a las tecnologías comercialmente disponibles.

Encontramos en el texto de Pasik una instancia de este juicio; corresponde a un pasaje en que se consideran los procedimientos de alteración quirúrgica de los labios (queiloplastia). La voz del cirujano plástico («el doctor Pedro», para el caso, figura que tendrá, como veremos, una importante presencia a lo largo de esta investigación) es citada en una sucesión de evaluación estética y fe de vocación pedagógica: «Hoy se siguen haciendo bocas que quedan raras para

siempre y, de todos modos, muchas mujeres siguen viniendo a pedir aumento de labios. El tema es que no están bien informadas y lo importante es informarlas» (Pasik, 2010: 151). El saber médico es afirmado en tanto árbitro del estatuto social de una tecnología: «La silicona siempre estuvo mal vista y, en los últimos años, desde que surgió la controversia en Estados Unidos, ya se dejó de poner en el rostro»⁷. Este es el punto en que la autoridad de la medicina es enraizada por las tendencias gemelas a la desregulación y la mercantilización.

Convertidas en mercancías altamente demandadas, las tecnologías de embellecimiento corporal inevitablemente escapan al control monopólico de la profesión médica. Su uso se expone, en consecuencia, como un flanco vulnerable a los avances conquistadores de agentes foráneos. Este riesgo merece una severa prevención: «Sin embargo, hay algunos que no son cirujanos, sino esteticistas, que siguen inyectando siliconas para aumentar labios o disimular surcos». Se presiente aquí una transgresión de la máxima gravedad; al pronunciar estas palabras, el doctor Pedro, por primera vez, «deja de sonreír». Entendemos la magnitud de la ofensa en tanto amenaza a lo que la profesión tiene de máspreciado, el vínculo fiduciario médico-paciente: «Esos son criminales, y las mujeres que confían en ellos, víctimas» (Pasik, 2010: 151).

El asunto de las disputas territoriales en torno a las fronteras simbólicas que determinan la legítima utilización de las tecnologías de embellecimiento nos ofrece la oportunidad de aproximarnos al complejo y dinámico entramado de correlaciones mutuas entre juicio estético, dimensiones económicas y normas de género. Nuestro interés se dirige al consumo creciente de los procedimientos denominados «mínimamente invasivos». A este respecto, la aplicación con fines estéticos de inyecciones de toxina botulínica es un caso testigo.

El caso del Botox

Consideraremos detenidamente la significación de lo que se conoce como procedimientos «mínimamente invasivos» en el Capítulo tres. Especial atención dedicaremos a la práctica de las inyecciones de

toxina botulínica tipo A, cuyos orígenes históricos en tanto tratamiento neuroquímico para el estrabismo, y subsecuente transposición al ámbito de la cirugía estética (donde se explotarían sus virtudes para el tratamiento de arrugas y surcos faciales, aplicación que lo llevó a convertirse en el procedimiento más demandado de la última década), han significado el impulso definitivo para el avance de la lógica mercantil por sobre la racionalidad médica del dispositivo. En este sentido, el uso generalizado de la designación comercial «Botox» se entenderá como un índice lingüístico de la subordinación del acceso y la distribución del conocimiento científico –así como del aprovechamiento de las tecnologías– a un régimen privatizado de propiedad.

Por lo demás, la naturaleza, en rigor, «no quirúrgica» del procedimiento, lo resignifica profundamente en cuanto práctica médica. Así pues, su consumo es susceptible de trascender, no solo los confines hospitalarios, sino incluso los del consultorio mismo. Incorporada a un escenario doméstico, la aplicación de inyecciones de Botox podrá vincularse con un sentido de la sociabilidad femenina ajeno a cualquier otro procedimiento o tecnología médicos. Asimismo, el carácter temporario de sus efectos (rasgo que comparte con la mayoría de las otras prácticas «mínimamente invasivas») promueve que su consumo, naturalmente reiterativo, se encuadre en una interpretación ritualista.

Resulta comprensible, a esta luz, que el texto caracterice a las pacientes de este procedimiento como «devotas del Bótox (sic)» (Pasiik, 2010: 99). La expresión sugiere una particular modalidad de consumo; no contemplamos un acto aislado y contingente, sino una relación continua y de gran significatividad. La relación del sujeto con la tecnología cristaliza en un hábito, a través de cuya mediación la finalidad médica resulta subsumida por un propósito de celebración y cultivo de la confraternidad femenina. Determinadas restricciones técnicas y comerciales del producto (la sustancia inyectable se comercializa en un frasco equivalente a veinte dosis, pero, una vez abierto, el remanente debe ser desechado) han sido simbólicamente procesadas en ese sentido, alentando así su aplicación en un contexto grupal, circunstancia que ha resultado en la institución de las denominadas «Botox parties».

Ahora bien, junto con este encuadre inequívocamente apolo-gético, notamos que la visibilidad mediática creciente de este popu-lar procedimiento estético no deja asimismo de evocar imágenes negativas en las potenciales pacientes. El primer registro textual del Botox, por cierto, es el reconocimiento de una recelosa prevención ante «ese horrible efecto como de esponjosidad» comúnmente atribuido a su uso, vale decir, «la cara casi acolchonada que se ve tanto en los políticos y la farándula de hoy, eso es algo que puede pasar, me digo» (Pasik, 2010: 99). Pero será nuevamente la voz del doctor Pedro la que mejor logre conjurar este atisbo a la imaginería del espanto quirúrgico. Se nos ofrece con ella un testimonio clave en el desciframiento de las relaciones prácticas entre juicio estético, autoconciencia profesional y valoraciones de género:

El efecto este de caras como infladas que se ve tanto ahora no es de Bótox (sic). Esto es porque son mujeres que después de operarse, por ejemplo hacerse un lifting, se encontraron un pocito y entonces empezaron con la obsesión de rellenarse. Y algún irresponsable o ambicioso les pone silicona en la cara, cosa que está prohibida, o se rellenan con corticoides o se hacen una sobredosis de toxina botulínica... Y esas terminan siendo las caras redondas, casi sin ojos, que por ahí se ven en pantalla. Una arruga recontraestirada (Pasik, 2010: 100).

Advirtamos el modo en que se distribuyen las culpas de este horrendo cuadro. De entrada, «Bótox» es absuelto de culpa y cargo. Esto allana el camino para que el veredicto recaiga con todo su rigor sobre los sospechosos habituales, la paciente irracional y el médico inescrupuloso. Conducido por un excesivo afán de lucro, este incurrirá en un proceder, no solo reñido con la ética, sino abiertamente ilegal: fraudulentamente pondrá a la infame «silicona» en lugar del intachable Botox. A su vez, cuando este último es contemplado en su potencial nocivo, abjurará de su inocuo y simpático alias comercial, para recibir en cambio su sombría denominación científica, «toxina botulínica».

Por otro lado, este enfoque científico es también invocado como sostén para los reclamos de exclusividad sobre la práctica. Vemos aquí una ilustración concreta del cirujano plástico operando

en calidad de mediador entre el saber médico y la gestión tecnológica de la norma de estética corporal. El texto cita a otro cirujano («el doctor Patané») sancionando, en un mismo enunciado, una aplicación técnica y un mandato de disciplinamiento del cuerpo femenino: «La toxina botulínica es una excelente opción para aquellas mujeres que quieren comenzar con algún tratamiento preventivo, ya que se va perdiendo el hábito de contraer los músculos al gesticular» (Pasik, 2010: 102). Se advierte la redundancia establecida entre los efectos orgánicos de cierta tecnología (la paralización de los músculos faciales, para el caso), y una determinada articulación de valores culturales (previsión, autocuidado, juventud, etc.).

Ahora bien, predicada de una tecnología, en rigor, «no quirúrgica», esta prescripción expondrá al cirujano a la carga de justificar su reclamo de exclusividad profesional. Se sigue entonces una debida aclaración: «Es importante realizar la consulta con un cirujano estético y no con una esteticista o dermatólogo». Se despliega así –tomando al cirujano plástico como referencia– un juego de oposiciones cruzadas. El ejercicio desregulado de la medicina lo induce a oponerse al avance de otras especialidades sobre los procedimientos de la cirugía estética. Como se ve, esta disputa intraprofesional es representada como una rivalidad masculina –el «dermatólogo» intentando invadir el territorio de otro varón, el cirujano–. Cuando la amenaza proceda desde fuera de los límites de la medicina, la posición de este aparece tanto más segura en la medida en que aquella está representada por una profesión de rango menor, y netamente identificada con lo femenino –«una esteticista»–. Su supremacía, en definitiva, es consagrada inscribiendo la evaluación estética en la función del diagnóstico clínico: «el cirujano es el que sabe evaluar la cantidad de dosis (unidades) necesarias para cada caso» (Pasik, 2010: 102).

La consideración de los procedimientos estéticos «mínimamente invasivos» nos permite, en fin, terminar de trazar la trayectoria de ciertas tendencias cuyos efectos incipientes se anunciaron ya en el texto de Macgregor. Aquellos nos revelan, en estado consumado, la afinidad electiva entre el «imperialismo tecnológico» de la ciencia médica y el ímpetu colonizador del mercado. La emergencia de este tipo de intervenciones dentro de los confines de la medicina será

entendida, en este sentido, como un signo de la subordinación definitiva de su ejercicio profesional a un modelo comercial y privatizado de prestación de servicios.

Este proceso ilumina, por otro lado, el desplazamiento en la perspectiva enunciativa del cirujano plástico, desde una posición de vigilancia y evitación de los usos comerciales de la tecnología médica, a otra desde la cual el interés principal será reivindicar el legítimo monopolio sobre los mismos. A través de la lectura del texto de Davis, hemos visto de qué modo el reconocimiento institucionalizado de la cirugía estética por parte del Estado de Bienestar inscribe la función del cirujano entre los engranajes burocráticos de un aparato estatal terapéutico. Bajo el imperio ideológicamente fortalecido de una concepción mercantilizada de servicio médico –dominio emblemático por el consumo de técnicas «mínimamente invasivas»–, ella es en los hechos reducida a la de intermediario de un «complejo médico-industrial» (Sullivan, 2001), entendiéndose por tal al conglomerado de corporaciones transnacionales encargadas de la producción de los materiales e instrumentos necesarios para el funcionamiento del dispositivo de la cirugía estética, y cuyo interés último, por cierto, no será otro que alentar la demanda creciente de sus productos.

Las determinaciones técnicas de estos procedimientos «no quirúrgicos» promueven, por lo demás, tanto la ampliación como la intensificación del alcance disciplinador de la norma estética. Tal como nos anuncia la voz autorizada del cirujano, uno de los usos indicados del Botox es el «preventivo», lo que significa que las pacientes están comprometidas por el problema estético del envejecimiento facial desde etapas más tempranas de su vida. Asimismo, las herramientas instrumentadas para su solución adquieren un carácter cada vez más especializado. En este sentido, observamos que el ideal de juventud ha comenzado a elevar una insólita prescripción: nada menos que «perder el hábito de contraer» los músculos faciales.

El consumo de cirugías estéticas en el marco de la crítica al «proyecto disciplinario de la feminidad»

En su ya clásico libro *The Beauty Myth* («el mito de la belleza», publicado en 1990), la socióloga estadounidense Naomi Wolf articula uno de los más implacables alegatos contra el carácter opresivo y victimizante de los ideales de belleza femenina en la cultura contemporánea. Uno de los capítulos del libro está por completo dedicado a efectuar una cruenta disección analítica de los discursos y prácticas del dispositivo de la cirugía estética. En este contexto, Wolf repara específicamente en la jerga y las metáforas que emplean los cirujanos plásticos para divulgar sus procedimientos en el discurso público. El habitual recurso a imágenes estereotipadamente asociadas a las tareas de la esfera doméstica todavía contribuía –en un momento histórico en que la cirugía estética no gozaba aún de la ubicua visibilidad mediática que ostenta hoy en día– a dotar a la práctica de un cierto aire de familiaridad, bajo cuyo influjo la intervención quirúrgica, con todos los riesgos que ella comporta, se prestaría a ser «trivializada» e «infantilizada». La calificación «cosmética» –habitual en idioma inglés– se revela a esta luz como otro subterfugio lingüístico usado para mistificar la naturaleza realmente grave de esta clase de procedimientos quirúrgicos. La afirmación del carácter irreversible de sus efectos opera entonces como elocuente medida de tal gravedad: «La cirugía la cambia a una para siempre, la mente así como el cuerpo» (Wolf, 1990: 257). Cronológicamente situado a fines del siglo pasado, el alegato de Wolf refleja con atormentada lucidez el proceso –iniciado aproximadamente un par de décadas antes– de reconfiguración simbólica del dispositivo de la cirugía estética. Reclamaba pues que se empezara a hablar en términos «serios» de esta particular práctica médica, de lo contrario, «el milenio de la mujer hecha por el hombre estará sobre nosotras, y no habremos tenido opción» (Wolf, 1990: 257).

La opresiva imagen de «la mujer hecha por el hombre» entraña una alusión al mito de Pygmalion, el escultor que modelara la estatua de una figura femenina –a quien dio el nombre de Galatea– tan inconmensurable en su belleza que se enamoró de ella, recibiendo luego la recompensa divina de dar vida a su creación, convertida

de este modo en su esposa. Las vicisitudes afectivas del vínculo cirujano/paciente –toda vez que el sentido de sus investiduras, así como la efectividad de su destinación idealizadora, determinarán en gran medida la viabilidad subjetiva de la experiencia de la cirugía estética– recibirán de nuestra parte, por cierto, una atención destacada a lo largo de esta investigación. Por el momento, con todo, nos interesa concentrarnos en la peligrosa contradicción que a juicio de Wolf existe entre las imágenes lúdicas y el sentido de transitoriedad evocados por la calificación «cosmética», y los riesgos y la gravedad que conlleva una intervención quirúrgica que altera definitivamente el parecer corporal –así como el ser «mental»– del sujeto femenino.

De modo análogo, entendemos que la calificación «mínimamente invasivas» enmascara el verdadero despliegue de procedimientos cada vez más sofisticados en su poder de disciplinamiento corporal. Aplicables en condiciones médicas ambulatorias, destacamos la proximidad simbólica entre estas intervenciones y otros consumos y prácticas constitutivos de la feminidad –proximidad que entendemos plasmada en la costumbre de las Botox *Parties*–. La inscripción del consumo médico en un contexto asociado con experiencias placenteras, nuevamente, refuerza el efecto de mistificación de las verdaderas relaciones de poder que en él se ponen en escena.

Establecido este aire de familia imaginario con las prácticas de belleza convencionales, los procedimientos no quirúrgicos como el Botox nos suministran una perspectiva privilegiada desde la cual discernir la adscripción funcional del dispositivo de la cirugía estética a lo que la filósofa estadounidense Sandra Lee Bartky denomina «complejo moda-belleza». A través de este concepto pretendemos remarcar la consustancial complementariedad entre esta particular práctica médica, y las estructuras y prácticas socioculturales que sustentan el funcionamiento del proyecto disciplinario de la feminidad normativa.

El sentido de la transformación tecnológica del cuerpo femenino ha de entenderse, en estos términos, sobre el trasfondo de un incesante bombardeo mediático de imágenes de perfección física, dinámica en la que arraiga un sentimiento difuso y generalizado de deficiencia corporal. En la medida en que el cuerpo *ideal* es algo que la mujer, por definición, *no es*, el propósito de cualquier interven-

ción de embellecimiento físico está destinado a verse, en alguna medida, frustrado. Según Bartky (1990), esta lógica daría cuenta de lo que describe como «el carácter compulsivo e incluso ritualista» que a menudo adoptan las tecnologías de la feminidad (p. 72).

Contemplamos, a este respecto, los efectos subjetivos del complejo moda-belleza. Al acuñar tal expresión, uno de los propósitos de Bartky ha sido enfatizar que, en tanto conglomerado de corporaciones interesadas en la maximización de la rentabilidad, ella remite a una *estructura objetiva* análoga a la del «complejo militar-industrial» –homologable asimismo, y funcionalmente concurrente (tal como argumentaremos a lo largo de este tesis), al complejo médico-industrial–. Ahora bien, en lo que concierne a la *dimensión subjetiva* de su funcionamiento, lo relevante es la producción sistemática en la conciencia femenina de un «extrañamiento de su ser corporal». Al tiempo que la cultura patriarcal identifica a la mujer con su cuerpo en tanto objeto sexual, el complejo moda-belleza construye a este cuerpo como deficiente, induciendo a la mujer a adoptar ante él una actitud de rechazo y desaprobación. Sería pues «la iglesia», en este sentido, la institución que ofrece la analogía más adecuada.

Al igual que la iglesia, en efecto, el complejo moda-belleza opera cultivando en sus adherentes «muy profundas ansiedades sobre el cuerpo», presentándose a continuación como el único instrumento capaz de quitar «la culpa y vergüenza» que él mismo ha producido (Bartky, 1990: 41). En un caso, esto corresponde al ejercicio pastoral de la expiación; en otro, a la aplicación de tecnologías que prometen la consecución de determinados atributos corporales idealizados. La eficacia ideológica del complejo moda-belleza dependerá, en última instancia, de su capacidad de encuadrar los efectos disciplinarios de estas tecnologías en una experiencia de gratificación personal a través del consumo.

Es con arreglo a esta exigencia que cobra sentido la proyección del «estilo de vida» sobre el horizonte valorativo de una nueva comprensión histórica de la medicina. De cara a esta configuración emergente, los beneficios psicológicos seguirán siendo invocados como la razón determinante de la cirugía estética. Sin embargo, a diferencia de lo que sucedía bajo el imperio del tradicional concepto biomédico de salud, esa razón ya no se articula en primer término

como un alivio del sufrimiento psíquico del paciente a través de la corrección de su defecto físico. La intervención apunta, antes bien, a un mejoramiento generalizado del bienestar «biopsicosocial» del consumidor. Se inscribe así en un lugar destacado dentro del abanico creciente de servicios médicos concebidos, ya no como tratamientos de la enfermedad, sino como formas de cuidado personal y automejoramiento.

El ejercicio de la autonomía individual, en este contexto, opera como encuadre formal para los concretos efectos disciplinarios de la tecnología médica, y la experiencia jubilosa de autoafirmación, como vector ideológico de una particular modalidad del poder normalizador. Críticas feministas de inspiración foucaultiana no dejaron de poner de relieve la relevancia de este proceso para el análisis de la cirugía estética en tanto tecnología de género. Una intervención señera en este sentido es la de la filósofa estadounidense Kathryn Pauly Morgan, plasmada en su artículo «Women and the Knife: Cosmetic Surgery and the Colonization of Women's Bodies», de 1991 (título cuya cacofónica traducción literal sería «las mujeres y el bisturí: la cirugía cosmética y la colonización del cuerpo de las mujeres»). Atenta a la emergencia, en su momento, de un nuevo horizonte valorativo para el ejercicio del poder normalizador de la medicina, Morgan (2009) llamará la atención sobre los discursos en los que la búsqueda femenina de «belleza a través de la transformación» es asociada con «experiencias vividas de autocreación, autorrealización [y] autotranscendencia» (p. 56). Lejos de descartarlas por «ilusorias», la actitud crítica ha de cuidarse de no «subestimar» la capacidad de estas experiencias para dotar de una cierta «integridad» a la vida de una mujer. La decisión de someterse a un procedimiento médico con el objeto de crear una apariencia de belleza y juventud puede, en efecto, instaurar el sentimiento de una identidad que ha sido libremente elegida.

Ahora bien, valoradas contra el trasfondo de sus condiciones institucionales de realización, estas experiencias ejemplares de autonomía subjetiva revelan su aspecto «paradójico». Desde esta perspectiva, el consumo de cirugía estética –reivindicado como una instancia paradigmática de elección racional– no dejará de revelar el entramado sistémico de coerciones culturales de las que de hecho es

un producto. Desde aquí también se disciernen, asimismo, las limitaciones materiales a la apuesta teórica de Davis por articular las diferencias entre un discurso sobre el «derecho a ser hermosa» y otro sobre la «necesidad de ser común y corriente».

Es comprensible que las más elocuentes respuestas que generó el texto de Davis desde el campo académico, hayan tenido por eje una reafirmación de la actualidad victimizante y opresiva de la cultura de la belleza femenina. Emblemática, a este respecto, es la objeción que Susan Bordo dirigiera contra la propuesta de validar conceptualmente la interpretación de la cirugía estética como una forma de «recobrar el control» sobre la propia vida. Bordo (2009) denuncia el énfasis en la noción de «agencia» como una réplica académica de los motivos ideológicos del «individualismo triunfante» y del «heroísmo mente-sobre-materia» (p. 27). Exaltadas por la cultura de consumo, el sentido de estas apelaciones a la voluntad y al deseo individual solo se materializa en su convergencia contradictoria con la representación que postula a los sujetos como «defectuosos, carentes, inadecuados» (Bordo, 2009: 27). Por nuestra parte, suscribiendo al sentido general de semejante crítica ideológica, nos interesa apuntar el modo en que ella destaca el patrón *coercitivo* en el que por cierto ha de inscribirse todo procedimiento estético *electivo*:

... en una cultura que hace proliferar el defecto y en la que el cuerpo quirúrgicamente perfeccionado ('perfecto' de acuerdo a ciertos estándares, desde luego) se ha convertido en el modelo de lo 'normal', incluso el cuerpo común y corriente se convierte en el cuerpo defectuoso (Bordo, 2009: 28).

Tales son las condiciones estructurales que permiten explicar la «paradoja» según la cual, cuando se trata del consumo de cirugías estéticas, lo que a primera vista parecieran «instancias de [libre] elección», a la postre no resultan sino «instancias de [obligatoria] conformidad» (Morgan, 2009: 57). Específicamente, Morgan (2009) discierne, subyacente a esta dinámica paradójica, el funcionamiento combinado de dos tendencias ideológicas diferenciables: a saber, el mandato de alcanzar la perfección a través de la tecnología —esto es, un «imperativo tecnológico de la belleza»—, por un lado, y la «doble patologización» del cuerpo femenino, por otro (p. 60).

La consideración de estas críticas feministas de inspiración foucaultina nos suministra así los elementos para una recapitulación conceptual del recorrido histórico de la cirugía estética en tanto dispositivo de normalización. En el texto de Macgregor (1974), observamos que el poder de la norma estética se instrumentaba en virtud del «interés activo» que se reclamaba a quienes ejercían esta particular práctica médica: «Cualquier cosa que esté mal y que pueda ser corregida, debe ser corregida» (p. xiv). El «imperialismo tecnológico» que signó el desarrollo de la medicina moderna se infunde pues de valor normativo, subsumido por el mandato moral que interpela al cirujano plástico: aliviar el sufrimiento del paciente desfigurado.

Así las cosas, la referencia crítica a los mecanismos disciplinarios de la cultura de la belleza nos permite, en fin, articular la traducción ideológica que este mandato recibe en el contexto histórico del presente. En un orden de posibilidades técnicas ampliadas –mediado a su vez por una concepción extendida del campo de injerencia de la medicina– el poder que toma al cuerpo femenino como su objeto se ejerce con arreglo a una racionalidad de «optimización». De aquí la inspiración para reformular el enunciado de ese «interés activo» que se espera del cirujano: «Cualquier cosa que sea ‘normal’ y pueda ser perfeccionada, debe ser perfeccionada».

Atribuir una finalidad «optimizadora» (la de «sobrepasar» lo normal) a un dispositivo que entendemos como fundamentalmente «normalizador», es un juicio solo en apariencia contradictorio. Contrariamente a la retórica abstracta de la autonomía que reina indiscutida en los discursos hegemónicos del consumismo médico, la relación de los sujetos con las tecnologías médicas –y en particular la de las mujeres con la cirugía estética en tanto tecnología de género– no deja de estar sobredeterminada por una serie de coerciones concretas y tangibles. A propósito, es la dinámica que Morgan describe como «doble patologización» del cuerpo femenino, la que mejor nos sirve para poner en evidencia la actualidad innegable del poder disciplinario ejercido por esta particular práctica médica.

La cirugía estética, una disciplina de la voluntad: el «miedo al cambio» patologizado

A través de la lectura del texto de Macgregor, establecimos a la medicalización de la apariencia como una consecuencia inherente a la colonización tecnológica del cuerpo humano. Este proceso cristaliza, por cierto, en el marco de determinadas tendencias culturales. Ilustrativamente, Haiken cita un artículo a cuyo autor presenta como un adelantado «campeón de la cirugía cosmética», el cirujano californiano Herbert O. Bames. Se trata de un informe publicado en una edición de 1950 de la revista *Plastic and Reconstructive Surgery*, bajo el descriptivo título de «Breast Malformations and a New Approach to the Problem of the Small Breast» (vale decir, «malformaciones del pecho y una nueva aproximación al problema del pecho pequeño»). Conforme a lo anunciado, Bames identificaba en el artículo tres tipos diferenciados de «malformación de los pechos» femeninos: a saber, «hipomastia», «hipermastia» y «gigantomastia». El desarrollo de procedimientos quirúrgicos de reducción mamaria implicaba que, hasta ese momento, la cirugía plástica solo había reconocido el carácter problemático de las dos últimas.

Pero las transformaciones culturales de la postguerra desplazaron el foco de atención hacia la primera de dichas «malformaciones»: «La hipomastia causa sufrimiento psicológico más que físico. Su corrección ha estado recibiendo una mayor atención sólo desde que nuestro 'culto del cuerpo hermoso' ha revelado su existencia en números bastante amplios» (citado en Haiken, 1997: 236). Correspondía pues a la cirugía plástica idear para este problema una solución más satisfactoria que la que ofrecía la industria multimillonaria de los «corpiños rellenos» («*falsies*). Movilizado por el «sufrimiento psicológico» que manifestaban las innumerables mujeres aquejadas del emergente mal, Bames se comprometió con tal cometido, consagrando su inventiva y talento quirúrgico a la concepción de un procedimiento de aumento mamario a través de injertos de grasa autóloga, extraída de los glúteos de la misma paciente.

Las limitaciones técnicas frustraron el propósito estético del procedimiento; la grasa injertada tendía a ser rápidamente reabsorbida por el organismo, en formas, por lo demás, asimétricas e irre-

gulares. El «problema del pecho pequeño» permaneció sin una solución médicamente aceptable hasta que, en 1962, los cirujanos plásticos estadounidenses Thomas Cronin y Frank Gerow implantaron la primera prótesis mamaria de gel de silicona, desarrollada en conjunto con la empresa Dow Corning. Doblegada ante el impulso conquistador del imperialismo tecnológico, la malformación conocida como «hipomastia» se convertía así en el principal móvil del involucreamiento creciente del complejo médico-industrial en el dispositivo de la cirugía estética. En definitiva, el cuerpo femenino patologizado se empezó a concebir como tributario del cuerpo femenino mercantilizado.

Ahora bien, con esto hemos apuntado a la primera instancia de la «doble patologización». Pero entendemos que es justamente en el segundo momento de esta dinámica donde se condensa la singularidad histórica del actual modo de funcionamiento de la cirugía estética. Morgan aborda esta cuestión sobre la base de un proceso que, en términos generales, es el que hasta aquí nos ha ocupado, vale decir, la aceptación cultural creciente de esta particular práctica médica. Desembarazado de sus vergonzantes asociaciones con «lo calladamente desviado» o «lo patológicamente narcisista», el embellecimiento quirúrgico —sostenía la filósofa a principios de la década del 90— «se está convirtiendo en la norma». Sobrevendría, en consecuencia, una «predecible inversión de lo desviado y lo patológico», de tal modo que son las mujeres que deciden *no someterse* a una cirugía las que de ahora en más se exponen a la estigmatización (Morgan, 2009: 50).

A la luz de tal «inversión» (diagnóstico por su parte tampoco exento, cabe advertir, de discutibles presupuestos axiológicos), se nos revela el pleno alcance de los efectos disciplinarios de la cirugía estética. Su productividad en tanto dispositivo de normalización de la subjetividad femenina no ha de medirse únicamente en función de sus intervenciones efectivas sobre la apariencia del cuerpo. Será en sus inscripciones psíquicas donde este poder se manifieste en toda su virulencia. El dispositivo normalizador de la cirugía estética, en efecto, se activa «antes del cuerpo», proyectando su función de control hacia lo que Foucault (2007) describe como «el plano de la virtualidad, la disposición, la voluntad, el nivel del alma» (p. 73). Previ-

siblemente, es en el texto de Pasik –en tanto registro específico de la configuración de saber-poder de la especialidad en el presente– donde encontramos la articulación discursiva de esta dinámica.

El texto concede un lugar significativo al relato de una de sus entrevistadas en particular. Se trata del caso de «Noé», una mujer de 35 años de edad, de quien se nos informa el hecho de haberse sometido a una operación de aumento mamario un año antes. El primer encuentro entre la autora y su entrevistada es gestionado a través de una amiga en común: «Flor, mi amiga actriz», cuya caracterización de Noé –de quién es «colega»– refiere sucintamente: «... que es divina, me dijo, que no se le nota nada, me aseguró, que no lo cuenta, me avisó, pero que conmigo sí va a hablar, parece, dijo» (Pasik, 2010: 166). La referencia a la discreción en torno al propio historial quirúrgico no deja de ser significativa: ¿a qué atribuir este afán de callar la operación? El interrogante será precisado en su sentido pocas líneas más adelante, cuando la propia enunciadora elabore la primera impresión visual que le ha causado Noé. Tal como se lo enuncia, este juicio da cuenta de la actualidad de ciertos estereotipos de género asociados a las consumidoras de cirugía estética, en especial a las de aumento mamario. En virtud de la alusión a la estrella de Hollywood, la creencia que postula a este consumo como una indulgencia a una vanidad femenina nunca del todo exenta de deslizarse hacia lo «patológicamente narcisista» es, implícitamente, reafirmada. Tras una sumaria descripción física, la enunciadora sintetiza: «... desde el prejuicio del que mira de afuera, no da con el perfil de ‘la típica mina que se hace las lolas’. Aunque sea actriz. A pesar de parecerse a Nicole Kidman antes de todas las intervenciones» (Pasik, 2010: 167).

De inmediato, este semblante físico es prolongado en una apreciación anímica, cuyo sesgo de género no es menos evidente: «... siento que Noé es muy frágil, que hay que tener cuidado para que no se asuste» (Pasik, 2010: 168). Contrariamente a la efusividad suscitada en otras ocasiones, el aumento mamario parece inspirar en este caso una actitud reticente y recelosa. Pero una vez superada la inicial cautela, el intercambio adopta de lleno un tono confesional. Destacamos, de entrada, la manifestación simultánea, en boca de Noé, de un reconocimiento del problema estético y de una denega-

ción del sufrimiento subjetivo que a este se atribuye: «Las ganas estuvieron siempre, pero no es que antes sufría un complejo espantoso. La sensación tiene más que ver con la falta, con un lugar del cuerpo que menos mostraba y que me fui acostumbrando a esconder casualmente» (Pasik, 2010: 168). A continuación, el relato de Noé nos instruye acerca de las raíces valorativas del recelo aparente respecto a la intervención que habría de optimizar los signos físicos visibles de su sexualidad: «Al principio veía la idea de la cirugía como algo muy frívolo, así que no era una opción». Este rechazo es puesto en crisis por un episodio «revelador»: la propia operación de «una amiga»; experiencia que genera en Noé un esclarecido cambio de perspectiva, merced al cual le será dado aprovechar la liberadora alternativa de empezar «a hablar de eso en análisis».

El texto se explaya sobre el subsecuente proceso de transformación psíquica y corporal, refiriendo directamente la voz de la propia interesada. Este discurso es incorporado *in extenso* bajo la forma de una sección titulada «Noé, sus tetas y el psicoanalista» (Pasik, 2010: 168-175). Transcribimos su primer párrafo, donde encontraremos una clave para elucidar la dinámica de «doble patologización» por la que el dispositivo de la cirugía estética instrumenta la normalización de la subjetividad femenina:

Hablando en terapia pude ver muchas cosas, pero lo más importante que descubrí fue que toda esa carga que le ponía a la frivolidad y por lo que rechazaba de plano la idea de hacerme una cirugía, en realidad tenía que ver con el miedo al cambio, con mis propias inseguridades. Ponerse lolas es una transformación y transformarse asusta. Da miedo ser quien una quiere ser. Pero no se puede reprimir un deseo, las ganas de hacer algo, sólo por el qué dirán. Incluso aunque sea mi qué dirán. O sea, mi qué diré, jajá (Pasik, 2010: 168-9).

No deja de ser llamativa la articulación unívoca que este discurso establece entre diván y quirófano. Entre el uno y el otro, en efecto, contemplamos el despliegue irrestricto del poder disciplinario sobre la mente y el cuerpo femeninos. Proceso que además se revela mediado por los efectos materiales de la exaltación ideológica del principio de la autonomía. En un contexto histórico en el que la

disposición al cambio, a la autocreación y al automejoramiento se elevan al rango de imperativos culturales, un perfil subjetivo refractario a tales actitudes justificará la activación de los mecanismos correctivos pertinentes. La relación del sujeto con «el deseo de transformarse» (de «ser quien una quiere ser») se convierte así en el objeto determinante del juicio normalizador. Es sobre este plano de «virtualidad» donde se registra la incidencia más notable de un poder disciplinario que ha abjurado de todo revestimiento coercitivo. De este modo se explica que la incitación constante a ejercer el derecho a la libre elección en la práctica se traduzca, casi invariablemente, en «instancias de conformidad».

La voz de Noé, en suma, nos suministra una ilustración transparente del sentido que adopta lo que Foucault denomina «función psi» en la actual configuración de saber-poder de la cirugía estética. Concretamente, vemos su sesión psicoanalítica como la puesta en escena de una intervención autorizada que busca una «intensificación de lo real», en la medida en que «es necesario hacer actuar a la realidad como poder» (Foucault, 2007: 225). Las intervenciones del psicoanalista tienen el propósito de «intensificar la realidad» del deseo de cambio de Noé; un deseo que, por lo demás, habrá de adaptarse dócilmente a la «realidad del poder» convergente del complejo médico-industrial y el complejo moda-belleza sobre el cuerpo femenino. Así las cosas, la adaptación social exitosa a las normas sociales marca el punto en que esta «función psi» se vuelve superflua. Es el desenlace cifrado en el último párrafo del relato de Noé:

Tanta terapia, tanto análisis, y finalmente pude empezar a relacionarme con mis tetas pasados los 30 desde el lugar de la mujer, el del deseo, el cuerpo. Me las hice en junio de 2007 y fue una de las mejores decisiones de mi vida. Me pregunto por qué no me las hice a los 20 y me ahorrraba una fortuna en análisis, jajá (Pasik, 2010: 175).

Se completa, con esto, el despliegue dinámico de la patologización del cuerpo femenino. El original sentimiento de «falta» es superado en una experiencia jubilosa de autoafirmación. Y el consumo de cirugía estética, en definitiva, revela su papel como engranaje

en el sistema de gratificación-sanción a través del cual se impone la norma estética.

Conclusión: el devenir histórico de la normalización quirúrgica, de la reforma del cuerpo desviado al ideal individualizador de la autoexpresión subjetiva

A través de una primera aproximación al análisis de nuestros tres textos de referencia, hemos esbozado en este capítulo los lineamientos generales del proceso histórico de reconfiguración simbólica y material que el dispositivo de la cirugía estética ha atravesado desde el último cuarto del siglo pasado, proceso contemporáneo, a grandes rasgos, al desarrollo y perfeccionamiento técnico de los implantes mamarios de gel de silicona, y a la consecuente popularización del procedimiento quirúrgico del aumento mamario. Nuestra tesis sostiene que, a partir de ese acontecimiento histórico que significó la invención del Silastic (prototipo de la prótesis cuya fabricación masiva conllevó el esplendor, pero también la eventual ruina de Dow Corning), el régimen de saber-poder que estructuraba a la cirugía estética cambiaría fundamentalmente. Así pues, en cuanto dispositivo de normalización, esta particular práctica médica se desembarazó del cometido de tratar el sufrimiento provocado por un defecto físico cuya severidad, de no ser corregida, provocaría (para usar la elocuente calificación que enuncia el cirujano en el texto de Macgregor) la «muerte psicológica y social» del paciente; asumiendo, en cambio, el propósito de maximizar el bienestar subjetivo y facilitar la autoexpresión plena de la identidad individual «auténtica» de un consumidor médico autónomo y responsable.

Este proceso contextualiza históricamente el análisis de nuestros tres textos de referencia. Situado cronológicamente, a este respecto, en una posición clave (cuando todavía «lo viejo no quería morir, y lo nuevo no acababa de nacer»), el texto de Macgregor acierta en la apreciación reflexiva de su presente como un período «de transición» para el dispositivo. La demanda creciente de procedimientos estéticos —motorizada por la vertiginosa masificación del aumento mamario— trajo aparejada una crisis en la tradicional autocompre-

sión profesional de los cirujanos plásticos. Cierta sector, preocupado por la conservación de sus fueros y prerrogativas simbólicas como especialidad médica legítima, abogaría por el abandono de todo procedimiento meramente «cosmético», argumentando la necesidad –tanto en términos de corrección ética como de conveniencia profesional– de circunscribir la práctica a lo genuinamente reconstructivo.

No fue este, por cierto, el trayecto que esta particular práctica médica recorrería hasta llegar a su consolidación presente como tecnología productora de una identidad de género femenina normalizada (si bien la moción de restringir la práctica oficial de la cirugía plástica a la realización de procedimientos reconstructivos solamente gozaría de un inesperado revival a principios de la década del 90, en ocasión de la debacle de los implantes de silicona). Como nos mostrará elocuentemente –a lo largo de toda esta investigación– el análisis del texto de Pasik, la actual configuración simbólica del dispositivo de la cirugía estética reniega oficialmente de una racionalidad que buscaba corregir la desviación patológica del cuerpo femenino, suprimiendo las diferencias físicas que constituían la causa de un «sentimiento de vida contrariada». La normalización quirúrgica de la subjetividad femenina se ejerce, hoy en día, con arreglo a un régimen de saber-poder dominado (en una formulación, como veremos en el próximo capítulo, solo aparentemente contradictoria) por un ideal individualizador de autoafirmación subjetiva. El procedimiento quirúrgico ya no apelará, en términos ideológicos, a la consciencia de un pathos que arraiga en un cuerpo juzgado, en algún modo, defectuoso, sino a la voluntad de automejoramiento de un sujeto comprometido con el proyecto personal –«libremente elegido»– de optimización de un estilo de vida saludable y placentero.

Así las cosas, el texto de Davis aparece como una suerte de «eslabón perdido», si se quiere, a lo largo de este recorrido histórico. Su aprehensión de la experiencia de la cirugía estética en el contexto de un sistema de salud socializado –en cuyo marco la voluntad de someterse a una intervención quirúrgica no se reivindicaba invocando un «derecho a ser hermosa», sino una «necesidad de ser común y corriente», eliminando a tales efectos las raíces físicas de un sufrimiento anímico que habría llegado a un punto «intolerable»– evoca

la matriz terapéutica en que se forjó la racionalidad médica del dispositivo en sus orígenes históricos. Pero su apuesta interpretativa de concebir a la paciente como una «agente femenina» libre y reflexiva –movilizada por un deseo autosuficiente de superación personal, e imbuida incluso de una disposición desafiante e insubordinada ante los designios masculinos– se sugiere ya como una temprana articulación discursiva de los supuestos ideológicos que informan la representación hegemónica de esta particular práctica médica en el presente.

En la medida en que tal articulación, desplegada en términos sociológicos, se afirma enunciada desde una posición declaradamente «feminista», su posterior transposición al discurso hegemónico de la feminidad normativa en tanto recurso legitimador de la cirugía estética –concebida a esta luz como una práctica de autorrealización personal, asumida a consciencia por un sujeto femenino autónomo y responsable– constituye uno de los principales ejes problemáticos de nuestra argumentación. Procuraremos, a través de su elucidación, dar sustento a la propuesta de entender a esta particular práctica médica como un dispositivo productor de una identidad de género femenina normalizada.

Indagar en la significación diferenciada que la cirugía plástica de la nariz respectivamente adquiere en cada uno de nuestros tres textos de referencia, nos permitirá –dado el papel protagónico que en la historia moderna de la especialidad ha desempeñado la rinoplastia– seguir esclareciendo la emergencia y el modo de funcionamiento del régimen individualizador que preside el ejercicio de la normalización quirúrgica en el presente. Tal será el objeto específico del próximo capítulo.

Notas

⁴ La Sociedad Médica Argentina es fundada en 1891. En 1913, por razones legales, adoptaría su designación definitiva: Asociación Médica Argentina.

⁵ Siglas por las que se conoce al Museo de Arte Latinoamericano de Buenos Aires.

⁶ Siglas de la Organización de Servicios Directos Empresarios. Formalmente reconocida como una fundación, OSDE constituye de hecho un holding de origen argentino que, además de una empresa de medicina prepaga –reconocida por servir a una clientela de

alto poder adquisitivo—, controla una compañía aseguradora y una de servicios turísticos, entre otras.

⁷ Desde mediados del siglo pasado, la silicona líquida había sido inyectada para lograr aumentos mamarios. Dado que la sustancia presenta una tendencia a migrar dentro del cuerpo humano, los resultados de este procedimiento no se consideraron satisfactorios. Solo en 1962, con la invención de los implantes mamarios de gel de silicona, el problema de los pechos pequeños recibió una solución médica y estéticamente satisfactoria. Desde 1964, los implantes fueron producidos y comercializados por la compañía Dow Corning. Si bien caían bajo la égida regulatoria de la Food and Drug Administration (FDA), en un comienzo dicha agencia estatal no se mostró muy expeditiva para fiscalizar su seguridad. Recién a fines de los 80, a partir de la publicación de ciertos estudios que demostraban los efectos cancerígenos del gel de siliconas en ratas, se generó un debate público sobre sus efectos secundarios. La FDA conminó a Dow Corning a producir pruebas que acreditaran fehacientemente la seguridad de los implantes. Entretanto, una andanada de demandas judiciales produjo la quiebra de la empresa. La FDA zanjó provisoriamente la controversia restringiendo el uso de los implantes para aumento mamario, permitiendo su aplicación solo en casos de reconstrucción mamaria post mastectomía. Esta restricción estuvo vigente desde 1992 hasta 2006, año en que su uso para fines meramente «cosméticos» volvería a habilitarse en los Estados Unidos. La exposición y el análisis de esta controversia —uno de cuyos significados fue la puesta en evidencia del anacronismo de la distinción entre cirugía estética y reconstructiva— están desarrollados en uno de los capítulos de la tesis que debieron ser suprimidos de este libro.

Capítulo dos. El lugar de la rinoplastia en el proceso de reconfiguración simbólica del dispositivo de la cirugía estética

Introducción

El punto de partida de este segundo capítulo será el planteo de una polémica con la influyente interpretación de la cirugía estética que propone el historiador Sander Gilman. Sustentado en una erudición histórica y un rigor documental impresionantes, la más significativa apuesta teórica de esta autor radica en lo que describiremos como la «tesis del *passing*»: la proposición que sostiene que el deseo de «pasar» (de «pasar», esto es, inadvertido, tomado por un miembro de la cohorte social dominante) constituye la «motivación básica» de toda cirugía estética, de aquí que entender tal intencionalidad se afirme clave para desentrañar el sentido de esta particular práctica médica (Gilman, 2001: xviii).

Gilman justifica el énfasis –en apariencia excesivo– que su obra otorga a la nariz, alegando el valor emblemático que este órgano reviste para la comprensión del deseo de «pasar». Codificada racialmente como ancestral marca facial distintiva del judío, la nariz es la parte del cuerpo cuya transformación habría impulsado inicialmente el desarrollo del dispositivo de la cirugía estética en un contexto histórico signado por el antisemitismo. Así pues, tras una somera reseña genealógica de los orígenes de la rinoplastia, nuestra polémica con Gilman versará acerca del sentido diverso que, entendemos, dicho procedimiento adquiriría en el presente. Sobre el trasfondo de las mutaciones históricas recientes en el régimen normalizador del dispositivo de la cirugía estética –esbozadas en el capítulo anterior–, abordaremos en este el lugar que cada uno de los textos analizados respectivamente concede a la transformación quirúrgica de la apariencia nasal.

El análisis textual nos servirá así de base para evaluar el desplazamiento del eje simbólico dominante en la estructura de sentido de la práctica, desde la dimensión racial a la del género. A este respecto, nuestro argumento converge en un punto que el propio Gilman, por cierto, está dispuesto a conceder. Según las palabras del autor, la historia moderna de la cirugía estética, desde el siglo XIX hasta el presente, es la del paso de «la cirugía en la cara para corregir lo que se veía como signos de diferencia ‘racial’ a una mucho más amplia alteración de otras formas de diferencia corporal» (Gilman, 2001: xvii-xviii). Tal concesión se pretende reconocimiento de un contexto que relega a la cirugía de nariz a un segundo plano, opacada por el interés masivo que hoy despiertan procedimientos en otras partes del cuerpo. Nuestro argumento, con todo, apunta más bien a poner de relieve que –sin perjuicio de esta declarada relativización de su originario contenido racial– es la persistencia del modelo mismo del «*passing*» lo que explica las dificultades de Gilman a la hora de comprender la especificidad del actual modo de funcionamiento del dispositivo.

El principal error consiste en seguir reduciendo el sentido de la cirugía estética al miedo a ser percibido como «diferente». Reducida a una tal racionalidad negativa y homogeneizante, esta particular práctica médica solo podrá entenderse como «un medio para enmascarar el cuerpo, para hacerlo (in)visible» (Gilman, 1998: 22). Se pierde de este modo la perspectiva conceptual necesaria para dar cuenta del predominio que justamente los efectos *individualizantes* de la tecnología parecen adquirir en el actual régimen normalizador del dispositivo. En este nuevo contexto, ya no es la intención de conformarse a una cierta regularidad corporal que posibilite «pasar» lo que determinará la decisión de someterse a un procedimiento estético; de ahora en más, la experiencia quirúrgica remite su sentido al horizonte complejizado de lo que a lo largo de este capítulo definiremos como «narrativa ontológica», el proyecto de intervenir en la apariencia corporal para lograr una expresión más fiel del ser interior «auténtico» del sujeto.

La medida de tal discontinuidad cristaliza pues en el relevo de una tecnología consagrada a *suprimir* las diferencias corporales, por otra cuyo objetivo sancionado es *interpretarlas*, ofreciéndose como

instrumento de un proyecto reflexivo de autoafirmación de la identidad individual. De este modo, el capítulo finaliza iluminando la distinción simbólica –articulada al interior de la propia estructura del dispositivo– entre un eje negativo de la práctica, encarnado por la voluntad de corregir el defecto físico, y un eje positivo, consustanciado al cometido de optimizar la sexualidad. Nuestro análisis del sentido de la rinoplastia resultará entonces subsumido por el planteo de la oposición paradigmática en que dicho procedimiento se encuentra respecto del aumento mamario, en tanto contemplaríamos aquí las dos experiencias que por antonomasia representan a cada uno de esos ejes.

Esbozo de una genealogía racial del procedimiento

Comenzaremos con una breve genealogía de la rinoplastia. En un principio, la reconstrucción quirúrgica de la nariz era básicamente la referencia que evocaba la expresión «cirugía plástica». Esta estrecha asociación se había forjado desde que en 1818 fuera publicada la obra *Rhinoplastik*, monografía de quien es considerado uno de los padres fundadores de la especialidad, el cirujano alemán Carl Ferdinand von Graefe (1787-1840). Pero los antecedentes del procedimiento se remontan aun mucho más atrás en el tiempo. El *Sushruta Samhita*, uno de los textos fundacionales de la medicina tradicional india (siglos IV-III a.C.), ya se refiere a técnicas quirúrgicas de reconstrucción nasal. En Occidente hubo que esperar hasta el Renacimiento para que surgiera una técnica comparable. Gaspare Tagliacozzi (1545-1599), profesor de anatomía y cirugía de la Universidad de Bolonia, exponía en su obra *De Curtorum Chirurgia Per Insitionem* («Cirugía de mutilaciones por injertos»), publicada en 1597, un procedimiento para reconstruir la nariz a través de injertos de piel tomados del brazo del mismo paciente.

En ese contexto histórico, la mutilación nasal podía ser consecuencia de un trauma. Muy a menudo, con todo, la nariz se perdía a causa de la sífilis, cuyo primer brote epidémico registrado data de fines del siglo XV. Interpretada como efecto de la enfermedad, la desfiguración adquiría un valor estigmatizante; era la expresión fisi-

ca inequívoca de un carácter moral disoluto. El peligro imaginado de infección condenaba al ostracismo y a la exclusión social a quien había perdido la nariz, independientemente de cuál fuera la causa real de la pérdida. Al restaurar la apariencia facial, eliminando las bases físicas de una existencia desdichada, Tagliacozzi procuraba «animar el espíritu y auxiliar a la mente del afligido» (citado en Gilman, 2001: 68). Como vemos –según queda gráficamente expresado en la aparatosa mecánica anatomofisiológica del procedimiento–, ya desde sus remotos orígenes la cirugía estética comportaba una desafiante «disciplina de la voluntad» para el paciente (Figura 4). Tras la muerte de Tagliacozzi, no obstante, su obra pasaría al olvido hasta fines del siglo XVIII, cuando una nueva oleada de pánico moral ante la sífilis renovó el interés por sus técnicas.

La rinoplastia adquiriría un nuevo significado ya en pleno siglo XIX, en un contexto intelectual dominado por los supuestos de la «ciencia racial». Tal como lo caracteriza Gilman (2001), este era un mundo en el que «la gran cadena del ser» que se pretendía extendida desde las cumbres más elevadas de lo humano hasta sus estratos más primitivos, era también «una cadena de la belleza, y lo bello se medía por la nariz» (p. 85). En 1871 se sancionó la emancipación civil de los judíos⁸ en Alemania. Pero el levantamiento de las restricciones legales a la plena participación en la vida social solo puso en evidencia cuán arraigados estaban los prejuicios antisemitas en este país. Es contra de semejante trasfondo se perfila con toda vivacidad el sentido cultural de que se revestía el problema anatómico que la intervención buscaba resolver. Determinadas cualidades físicas provocaban la adscripción del sujeto a un grupo distinguido especialmente a través del estereotipo de la astucia y avaricia mercantil. De este modo, la visibilidad nasal, rasgo ancestralmente codificado como marca facial inequívoca del judío, constituía para el paciente –independientemente de cuál fuera su efectiva ascendencia racial– un obstáculo que en los hechos impedía integrarse a la vida económica en igualdad de condiciones.

Esta fue la problemática que capturó el interés del cirujano Jaques Joseph (1865-1934) –él mismo un judío alemán asimilado–, considerado sin excepciones como uno de los más grandes maestros e innovadores de la cirugía plástica. Un hito a este respecto fue su

primera operación de reducción nasal, cuyo desarrollo y resultados expuso en un informe presentado ante la Sociedad Médica de Berlín en 1898. El paciente fue un joven judío, pero lo que en este informe interesa destacar es justamente la elisión del factor racial, esquivamente sobreentendido en la declarada racionalidad psicoterapéutica a que responde el procedimiento. Postulando la asimilación física del paciente como una cuestión de salud mental, Joseph justifica la intervención quirúrgica en un cuerpo funcionalmente sano, al tiempo que tácitamente reconoce el sentido racial de la norma de estética corporal a la que procuró aproximarle. Tal el sentido de lo que reportó a sus colegas: «El efecto psicológico de la operación es de suma importancia. La actitud deprimida del paciente remitió completamente. Se siente *feliz de desenvolverse inadvertido*» (citado en Gilman, 2001: 132; énfasis nuestro). El cirujano plástico, como vemos, reafirmará la relevancia terapéutica de su práctica en virtud de la capacidad de volver al paciente «(in)visible». Se entiende, por lo demás, que Joseph aún no podía sentirse satisfecho con su trabajo, por cuanto la técnica que había desarrollado inevitablemente dejaba cicatrices. Sólo en 1904 logró ver coronados sus esfuerzos, cuando perfeccionó el procedimiento que le permitiría efectuar las correcciones desde dentro de las fosas nasales, a través de incisiones en el cartílago —eliminaba así cualquier rastro capaz de frustrar la pretensión de anonimato racial del paciente—. La publicación de las especificaciones técnicas de la operación no dejó de estar acompañada por un registro de su efectividad quirúrgica, elocuentemente figurado en el ya por entonces establecido recurso de las fotos —daguerrotipos, para el caso— del «antes» y el «después» (Figura 5).

A pesar de su notoriedad, la figura de Joseph no puede erigirse a este respecto en calidad de pionero exclusivo. Ya en la década de 1880, el cirujano John Orlando Roe (1849-1915) había desarrollado una técnica similar en los Estados Unidos. El dato nos habla de los sinuosos y dilatados derroteros por los que aún transitaba el intercambio y la acumulación del conocimiento científico en las condiciones tecnológicas de fines del siglo XIX. Nos remite además al rudimentario nivel de autoconciencia profesional de parte de los médicos que practicaban la incipiente especialidad de la cirugía plástica —circunstancia agudizada, por otro lado, para quienes lo hacían

bajo las condiciones escasamente profesionalizadas que todavía entonces pesaban sobre el ejercicio de la medicina en los países americanos—. A juicio de Gilman (1998), con todo, la relativa independencia de los casi contemporáneos desarrollos de un cirujano berlinés y un cirujano neoyorquino, significa solo una prueba más del hecho de que toda la cirugía estética moderna hunde sus raíces en el «estigma racial» (p. 56).

El compromiso con que Roe se involucró en el perfeccionamiento de la rinoplastia obedeció, como en el caso de Joseph, a su interés por facilitar la asimilación de quien era percibido como «diferente». Las particularidades de su contexto histórico, no obstante, determinaron que la inventiva técnica del estadounidense se orientara menos a idear un procedimiento para la reducción nasal que a la corrección de lo que se describía como el defecto de la «nariz ñata» («*pug nose*»). Estos desarrollos se plasmaron en el artículo que Roe publicó en una edición de 1887 de la revista *The Medical Record*, la antigüedad de cuyas condiciones de producción puede discernirse tanto en la candidez de su título («*The Deformity Termed 'Pug Nose' and Its Correction, by a Simple Operation*»), cuanto en el empleo del grabado como registro visual del ventajoso contraste entre el «antes» y el «después» (Figura 6)⁹. Dicho atributo —la nariz pequeña y respingada— era el rasgo corporal que identificaba estereotipadamente a los inmigrantes irlandeses católicos, arribados en masa a los Estados Unidos a raíz de la hambruna que en la década de 1840 azotó su país. En este contexto, concluye Gilman, el trasfondo racial de la cirugía estética de la nariz no ha de remontarse tan solo al paciente judío que pretendía «pasar» en una sociedad antisemita; semejante genealogía también ha de registrar el momento en que esta operación era concebida como una forma de que el «celta» pasara por «anglosajón» (Gilman, 2001: 91).

Así las cosas, esbozados los orígenes históricos de la rinoplastia, hemos podido además contextualizar la tesis del «*passing*» cuyo cuestionamiento constituirá uno de los ejes de este capítulo. A continuación reanudamos el análisis textual, interesados en evaluar la fortuna del motivo de la homogeneización racial en la configuración presente del dispositivo de la cirugía estética. El hilo conductor del análisis será pues el modo en que ese particular procedimiento qui-

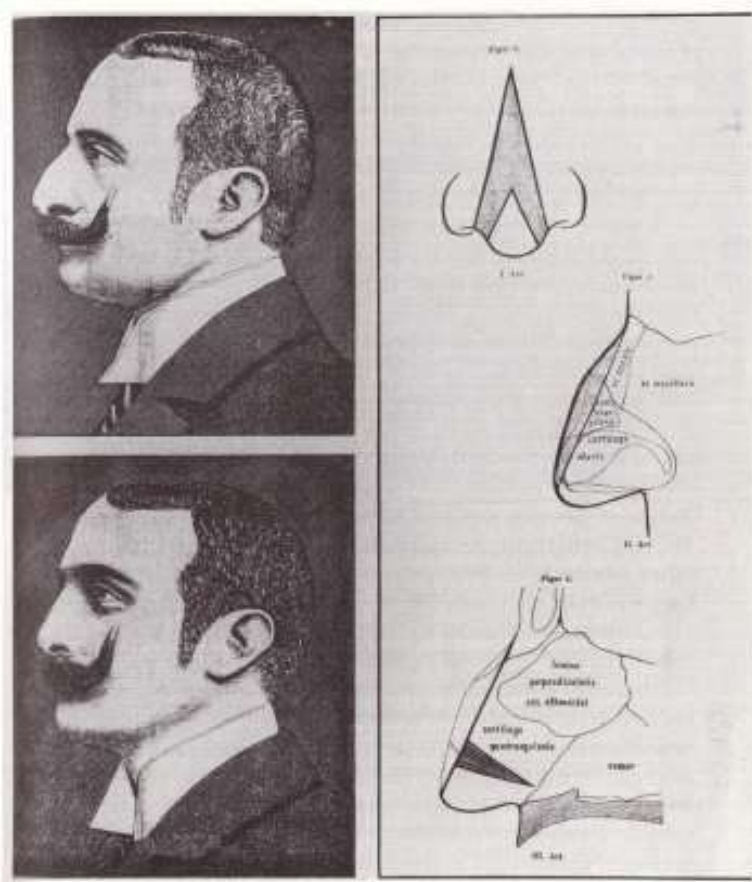
rúrgico es respectivamente tratado en cada uno de los textos que analizamos.

Figura 4



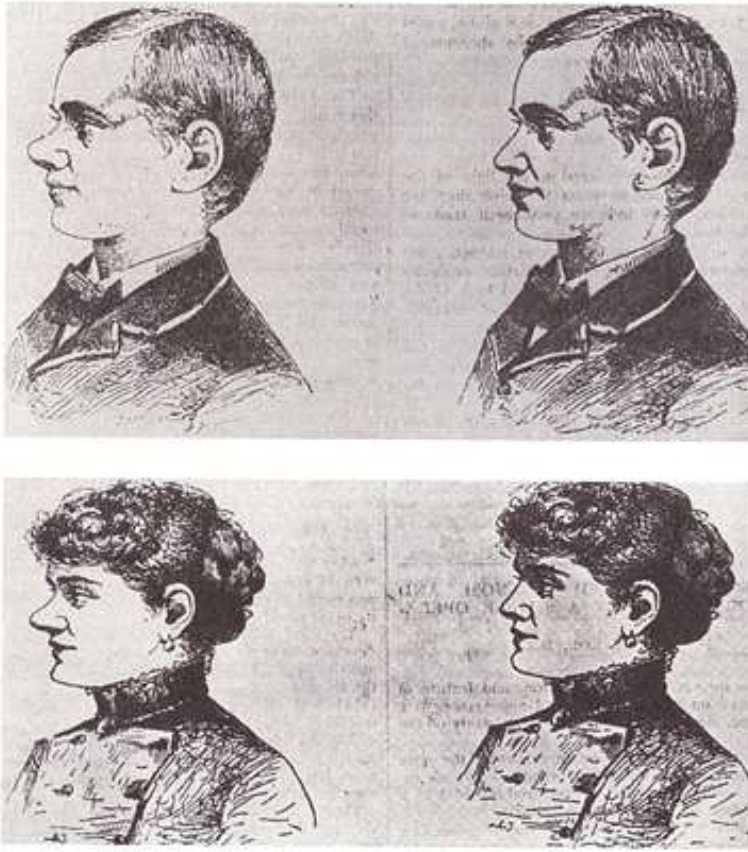
Fuente: Gilman (2001: 69).

Figura 5



Fuente: Gilman (2001: 131).

Figura 6



Fuente: Gilman (2001: 92).

La rinoplastia en Macgregor: emergencia de una antinomia, «Cambiadores» vs. «Arregladores»

En uno de sus capítulos, el texto de Macgregor presenta los resultados de una encuesta respondida entre 1946 y 1949 por 115 pacientes que recibieron cirugía plástica en la cara¹⁰. A continuación infor-

ma que los «defectos faciales» que se habían buscado corregir «oscilaban desde lo grosero a lo leve desde el punto de vista quirúrgico», clasificándoselos según su etiología en «congénitos, traumáticos, patológicos, quirúrgicos, familiares y culturales» (Macgregor, 1974: 47). Enfrentado, de entrada, a este peculiar encadenamiento de causas posibles, el lector probablemente juzgará un desafío insuperable la tarea de descifrar por sus propios medios el criterio que otorga inteligibilidad a la serie. Indiferente a esta eventual perplejidad hermenéutica, el texto solo concederá una aclaración especial para la última de esas categorías etiológicas, consignada bajo la forma de una nota al pie de página:

La clasificación *cultural* ha sido empleada por la autora para definir aquellos casos en los que la cirugía plástica es requerida para el propósito de modificar un rasgo físico heredado, generalmente la nariz, que identifica al individuo como miembro de un particular grupo étnico o cultural. Cuando la desviación es el resultado de una malformación congénita o un rasgo familiar, pero la cirugía plástica es requerida porque su poseedor siente que el atributo lo identifica con un grupo al cual él no pertenece, el caso también es clasificado como cultural (Macgregor, 1974: 47)¹¹.

Encontramos en este párrafo un anticipo del tema que el texto abordará en el siguiente capítulo, dedicado a analizar la motivación de los pacientes de rinoplastia (Macgregor, 1974: 69-116). Para comenzar se nos asegura que esta cuestión reviste el máximo interés para el «cientista social», por cuanto el sentido de dicho procedimiento no sería otro que el de «eliminar una característica que a uno lo diferencia de los otros» (Macgregor, 1974: 80). El texto de Macgregor, en efecto, despliega su análisis de las motivaciones de la «cirugía plástica de la nariz» a partir de una premisa determinada: el propósito de esta intervención es «reducir la visibilidad» asociada con «estigmas sociales y culturales».

Sobre la base de este postulado, el análisis prosigue tabulando los datos obtenidos en el marco de otra encuesta, dirigida en este caso exclusivamente a pacientes de rinoplastia¹². De este modo, junto con los valores desagregados de variables tales como «sexo», «edad»

y «estado civil» (p. 83), «estatus profesional», «ingresos» y «nivel educativo» (p. 85), se nos presenta una tercera tabla cuyas entradas corresponden a «estatus inmigratorio», «trasfondo etnocultural» y «religión» (p. 86). Una vez expuestos estos resultados, el texto se consagrará de lleno a la cuestión de las motivaciones, planteada directamente bajo la forma de un interrogante: «¿Cuáles son las razones que subyacen al descontento de los pacientes con la apariencia de sus narices y a sus solicitudes de cirugía plástica?» (Macgregor, 1974: 86). En principio se nos ofrece una respuesta en términos generales, afirmando que, para «la mayoría de los pacientes», la voluntad de someterse a una cirugía de nariz arraigaba en el modo en que la apariencia de esta interfería en «sus patrones de interacción social» (p. 88). El texto alude con esto a la carga emocional que supone lidiar con «la reacción de los otros» ante el defecto físico, además de problemas de orden social y económico, tales como «obtener empleos» y «conocer parejas».

Ahora bien, por contrapartida al sin duda escaso interés que la enunciación de tales generalidades pudiera suscitar, de inmediato se nos señalará la presencia de un cierto «rasgo distintivo» con arreglo al cual el conjunto de los pacientes de rinoplastia se prestaba a ser significativamente clasificado en «dos grupos» separados. Según afirma el texto, la adscripción respectiva de cada paciente a uno u otro de estos grupos se relacionaba con la especificidad de su «deformidad nasal», y al particular «significado simbólico» que a esta se atribuía; criterio a cuya luz propondrá la siguiente demarcación: «En el Grupo Uno, consideraciones etnoculturales y estereotipos grupales jugaban un rol predominante; en el Grupo Dos, interpretaciones individuales y estereotipos de personalidad eran problemas mayores» (Macgregor, 1974: 88). Caracterización que se completa con el ilustrativo título que el texto asigna a cada grupo respectivamente: «Cambiadores», los primeros, «Arregladores», los segundos. Nos interesará, en definitiva, observar las diferencias que estas categorías contrastantes supuestamente abarcarían, no con la intención de cuestionar la validez del criterio de clasificación invocado, sino más bien para reflexionar acerca de las transformaciones históricas en el modo de funcionamiento del dispositivo de la cirugía estética que esta oposición indicaría.

Procedemos pues a la disección de las categorías. La totalidad de los 46 pacientes que conformaban el grupo de los «Cambiadores» («59 por ciento eran judíos; la mayoría de los otros italianos, armenios, griegos, iraníes y libaneses») creían que sus narices los identificaban con «ciertas minorías étnicas o religiosas». La cirugía es concebida en estos casos como un medio eficaz para conformarse a las normas de estética corporal –racialmente jerarquizantes– sancionadas por la cultura hegemónica: «Estas personas querían ‘lucir como un americano’, proposición a la que algunos judíos añadían: ‘Quiero una nariz parada irlandesa’» (Macgregor, 1974: 88-9). Contemplamos aquí, por cierto, una instancia particularmente llamativa del sentido de la variabilidad histórica a que se exponen los parámetros de esta práctica médica. El atributo investido alguna vez del valor de estigma en tanto emblema corporal del inmigrante despreciado, ahora es considerado, en cambio, el arquetipo mismo de la nariz «americana». La «nariz ñata» («*pug nose*»), el preciso defecto a cuya eliminación John Orlando Roe había consagrado su talento quirúrgico a fines del siglo XIX, se ha convertido ya en la «nariz parada» («*turned-up nose*») que los pacientes solicitarán a sus cirujanos plásticos en la postguerra.

Lo que a continuación nos llama la atención en el texto de Macgregor (1974) es que la filiación étnica predominante entre los 35 pacientes clasificados como «Arregladores» admitirá ser cómodamente definida por una negativa: a saber, «33 (el 92 por ciento) eran no judíos, de los cuales casi la mitad eran italianos» (p. 92). Contrariamente a quienes entraban en la primera categoría, cuyo propósito era «cambiar» el rasgo que los había identificado con una cierta identidad grupal, quienes caían bajo esta segunda rúbrica se mostraban más preocupados por los efectos que un «rasgo facial antiestético» pudiera tener sobre la expresión de su identidad individual. Aquello que estos pacientes pretendían «arreglar» con sus rinoplastias era específicamente esa imperfección a la que adjudicaban la proyección de «falsas percepciones e imágenes distorsionadas» de su personalidad y carácter.

Se constata así, en el despliegue conceptual de estas dos categorías, la presencia de una oposición valorativa. En la medida en que el «Grupo Dos» (los «Arregladores») es definido negativamente, su

aparición adquiere tácitamente el estatus de anomalía; en este contexto, por cierto, toda vez que un paciente invoque razones distintas a las raciales –vale decir, «etnoculturales», en el idioma políticamente edulcorado que imponía la convulsionada década del 70– su registro se juzgará una transgresión a las expectativas establecidas a propósito de las motivaciones habituales de una rinoplastia. Para explicitar la jerarquía inherente a esta oposición binaria, podemos decir entonces que la categoría «Arregladores» representaba el *término marcado* contrapuesto como negación del «Grupo Uno» (los «Cambiadores»), categoría propia de aquellos cuyas razones efectivamente respondían al *término no marcado* de esta relación, el racial.

Proseguir esta línea de análisis nos exige luego observar la formulación positiva que, más allá del aludido rechazo a la asimilación «etnocultural», reciben las intenciones de quienes componen el «Grupo Dos». A este respecto, la particularidad que de inmediato se destaca será la conjunción postulada entre una voluntad de autoafirmación personal, y un concomitante anhelo de adecuación a las normas sociales vigentes en el momento; he aquí el enunciado de los motivos en apariencia contradictorios de los «Arregladores»: «Ellos querían ser identificados como ‘lo que yo *soy*... no lo que parezco’ y evitar las desventajas sociales y psicológicas de la fealdad en una sociedad cuyo sesgo cultural hacia la belleza, la juventud y la conformidad es extremo» (Macgregor, 1974: 93). Planteadas en tales términos, las razones en principio anómalas de esta categoría de sujetos reciben, en cambio, una valoración inequívocamente favorable. En virtud de esta formulación positiva, las intenciones de los «Arregladores» ya no se sugieren como una desviación respecto a las expectativas tradicionalmente atribuidas a los pacientes de rinoplastia. Contemplados a esta luz, antes bien, quienes integran esta categoría aparecen situados en una posición moral netamente ventajosa de cara a los «Cambiadores», en cuya denominación podemos ahora ver también reflejada su vocación fraudulenta de «pasar» por miembros de la raza mayoritaria.

En este sentido, por lo demás, incluso la conjunción entre singularidad individual y conformidad colectiva se desprende de su apariencia contradictoria. Entendemos que la operación interpretativa que aquí se implica se despliega en dos momentos. En primera

instancia, se sobreentiende que el propósito de la intervención quirúrgica es alinear el *parecer* con el *ser*; la rinoplastia es consagrada de este modo en su función «veridictoria»: el objetivo de la operación no es otro que el de hacer manifiesta la *verdad* del sujeto –esto es, «arreglar» la superficie corporal para permitir la expresión del yo interior profundo—. En segunda instancia, si la expresión de esta «verdad» subjetiva se conforma precisamente a los ideales culturales de «belleza» y «juventud», ello no se juzgará el compromiso de una individualidad irreductible ante la presión sofocante de los mandatos sociales. El hecho de que el «ser» del sujeto se refleje invariablemente en el modelo corporal hegemónico no ha de interpretarse como una concesión reticente al «conformismo» generalizado, sino, por el contrario, como una confirmación retrospectiva del acuerdo que siempre había existido entre el yo profundo y las normas estéticas de la sociedad. Condenados injustamente a padecer las consecuencias de una «fealdad» exterior mentirosa, los pacientes que el texto de Macgregor describe como «Arregladores» tan solo aspiraban con sus operaciones a conseguir la visibilidad de un interior subjetivo auténtico: un interior percibido, sin excepciones, canónicamente bello.

La «narrativa ontológica», nuevo encuadre ideológico de la práctica

En este punto, el análisis nos permite ya adelantar la inferencia histórica que pretendemos argumentar. La aparatosa taxonomía que acabamos de considerar admite ser definida como sintomática de un proceso emergente de reconfiguración del modo de funcionamiento del dispositivo de la cirugía estética. La característica distintiva de este proceso radicaría en el progresivo reemplazo de un régimen de normalización centrado en la supresión del estigma racial, por otro en que una retórica de la autenticidad sirve de encuadre discursivo para el ejercicio del poder disciplinario. En el planteo de tal discontinuidad, por cierto, radica el núcleo de nuestra polémica con la interpretación histórica de la práctica que elabora Gilman, según la cual la lógica del «*passing*», pertinente para la comprensión de los orígenes de la rinoplastia moderna, se ofrece no obstante como un

modelo generalizable a cualquier procedimiento estético, incluso en el presente.

Nuestra propuesta, por el contrario, enfatizará al género como la dimensión dominante en la estructuración del sentido actual de la práctica. Correspondientemente, encontramos en las reflexiones de una autora feminista un enfoque más sensible a este aspecto de la cuestión. Se trata de la filósofa canadiense Cressida Heyes, cuya perspectiva foucaultiana aborda la cirugía estética con independencia de la interpretación racial, sin reducir sus efectos disciplinarios, con todo, a la problemática de la cultura de la belleza femenina. A partir de conceptos elaborados por Nikolas Rose (2001), la argumentación de Heyes se inicia postulando que el actual «régimen del yo» se caracteriza por la producción regular de «individuos somáticos»¹³. En este sentido, su tesis fundamental sostiene precisamente que «en la postguerra, la historia de la normalización en América del Norte está definida por una más diligente y minuciosa producción de la identidad al nivel del cuerpo» (Heyes, 2007: 32).

Comprender la dinámica de este nuevo régimen de producción de subjetividades somáticas exige pues dar cuenta de una particular modalidad de ejercicio del poder disciplinario, en virtud de la cual la identidad individual del sujeto es producida por el juicio normalizador que toma a su cuerpo en tanto objeto. Ahora bien, en la medida en que este juicio es internalizado por el propio sujeto, aquella identidad será experimentada, ya no como el producto de un determinado campo de poder, sino como la expresión de una «profundidad interior» (Heyes, 2007: 31). El análisis crítico de las tecnologías quirúrgicas de transformación corporal supone, en este sentido, cuestionar las «imágenes» empleadas para representar las relaciones entre el cuerpo y el yo, uno de cuyos aspectos más insidiosos consiste, justamente, en ser planteadas como «ideológicamente neutrales», mientras que de hecho limitan nuestra capacidad para concebir «formas alternativas de relacionarnos con nosotros mismos y con los otros, y de este modo constriñen nuestro autogobierno y en última instancia nuestra libertad» (Heyes, 2007: 9).

En la cultura occidental contemporánea, la distinción interior/exterior constituye, según Heyes (2007), la más fundamental de estas «imágenes», por cuanto sus efectos ideológicos permiten en-

mascarar el avance del poder disciplinario sobre nuevos órdenes subjetivos –extendiendo el alcance del juicio normalizador hacia «rasgos corporales previamente no escrutados en su desviación, o hacia comportamientos alguna vez inadvertidos que ahora se convierten en indicadores de una identidad problematizada» (p. 9). Articulada con arreglo a una retórica de la autenticidad –cuyo registro puede discernirse tanto en el marco de la teoría política liberal como en el del discurso mediático–, el potencial ideológico de la imagen en cuestión resulta plenamente encauzado hacia la construcción normativa del género. El sentido disciplinador de estas articulaciones queda de manifiesto toda vez que la transformación del cuerpo es propuesta como un requisito vinculante para «estar a la altura» de nuestra «verdad interior». Quedan así definidos los elementos constitutivos del esquema de saber-poder al que se describirá como la «narrativa ontológica», encuadre normativo en el que la cirugía estética –una práctica médica que transforma la apariencia corporal para hacer manifiesta la identidad subjetiva «auténtica»– se inscribe con naturalidad (Heyes, 2007: 99).

La argumentación de Heyes destaca en este punto la espinosa relación histórica que puede constatararse entre el desarrollo del modelo de la subjetividad somática y los movimientos de liberación femenina. En particular alude al irónico destino que han sufrido ciertas consignas del feminismo occidental, tales como la exhortación al «autodescubrimiento»: animando a las mujeres a buscar en su interior las identidades «auténticas y diversas» que el patriarcado había negado y suprimido, terminó legitimando culturalmente un motivo luego subsumido por los discursos hegemónicos de la sociedad de consumo, en cuyos términos el cuerpo «disciplinado y conformista» se consagra como el espacio donde ha de reflejarse «la verdad del yo interior» (Heyes, 2007: 5). Es contra este trasfondo histórico que Heyes recurrirá a la conocida conceptualización foucaultiana sobre la naturaleza productiva del poder disciplinario (Foucault, 2002a), de donde derivará una formulación inteligible para lo que expresivamente presentará como «la paradoja normalizadora clave». Se plantea así el problema a cuyo esclarecimiento afirma está dedicada su argumentación, a saber, entender el modo en que «elegir participar en una particular tecnología de género (*gendered technology*)

puede mejorar nuestras capacidades y hacernos sentir más verdaderamente nosotras mismas, al mismo tiempo que nos enmaraña más profundamente en la normalización» (Heyes, 2007: 37).

Establecimos con esto el alcance de nuestra inferencia histórica en torno al proceso, iniciado con la postguerra, de reconfiguración del esquema de saber-poder que estructura el funcionamiento del dispositivo de la cirugía estética. El valor emblemático de la rinoplastia en el esquema –originariamente dominante– de la normalización racial, ha quedado positivamente corroborado en virtud del efecto revelador que su consideración ha tenido de cara a las marcas textuales de la emergencia de aquella nueva configuración. Aludimos a las tensiones interpretativas que en el texto de Macgregor genera la invocación –contraria a las expectativas tradicionalmente asociadas a la rinoplastia– de un novedoso marco justificativo para la operación, la «narrativa ontológica». Publicado en la década del 70, aunque concebido durante los años inmediatamente posteriores al fin de la Segunda Guerra Mundial, este texto da cuenta ya de la posición sintomática de la cirugía de nariz en relación con la transformación del sentido de la práctica. Ahora nos toca abordar, en consecuencia, el tratamiento que esta particular operación recibe en nuestro segundo texto de referencia, el de Davis.

La rinoplastia en Davis: «complejo de inferioridad racial» e indignación

En principio, la cuestión no nos exige ni templar nuestra paciencia ni agudizar nuestra percepción. La cirugía de nariz se impone a modo de *precursor escandaloso* en el texto de Davis. En efecto, apenas iniciado este, será el encuentro con la rinoplastia en tanto tecnología de homogeneización racial el episodio que verosímilmente se nos presentará como catalizador emocional de la pesquisa que lo sustenta.

La introducción del texto se inicia pues con la crónica de dicho episodio, una conferencia sobre «imagen corporal e identidad» celebrada en una facultad de medicina holandesa. La autora refiere entonces los sentimientos que la embargaron ante la exposición de un «reconocido cirujano plástico», cuya charla se proponía

abordar de lleno «las maravillas de la cirugía cosmética ayudando a la gente a superar una imagen corporal negativa», con lo que pretendía demostrar su viabilidad en tanto procedimiento médico aceptable:

Para ilustrar este punto, el orador hizo una presentación de diapositivas con –¿qué más?– fotos del antes y el después. Para mi sorpresa, la paciente no era una mujer de mediana edad con arrugas que quería un lifting facial, sino una chica marroquí de quince años que quería que le hicieran la nariz (Davis, 1995: 2).

El caso era en verdad muestra de un problema colectivo, el de muchos adolescentes inmigrantes de segunda generación que se convertían en víctimas del acoso escolar por tener «narices como esa». La conclusión que de esto se derivaba era el señalamiento de un «nuevo síndrome», para el cual el cirujano, siendo un «científico emprendedor»¹⁴, no tardó en ofrecer una nomenclatura: a saber, «complejo de inferioridad debido a características raciales» (Davis, 1995: 2).

Davis (1995) prosigue entonces reflexionando acerca de las razones de la «indignación» con que recibió estas palabras: «Esto era medicalización y racismo en tecnicolor –sometidas al bisturí en nombre de una belleza blanca, anglosajona» (p. 2). Es una reacción comprensible ante el descubrimiento de fronteras insospechadas en el territorio de la victimización femenina. Pero el texto también reconoce en la extrañeza que le provoca la visión de un médico tan preocupado en rendir cuentas públicamente de su trabajo, uno de los núcleos dilemáticos que motivará su despliegue: «El hecho de que un cirujano plástico llegara hasta estos puntos para explicar su diagnóstico indicaba que la cirugía cosmética no era una tarea enteramente no problemática –incluso para la profesión médica» (Davis, 1995: 3).

Nuestras referencias históricas al precario posicionamiento de la cirugía estética en el contexto de la medicina en general –desarrolladas a lo largo del capítulo anterior– nos impiden, desde luego, compartir la sorpresa que Davis confiesa provocarle el espectáculo de un cirujano plástico defendiendo ansiosamente la legitimidad profesional de su práctica. Nuestro interés se dirige más bien

hacia el modo en que esta expresión de desconcierto es textualmente articulada. Explícitamente se nos advierte que esta reacción obedece a un cierto prejuicio refutado, al hecho de que una primera aproximación al universo de la cirugía estética ha frustrado ya las expectativas culturalmente establecidas respecto a esta especialidad. Si ahora proyectamos retrospectivamente este argumento del presupuesto contrariado hacia nuestro análisis del texto de Macgregor, lo que en seguida observaremos es la heterogeneidad de los horizontes de expectativas vigentes en cada caso.

Vemos entonces que invocar motivaciones distintas a la asimilación «etnocultural» para someterse a una rinoplastia aún resulta, durante las dos décadas posteriores al fin de la Segunda Guerra Mundial, una particularidad anómala que merecerá ser explicada contra el trasfondo de aquello que se da por descontado, la voluntad de eliminar el estigma racial. Por el contrario, a fines de la década del 80 –momento en que el texto de Davis sitúa su encuentro con el oprobioso «complejo de inferioridad debido a características raciales»– la representación común del paciente de cirugía estética aparece definida por el estereotipo de la «mujer de mediana edad con arrugas» en procura de un lifting facial. En este caso, es justamente el propósito de suprimir quirúrgicamente un estigma racial lo que en efecto opera como el registro anómalo que viene a cuestionar el saber recibido.

Ahora bien, extendiendo el análisis que en un principio realizamos respecto al tratamiento textual de las motivaciones de la rinoplastia, se impone sin duda el contraste entre la airada impugnación moral que la anomalía despierta en el texto de Davis, y el tono aprobatorio con que se enuncia el sentido de las acciones de quienes conformaban el grupo de los «Arregladores» en el de Macgregor. Las razones de estos últimos –preocupados, recordemos, en «arreglar» su parecer exterior en correspondencia con su ser interior– no podían sino recibirse como una inestimable reivindicación de la autenticidad personal, por contraste a las sospechosas motivaciones de los «Cambiadores», interesados en la manipulación de sus cuerpos para conseguir «pasar» falazmente por algo que en verdad no eran. En tanto que la perplejidad indignada que despierta en el texto de Davis la noción de una rinoplastia realizada para favorecer la asimilación

de una hija de inmigrantes reflejaría, por su parte, la relativa marginación cultural del proceso de medicalización de los rasgos raciales en el contexto histórico donde aquel fue producido.

El procedimiento de la cirugía de nariz se comprende a esta luz en su calidad de *precursor*, toda vez que su aparición, caracterizada como revulsiva, anuncia y desencadena la necesidad de problematizar —y consecuentemente, investigar— la práctica de la cirugía estética en su conjunto. El carácter *escandaloso* de esta intervención se reconoce, por lo demás, en su anacrónica adscripción a un esquema de interpretación racial cuyos principios conceptuales habían sido ya históricamente impugnados. En la medida en que la argumentación del texto de Davis parte de la premisa que tácitamente inscribe el sentido de la práctica en el horizonte de la feminidad normativa —premisas también destinadas, como veremos, a su eventual cuestionamiento—, la operación realizada sobre una adolescente para corregir su nariz patologizada en términos *raciales* constituye, sin duda, un fenómeno cuyo registro evoca la analogía con la imagen de «la sal sobre la herida». El cuerpo disciplinado de las mujeres no solo ha de demostrar conformidad a los ideales culturales de «belleza» y «juventud»; también parámetros racistas —la belleza «blanca y anglosajona»— se afirman relevantes para el despliegue de la normalización quirúrgica.

Así las cosas, no deja de ser llamativo que tras esta temprana irrupción, tan llena de estruendo y de furia, ni la rinoplastia ni el «complejo de inferioridad por características raciales» para cuyo tratamiento ella estaría indicada, vuelvan a ser objeto de mayores consideraciones en el resto del texto. Por cierto, la cuestión es aludida de manera directa pero pasajera cuando se refieren algunos de los criterios que el inspector del seguro público de salud holandés había urdido para diferenciar aquellas solicitudes de cirugía basadas en lo que se describe como una «anormalidad» real, de aquellas que solo respondían a motivaciones «psicosociales». Entre otras desviaciones notorias, afirma que una nariz «*demasiado* negroide» representaría una justificación válida para la cobertura de la operación (Davis, 1995: 69; énfasis en el original). Sin embargo, ninguno de los testimonios de las mujeres entrevistadas aludirá a la estigmatización racial como una de las motivaciones subyacentes a su necesidad de

cirugía. Las propias premisas conceptuales del texto, por otro lado, determinarán que la argumentación se desentienda de esta insidiosa convergencia de medicalización y racismo sobre el cuerpo femenino normalizado. Observamos en cambio que los principales segmentos de su análisis y exposición estarán dedicados a un caso de alteración radical de los rasgos faciales (pp. 98-114), por un lado, y a la experiencia de sus entrevistadas como pacientes de aumento mamario (pp. 122-55), por otro.

A este respecto, entendemos que la argumentación de Davis explota el espacio conceptual extendido entre los dos polos que determinan los márgenes imaginarios de la racionalidad constitutiva de esa particular práctica médica oficialmente conocida como cirugía plástica. De un lado, el polo históricamente legitimado de las intervenciones reconstructivas, cuyo sentido no es sino el humanitario esfuerzo por volver más tolerable el tormento psíquico de quien ha de enfrentar el mundo con un rostro desfigurado. Del otro, el de las intervenciones cuya inserción en el campo de la medicina ha sido históricamente problemática, esto es, el polo de los procedimientos estéticos consagrados al lucrativo cometido de satisfacer las demandas de compensación narcisista de la vanidad femenina. Si la operación de aumento mamario representa el ejemplo paradigmático de esta última categoría, podríamos hasta cierto punto interpretar el modo en que el texto despacha inopinadamente a la rinoplastia como un signo de la marginación relativa del motivo racial de este espectro de razones imaginarias.

El ocaso de la estigmatización de la nariz racializada es, en rigor, una conclusión que se infiere necesariamente de las premisas conceptuales de Davis. Una de tales premisas –acaso la más relevante tanto en sentido teórico-metodológico, cuanto en implicaciones ético-políticas– consiste en el propósito de comprender los testimonios de sus entrevistadas «en sus propios términos» (Heyes, 2007: 93). Según Davis (1995), el argumento con que estas mujeres «típicamente» encuadraban sus narrativas era aquel que sostenía que, si bien la estética corporal era un asunto importante en sus vidas, el defecto por el que pretendían someterse a una cirugía era «enteramente de otra clase», «mucho más feo o anormal» de lo que un «mundano problema de belleza» jamás podía llegar a resultar (p. 89). En

este contexto, el sentido de la cirugía estética era explícitamente escindido del orden de las dificultades que las mujeres habitualmente afrontan a propósito de su apariencia física, describiendo la intervención, en cambio, como «una solución extraordinaria para un problema extraordinario» (Davis, 1995: 90).

El aspecto distintivo en los relatos de las mujeres entrevistadas por Davis (1995) radicaba pues en la articulación de una «trayectoria de sufrimiento» anclada en un cierto defecto físico, cuya gravedad percibida determinaba que el propio cuerpo fuera experimentado como «una restricción insuperable» (p. 97). A este respecto, una conclusión provisoria que no puede dejar de ser remarcada es la invalidación del sentido práctico de la distinción entre procedimientos estéticos y reconstructivos que esta interpretación pone de manifiesto. Es sin duda una de las virtudes del texto de Davis (1995) que su análisis discierna el despliegue de la misma estructura narrativa en la experiencia de pacientes de procedimientos diversos, desde los múltiples casos de aumento mamario hasta el de la mujer que sobrellevó la transformación «dramática» de sus rasgos faciales (p. 98). Sin importar cuál fuera la naturaleza objetiva del problema corporal padecido por cada mujer, la decisión de someterse a la cirugía fue en todos los casos concebida como un «acontecimiento» que venía a interrumpir aquella «trayectoria de sufrimiento», permitiéndole «pasar a la acción y recobrar un sentido de control sobre su vida» (Davis, 1995: 97).

La conspicua ausencia de relatos que involucren a la experiencia de la rinoplastia en el texto –sin perjuicio del episodio de la introducción al que nos hemos referido– sugiere, a esta luz, que en la Holanda de fines del siglo XX, una nariz cuya apariencia no se conformara a los cánones estéticos sancionados por la cultura hegemónica ya no representaba, a diferencia de lo que sucedía en la Alemania de fines del XIX donde operó Jaques Joseph, la causa probable de una vida signada por el sufrimiento. Atenuada la virulencia de sus connotaciones raciales estigmatizantes, la corrección quirúrgica de una nariz imperfecta ya no se verá como una forma de «pasar a la acción y recobrar el control» sobre las circunstancias responsables de una existencia desdichada. De aquí se sigue pues, conforme a las premisas conceptuales consideradas, el siguiente interrogante: ¿per-

tenece la rinoplastia a la clase de las operaciones «triviales», aquellas cuyo sentido no trascendería el orden de los «mundanos problemas de belleza» que las mujeres cotidianamente han de afrontar en una cultura patriarcal?

No es difícil comprender la exclusión de la rinoplastia del universo simbólico de la cirugía estética, tal como este era concebido por las entrevistadas de Davis. Interpretadas «en sus propios términos», el propósito que estas mujeres atribuían a la intervención quirúrgica —por oposición al sentido común— no tenía que ver con la belleza, sino con la «identidad» (Davis, 1995: 163). El contraste simbólico entre los procedimientos de la rinoplastia y del aumento mamario queda aquí destacado al máximo. En la medida en que la sexualidad define un campo de poder cuyos efectos la cultura occidental moderna consagra en tanto cifra de la «verdad» del sujeto (Foucault, 2002b), va de suyo que el tamaño y la forma de los pechos adquieren, en el marco de la construcción de la identidad femenina, un valor del cual el tamaño y la forma de la nariz carecen. Por cierto, es el sentido eminentemente sexualizado de los pechos femeninos lo que determina que, evaluados negativamente en su apariencia, puedan ser verosímilmente situados en el origen de una «trayectoria de sufrimiento» genuina. Los vínculos tanto más difusos e intrincados entre nariz y sexualidad explicarían, por el contrario, que el descontento estético con este órgano no se preste a ser razonablemente señalado en tanto causa de ningún proyecto vital contrariado¹⁵.

La posición sintomática de la rinoplastia, en suma, ha quedado otra vez corroborada, en esta oportunidad a partir de las conclusiones que su exclusión simbólica del texto de Davis habilita. Nuestra propuesta es entender estas conclusiones desdobladas nuevamente en dos niveles: por un lado, el nivel inmanente al propio texto; por otro, el nivel sobre el que se proyectan ya las inferencias pertinentes al funcionamiento del dispositivo de la cirugía estética en general. De este modo, enfocar la notoria elisión de la cirugía de nariz en las narrativas recogidas en el texto sirvió para poner de relieve lo que representa sin duda uno de los principales aciertos conceptuales de Davis (1995), esto es, el postulado que rechaza la reducción de la cirugía estética a una simple práctica de belleza, afirmando en cambio su complejidad en tanto «intervención en la identidad» (p. 108).

En este movimiento argumentativo, el texto llega acertadamente a discernir la fundamental relevancia que para el sentido actual de la práctica adquiere el motivo de la corrección de un cuerpo que «no encaja» con el sentido del yo interior (Davis, 1995: 163).

Por contraste a esta virtud interpretativa del análisis de Davis, se destaca lo que constituye la más notoria limitación conceptual en su comprensión del modo de funcionamiento del dispositivo. Tal como Heyes evalúa este aspecto, si la contribución «más importante» de Davis es la evidencia a favor de la tesis de que la intención de someterse a una cirugía no representa tan solo un intento de conformarse a las normas estéticas dominantes, sino también un «más profundo y complejo» intento de reconciliar la apariencia corporal con la identidad «interior» del sujeto, su principal problema radica entonces en la sugerencia de que, el encuadrar sus experiencias quirúrgicas en este marco discursivo, sus entrevistadas habrían también «evadido la normalización» (Heyes, 2007: 94). En un movimiento argumentativo simétricamente inverso al arriba ponderado, en efecto, Davis reduce el concepto foucaultiano de normalización a un proceso de aceptación pasiva de los ideales de belleza que sanciona el modelo hegemónico de feminidad¹⁶. Así las cosas, como consecuencia de este enfoque reductivo, Davis renuncia a la posibilidad de dar cuenta del hecho de que las razones invocadas por sus entrevistadas –tanto en lo que concierne a las apelaciones al sufrimiento de un cuerpo cuya apariencia «no encaja» con la identidad interior, cuanto al énfasis en la necesidad de ser «común y corriente»– representan precisamente uno de los semblantes discursivos que adopta la normalización en el presente (Heyes, 2007: 92).

Cuestionar el elusivo posicionamiento textual de la rinoplastia ha servido, en fin, para remarcar una transformación de suma importancia en el funcionamiento del dispositivo: a saber, la deslegitimación relativa del horizonte normativo de la homogeneización corporal –tanto aquella sujeta a un modelo racial, cuanto aquella derivada de un determinado ideal de belleza femenina– es una circunstancia de la que no debería inferirse que la cirugía estética ha dejado de operar en tanto tecnología de normalización. Como observamos a partir de nuestra consideración de la «narrativa ontológica», el acceso autorizado a una posición enunciativa desde la cual afirmar posi-

tivamente la propia identidad individual representa, en rigor, uno de los propósitos constitutivos del poder disciplinario ejercido a través de las tecnologías quirúrgicas de transformación corporal.

La reticencia que demostraron las entrevistadas de Davis a atribuir –para usar la desenfadada expresión de Macgregor– a una «deformidad nasal» el origen de sus identidades malogradas sugeriría, a propósito, que en un contexto donde ciertas formas de prejuicio racial aparecen atenuadas, el vínculo entre evaluación estética de la nariz y sentido del yo en principio queda también restringido. Aludimos, desde luego, a la relativa obsolescencia del valor estigmatizante asociado con el ancestral estereotipo antisemita de la «nasalidad» del judío (Gilman, 2001: 122). Subyacente en este juicio se halla todo un proceso histórico de transformación cultural, extendido desde el hipócrita revuelo que en la opinión pública norteamericana provocó la rinoplastia de Fanny Brice a comienzos de la década del 20, hasta el progresivo reconocimiento, en las últimas décadas del siglo, de que en buena medida el magnetismo de una estrella como Barbra Streisand radica en una nariz, digamos, idiosincrásica¹⁷. Se constata así, en efecto, una ganancia de diversidad en el paisaje mediático contemporáneo y, consecuentemente, en los ideales estéticos hegemónicos. Tal como Blum observa este proceso, si bien los parámetros de la belleza blanca y anglosajona siguen reinando en la cultura occidental, este modelo con todo no deja de acoger aquellos rasgos «exóticos» susceptibles de conferirle una cierta «irregularidad sensual pero controlada» –labios gruesos, ojos rasgados, mayor amplitud del espectro cromático de la piel–. A esta luz se entiende la disminución en el número de rinoplastias realizadas en narices «étnicas», de donde esta autora extraerá la conclusión de que rasgos «alguna vez considerados preocupantes por su valencia *racial* han sido suplantados por toda una nueva categoría de lo ligeramente imperfecto» (Blum, 2005: 264).

Pretendemos con esto iluminar algunos de los matices que consideramos quedan opacados desde la perspectiva enunciativa del texto de Davis. El referido reemplazo del estigma de la nariz racializada por un juicio que evalúa su desviación con arreglo a la atemperada escala de lo «ligeramente imperfecto», no ha de interpretarse en el sentido de una banalización de la rinoplastia. Por cierto, al cues-

tionar el alcance del motivo de la homogeneización racial, no proponemos degradar las razones de este procedimiento, sugiriendo que tal interpretación ha de desplazarlo –para usar las categorías de Davis– desde el digno orden de las «intervenciones en la identidad», hacia el trivial dominio de aquellas que se ocupan apenas de los «mundanos problemas de belleza».

Nuestra propuesta apunta, antes bien, a seguir inscribiendo la racionalidad de la rinoplastia en el marco de lo que con Heyes denominamos «narrativa ontológica», enfatizando de este modo su sentido instrumental en cuanto tecnología de normalización. Enfocado en este aspecto productivo de una identidad normalizada, abordamos dicho procedimiento, con todo, independientemente de esa «trayectoria de sufrimiento» a cuya interrupción se consagraría, según Davis, cualquier uso éticamente aceptable de la cirugía estética. Aspiramos así a resolver argumentativamente el sesgo de una perspectiva que unilateralmente circunscribe el sentido de esta práctica a un discurso sobre el «tormento psicológico extremo», al tiempo que se desentiende de los recursos teóricos que le permitirían cuestionar el contexto que explica el origen y la dinámica de semejante discurso (Heyes, 2007: 106). Señalados estos reparos conceptuales a la propuesta de Davis, será precisamente en un contexto que positivamente rechaza todo vínculo simbólico directo entre cirugía estética y sufrimiento, donde se nos ofrece la oportunidad de explotar el potencial analítico contenido en tales matices. Avanzamos pues hacia la consideración del lugar de la rinoplastia en el texto de Pasik.

La rinoplastia en Pasik: hacia el nuevo ideal individualizante de la práctica, la nariz «perfecta y natural»

El encuadre narrativo con que se ofrece este texto basado en una investigación periodística se anuncia ya en la pedagógica designación que reciben sus subdivisiones: el libro no está compuesto, en rigor, de capítulos, sino de «escenas». Anotada esta apostilla, la argumentación orienta en este punto nuestro interés hacia la «Escena 3», significativamente titulada «Ser lo que se quiere ser» (Pasik, 2010: 55-84). Será, en efecto, la densidad semántica de esta expresión lo

que motive nuestras primeras observaciones. Destacamos entonces que la inteligibilidad inmediata de este enunciado paratextual –el título de un capítulo– tácitamente inscribe el sentido de la cirugía estética en el marco de la «narrativa ontológica».

Se infiere de aquí que, en el contexto de Pasik, opera ya como un saber integrado al sentido común una proposición cuyo significado el texto de Davis (1995) aún calificaba de «paradójico», vale decir, la afirmación de que la cirugía estética permitiría a una mujer «convertirse en la persona que ella sentía podía llegar a ser» (p. 78). Una perspectiva cuya original manifestación en el campo académico no estuvo exenta de resistencias, ahora no obstante aparece asumida sin inconvenientes por un texto mediático despojado de cualquier intención de transgredir las expectativas sancionadas por el discurso hegemónico. En tal medida, en suma, podemos justificadamente decir que en el contexto de Pasik –esto es, el nuestro– ya nadie discute que la cirugía estética, más que una simple práctica de belleza, es una compleja «intervención en la identidad».

El propio texto confirmará esta apreciación en el epígrafe que da inicio al capítulo, a través del cual insinuará cierto distanciamiento crítico respecto de los efectos disciplinantes de la cultura de la belleza –insinuación acorde a sus ya profesados «principios» y «convicciones» pretendidamente feministas– (Pasik, 2010: 28) cuya interpretación abordamos en el capítulo anterior. El epígrafe en cuestión consiste de la siguiente cita, atribuida al sociólogo Zigmunt Bauman: «La belleza como perfección es una noción muy ambivalente, que atrae y repele a la vez» (citado en Pasik, 2010: 57). Se sugiere aquí un incipiente rechazo de la obsesión contemporánea por la «perfección» física, de lo que se desprenderá una valoración positiva de la cirugía como un medio para contrarrestar las consecuencias alienantes de este mandato imposible. En un sentido más amplio, con todo, entendemos que lo que en este epígrafe se refleja es la actitud de reflexividad crítica que de modo creciente los sujetos adoptan de cara a las prácticas y representaciones de la cirugía estética, un rasgo distintivo del actual modo de funcionamiento del dispositivo¹⁸.

Resulta oportuno realizar un comentario sobre el alcance y las implicaciones de esta actitud reflexiva que hoy en día modela nuestra relación con el dispositivo de la cirugía estética. A este respecto,

es en el trabajo de la crítica cultural australiana Meredith Jones donde encontramos las observaciones más agudas y pertinentes. Nos referimos, específicamente, al análisis de lo que esta autora denomina «cultura del *makeover*», expresión con la que en términos generales alude al contexto sociosimbólico que permite comprender la original configuración que aquel dispositivo adopta en el presente. Por el momento nos interesa apuntar una particular característica que Jones (2008) define como consustancial a la conformación de este contexto cultural, vale decir, la emergencia de un «paisaje mediático saturado de información» (p. 65). Se remarca así un aspecto de máxima importancia para el análisis, toda vez que esta «abundancia de información» no deja de tener sutiles pero profundas repercusiones sobre las relaciones de poder que se despliegan en el seno de la práctica. La díada cirujano/paciente representa acaso la relación más directamente afectada por el proceso en cuestión.

A propósito de la reconfiguración histórica del esquema de saber-poder del dispositivo, importa destacar que, en un nuevo escenario de ubicuidad mediática de la cirugía estética, el cirujano es despojado de su condición de «proveedor único de información» ante la paciente (Jones, 2008: 66). En el pasado, por cierto, esta no solo debía recurrir a las competencias técnicas de las que aquel dispone en tanto experto a efectos de resolver el problema corporal que la aquejaba, sino que también dependía de su conocimiento especializado incluso para llegar a discernir y articular dicho problema. Se seguía de aquí una desigual distribución de las funciones de este encuentro, erigiendo al cirujano en un rol «múltiple y trascendente», y ajustando a la paciente a otro «singular y pasivo». Por el contrario, desde que esta relación aparece mediada por un proceso de apropiación reflexiva del conocimiento obtenido de una constelación de fuentes de información, el cirujano pierde sus prerrogativas de exclusividad sobre las demandas de la paciente. Se impone así un inevitable trastocamiento de la relación de poder, toda vez que aquel ya no está en condiciones de dar por descontada la dependencia –técnica, pero también afectiva– de esta, sino que de ahora en más deberá «seducirla» en su condición de «cliente» dispuesta a elegir entre opciones diversas. Expuestos a estas nuevas tensiones, los cirujanos procuran compensar la destitución de su estatus de expertos únicos a

través de distintas estrategias de autopromoción, entre las que Jones enfatiza la invocación recurrente de una intangible «habilidad artística» cuyo aprovechamiento en la práctica quirúrgica se da por supuesto (Jones, 2008: 72).

Pasamos ahora del comentario sobre las transformaciones relevantes del contexto, al correspondiente análisis de nuestra próxima observación en el texto. Tal como sucede con el resto de las «escenas» de las que este se compone, aquella cuyo significativo título («Ser lo que se quiere ser») viene de captar nuestra atención, está dividida a su vez en secciones presentadas por sus respectivos subtítulos. En no pocas ocasiones, estos corresponden a citas textuales de las mujeres entrevistadas; es el caso de la sección a la que ahora dirigimos nuestro foco: a saber, «Me tocó un médico que era un artista, un visionario» (Pasik, 2010: 74-76). Así y todo, no es en sí por confirmar la propuesta de Jones que nos interesa esta sección, sino más bien por contener un testimonio que nos permite abordar de lleno el sentido actual de la rinoplastia.

El enunciado pertenece a una mujer que el texto presenta como «Alicia», de quien además considera pertinente informar la edad («47 años»), caracterizar la contextura física conforme a la analogía con un ícono popular («bajita, fibrosa, con brazos musculosos símil Madonna»), y ponderar la ventajosa evolución de su trayectoria sentimental reciente («se acaba de separar de un largo matrimonio y... ya tiene novio nuevo. Más joven, muy lindo»). Esbozado este perfil, transcribimos el pasaje en que Alicia rememora las circunstancias de la rinoplastia a la que se sometió más de tres décadas antes, cuando tenía 15 años de edad:

Era muy mona, pero tenía esa nariz polaca de mi mamá que sólo a ella le quedaba bien. En esa época las cirugías no eran como ahora y podría haber quedado con esas naricitas respingadas que tienen muchas minas de mi edad... Pero me tocó un médico que era un artista, un visionario. Mirá: sólo me limó el hueso de arriba, así que no es que tengo una nariz nueva, sino la mía, con proporción perfecta y natural para mi cara, pero sin esa giba que me traumaba (Pasik, 2010: 75).

El testimonio condensa varias aristas distintivas de la experiencia contemporánea de la rinoplastia. Ya en la primera oración encontramos cifrada toda una parábola quirúrgica sobre el destino que el siglo XX deparó a la historia geopolítica de Europa central; observamos, en este sentido, que en la Buenos Aires de la década del 70 –escenario de la «traumada» adolescencia de la Alicia pre-operación– una nariz judía solo osará ser aludida elípticamente, por vía del eufemismo racialmente neutralizado de la «nariz polaca». Y aunque este rasgo facial aparezca explícitamente problematizado en virtud de su identificación con un determinado colectivo nacional, su normalización quirúrgica no es encuadrada –nos remitimos al texto de Macgregor– en semejante «consideración etnocultural», aseverando, antes bien, que es solo su naturaleza «antiestética» lo que se ha procurado corregir con la operación –el problema, se nos asegura, no radica en que la nariz delate una filiación polaca, sino en el hecho de que las narices polacas, con la prodigiosa excepción de la mamá de Alicia, jamás «quedan bien»–.

De entrada advertimos pues que esta experiencia se articula desde una oposición diametral al horizonte imaginario de la homogeneización corporal. Contemplada en su faceta racial, según vimos, la imagen de la intervención homogeneizadora resulta efectivamente *reprimida* –la «nariz polaca» emerge aquí en tanto manifestación *espectral* de aquello que no admite ser reconocido, el estigma de la «nasalidad» judía–. Ahora bien, una vez que el parámetro normativo se ha desplazado del eje de la raza al del género, lo que notamos es que la amenaza del desvanecimiento de la individualidad tras un resultado estandarizado suscitará, por el contrario, una impugnación abierta y deliberada. A este respecto, la negación superadora del horizonte del conformismo corporal adocenado se afirma en virtud de un supuesto progreso de la práctica justificado en términos evolutivos –si bien este progreso se sugiere menos dependiente del desarrollo de la técnica, que de una mayor sofisticación del juicio estético de los cirujanos plásticos–.

La admiración que Alicia declara profesar hacia aquel que operara su nariz radica, justamente, en su condición de adelantado: merced a una sensibilidad artística de «visionario», su obra –la rinoplastia– logró trascender los estrechos parámetros estéticos de su

tiempo —esas «naricitas respingadas» otrora reproducidas en masa—. Pero en la ponderación admirativa de las dotes artísticas de este cirujano detectamos ya el sutil reacomodamiento de los vectores de poder dinamizados en el vínculo con la paciente. El médico de Alicia es digno de elogio por cuanto su talento se atrevió a desafiar el cometido al que la rinoplastia había sido tradicionalmente consagrada, esto es, «cambiar» la nariz defectuosa por otra «nueva», más adecuada a la norma estética comúnmente aceptada. Una vez que esta expectativa tradicional es sustituida por el objetivo —históricamente novedoso— de «arreglar» la nariz en función de una proyección idealizada de la cara de la propia paciente, se anuncia también la emergencia de un nuevo fundamento para la legitimidad del juicio estético.

Desde entonces, la excelencia del cirujano ya no dependerá, en principio, de su habilidad para amoldar la apariencia de su paciente a un modelo preexistente, sino de su destreza para adecuarla —de manera «perfecta y natural»— a las singulares proporciones que la individualidad corporal de aquella determine. En este contexto, toda vez que los parámetros del juicio estético se afirman inherentes a la singularidad irreductible de la apariencia individual, será también desde la perspectiva única e insustituible de que cada sujeto goza respecto de su cuerpo propio que aquellos se discernirán verdaderamente. La misma paciente se erige a esta luz como la autoridad estética definitiva, pero en la medida en que este proceso supone la internalización de la mirada quirúrgica, su contrapartida necesaria será una disposición al auto-escrutinio tanto más rigurosa e implacable. Así y todo, más allá de este paradójico efecto de auto-disciplinamiento propio de la normalización, lo cierto es que las consecuencias que de aquí se siguen para las relaciones de poder del dispositivo no dejan de resultar fundamentales. Tal como las evalúa Jones (en un tono acaso exagerado, pero acertada en lo esencial de su propuesta), cuando las pacientes se «auto-diagnostican», los médicos se convierten en «un medio para un fin más que en los árbitros de la belleza y la normalidad» (2008: 68). De acuerdo a esta interpretación, el rol otrora «trascendente» del cirujano queda ahora reducido a una función instrumental en relación con la voluntad de la paciente, cuya intención, a su vez, ya no apunta a la aceptación «pasiva» de una

intervención heterodirigida, sino a la realización autónoma y responsable de un proyecto de autoafirmación de la identidad individual.

La rinoplastia en el presente: un procedimiento «normalizado»

La cara ha sido la región corporal ancestralmente consagrada en la cultura occidental como sede del sentido de la identidad subjetiva. Tanto el texto de Macgregor como el de Davis, a través de recursos conceptuales diversos, aluden explícitamente a esta noción. En un caso, un comentario sobre la tradición fisiognómica sirve para poner de relieve el vínculo inextricable que desde la Antigüedad se ha labrado entre evaluación estética del rostro y valoración moral de la persona (Macgregor, 1974: 26-31)¹⁹. En el otro, una más sucinta referencia a la «dicotomía espejo/máscara» es introducida para señalar la histórica alternancia entre dos interpretaciones morales antinómicas de la apariencia facial, ya como reflejo fiel del alma, ya como semblante distorsionado de su verdadero valor (Davis, 1995: 99).

Este mismo hilo temático se prolonga en el texto de Pasik (2010), cuyo cuarto capítulo —es decir, «escena»— se presenta bajo el título «Dar la cara» (pp. 85-107). La doble lectura que esta expresión habilita nos sugiere pues que los procedimientos que se tratarán a lo largo del capítulo, por cuanto involucran intervenciones en el punto neurálgico de la identidad del yo, interpelan además a un sujeto plenamente responsable de sus actos. De entrada advertimos que la rinoplastia adquiere en este contexto un lugar preeminente. Situación de privilegio reflejada no solo en el orden expositivo —en un capítulo dedicado a los procedimientos estéticos en la cara, aquella es la primera en ser abordada—, sino también, expresamente, en el subtítulo de la sección correspondiente: a saber, «De frente y de perfil, cómo importa la nariz» (Pasik, 2010: 87-91).

Hasta este punto, en suma, nuestras observaciones apuntarían consistentemente hacia una confirmación del papel protagónico de la rinoplastia en el despliegue de la «narrativa ontológica» que en gran medida estructura la inteligibilidad de la cirugía estética en el

presente. La centralidad de la nariz en el marco de la cara convertiría a este procedimiento en una expresión por excelencia de la tecnología quirúrgica puesta al servicio de un proyecto reflexivo de autoafirmación de la identidad individual. A este respecto, acaso solo del aumento mamario podría predicarse una relevancia semejante. Avanzar en el análisis, sin embargo, implicará el cuestionamiento de esta última apreciación.

Notamos entonces que, en la misma sección que la invoca en tanto principal objeto de interés, la primera referencia a la rinoplastia es ya una comparación desfavorable con otros procedimientos. El contraste aludido remite a la dimensión cuantitativa de su demanda relativa. Procurando invalidar un cierto «prejuicio generalizado», el texto comienza con una vaga apelación a «un informe de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética», de cuyos datos se desprendería que el propósito de la mayor parte de los procedimientos realizados en Argentina no es «optimizar voluptuosidades o reducir contornos de todo tipo», sino atenuar «las marcas que el paso del tiempo se empeña en dejar» (Pasik, 2010: 87-88). Según dicho informe, en efecto, las tres intervenciones más pedidas por los argentinos serían «el lifting de rostro, el retoque de párpados y el estiramiento de la piel de la frente». Por cierto, de aquí también se sigue –contrariando otra supuesta creencia popular– una refutación de la frecuencia atribuida a la rinoplastia. El texto establece así la premisa de una conclusión desconcertante, formulada por lo demás en un estilo característicamente ambiguo:

Aunque no entra en las listas de las más pedidas, según las estadísticas que se pueden conseguir, no es errado pensar que son muchísimos los que recurrieron a esta solución ya que, al ser de las primeras operaciones en hacerse, hoy es una intervención que está tan normalizada que casi no se toma en cuenta a la hora de decir quién tiene o no una operación (Pasik, 2010: 88).

Ante este párrafo, nuestra primera observación no puede dejar de objetar la exactitud de la información consignada y, por añadidura, el indolente criterio empleado para referir su fuente presunta.

La cirugía estética siempre ha mantenido una relación problemática con el registro estadístico de sus procedimientos. El hecho de que la práctica tienda a llevarse a cabo en establecimientos médicos particulares antes que en hospitales –circunstancia que se suma a la de que sus costos, por lo general, son solventados directamente por el paciente, sin la intervención de organizaciones prestadoras de seguros de salud–, explica en buena medida la ausencia de datos cuantitativos confiables para la especialidad. Como reflejo de este déficit –pero acaso también anticipándose a cotejos inconvenientes–, antes de formular sus conclusiones el texto nos ha advertido que las estadísticas «siempre mutan» (Pasik, 2010: 87). Ahora bien, dicha mutabilidad se torna curiosamente excesiva toda vez que nos remitimos con el análisis a los resultados de un estudio que la misma Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS, por sus siglas en inglés) divulgara en 2011, esto es, apenas un año después de publicado el texto de Pasik.

Según las cifras que allí se asignan a nuestro país, las motivaciones quirúrgicas cuya supuesta masividad el texto ha atribuido reprobatoriamente al «prejuicio generalizado», pueden en cambio reivindicarse fundadas en los protocolos metodológicos de una encuesta científica²⁰. En efecto, los dos procedimientos que ese año más realizaron los cirujanos plásticos de Argentina fueron la «lipoplastia»²¹ y el aumento mamario, vale decir, operaciones cuyo objetivo no es otro que «reducir contornos de todo tipo» y «optimizar voluptuosidades», respectivamente. Por contraste, solo en tercer lugar encontramos a la blefaroplastia –esto es, el «retoque de párpados»–, procedimiento entre cuyos propósitos habituales se cuenta desde luego la eliminación de «las marcas que el paso del tiempo se empeña en dejar»²². Este *top five* se completa, sin embargo, con otra operación –la abdominoplastia– menos interesada en contrarrestar las señales faciales del envejecimiento que las corporales del embarazo, seguida muy de cerca, en fin, por la que aquí nos concierne. De este modo comprobamos que la rinoplastia –según las estadísticas que cualquier persona con acceso a Internet puede conseguir– de hecho sí entra en la «lista de las más pedidas»; a menos que esta lista se conciba en un sentido tan restrictivo que solo llegue a abarcar a las tres

primeras: si contemplamos el ranking a nivel mundial, la cirugía de nariz asciende hasta el cuarto puesto.

Hecha esta rectificación fáctica, el párrafo transcrito aún nos interpela con todo el volumen de su ambigüedad semántica. En este contexto, por cierto, el mayor interés hermenéutico lo inspira esa particular cualidad que se predica de la rinoplastia, la de estar «normalizada». Abordar esta cuestión nuevamente nos remite a la crítica de la equívocidad conceptual con que se utiliza cierta terminología foucaultiana en los textos de Davis. Tal como la discierne Heyes (2007), semejante imprecisión no ha de imputarse únicamente a esta autora, sino que sería común a «muchas escrituras filosóficas feministas» que recurre a Foucault sin dar cuenta de la verdadera complejidad de su pensamiento (p. 16). Esto puede observarse toda vez que el verbo «normalizar» se utiliza para designar o bien cualquier proceso por el que se impone o alienta la adopción de una cierta homogeneidad y conformidad, o bien un proceso por el que una situación controvertida termina siendo aceptada como cotidiana (e.g., Brooks, 2004). En este sentido, es esta última acepción la que pareciera estar implicada en el participio del que dispone Pasik para definir el estatus actual de la rinoplastia. En una segunda lectura, con todo, esta supuesta cotidianidad se plantea difícil de conciliar lógicamente con el predicado que afirmaba la escasa frecuencia relativa de dicho procedimiento. Llegados a este punto, acaso ya no sea aconsejable buscar en el plano de la lógica formal un principio que nos permita acceder a la inteligibilidad argumentativa de este texto. Será pues en el orden de las razones *dialógicas* donde encontraremos referencias para comenzar a franquear la desafiante ambigüedad del párrafo en cuestión.

Una manifestación directa del estatus «normalizado» de la rinoplastia, se nos informa, es que «casi no se toma en cuenta» dentro del historial de intervenciones estéticas de una persona. Con la atención puesta en los reenvíos polifónicos inherentes al texto, advertimos entonces que lo que a esta proposición subyace no es ni el rigor de un sondeo estadístico, ni la profundidad de un estudio cualitativo, sino la cándida evocación de una charla mantenida casualmente en una sala de espera. A esta luz, el párrafo que nos ocupa se nos revela como una instancia del discurso indirecto libre, cuya referen-

cia original encontramos en la voz de una mujer de 80 años de edad, presentada ya en la primera escena del texto. Consultada acerca de su experiencia personal con la cirugía estética, esta mujer pronunciará el siguiente enunciado germinal: «Primero, de muy jovencita, me hice una rinoplastia, porque tenía una nariz que me acomplejaba, pero esa no la cuento» (Pasik, 2010: 25).

Destacable en su laconismo, este enunciado se nos sugiere clave por la magnitud de los significados históricos que condensa. El involucramiento primordial con el dispositivo –cronológicamente situado, según podemos inferir, a mediados del siglo XX– se afirma motivado por el interés de tratar un sufrimiento psicológico asociado al defecto físico –la nariz que «acomplejaba»–. La eficacia terapéutica del tratamiento quirúrgico, por lo demás, está sobreentendida; circunstancia que se confirma justamente por el hecho de que, en el resto del diálogo, ni la rinoplastia, ni la declarada actitud de indiferencia que esta inspiraría, volverán a ser aludidas. El sentido histórico implícito en el enunciado referido comenzará pues a explicitarse en virtud de la trayectoria quirúrgica subsecuente de la experimentada paciente.

Constatamos así, inmediatamente después de la precoz corrección nasal, una elipsis temporal en el relato; el reencuentro con el dispositivo se produce ya en la adultez, desencadenado nuevamente por un malestar psicológico, pero esta vez resuelto, como vemos, en un estado de exaltación asertiva: «Después, más grande, lo conocí al doctor porque me preocupaba el poco pelo que tenía. Entonces me hice un implante capilar y quedé chocha» (Pasik, 2010: 25). Contemplamos aquí un punto de inflexión, toda vez que las posteriores intervenciones aparecen ya exentas de su vínculo directo con el sufrimiento; asimismo, al tiempo que su seriedad resulta minimizada, se las presenta con cierta actitud de ostentación pedagógica, opuesta diametralmente a la discreción reservada a la rinoplastia: «Un pequeño lifting y ya que estaba me puse pómulos. También me despejé acá la mirada, ¿ves? La piel de arriba de los ojos con los años tiende a caerse y queda muy feo». La representatividad de esta trayectoria quirúrgica se consuma, en fin, con el siguiente estadio en la evolución del dispositivo, los procedimientos denominados «mínimamente invasivos». De este modo, ante la pregunta de si las anteriores

intervenciones habían marcado la culminación de sus transacciones con el dispositivo, el diálogo con esta histórica paciente de rinoplastia arriba a un final significativamente abierto: «No, no, cada tanto vengo a ver al doctor. Hace dos meses estuve y me puso una inyección –dice y se señala los labios» (Pasik, 2010: 25).

Ahora bien, si el análisis de este testimonio nos ha permitido identificar los antecedentes textuales de la proposición que ha postulado el carácter «normalizado» de la rinoplastia, el significado de este atributo, enigmáticamente predicado de una intervención estética, aún precisa de mayor esclarecimiento. Proseguimos pues con la disección del párrafo en cuestión. Allí se nos informa que una de las razones que explicarían dicha condición de la rinoplastia radica en el hecho de ser «una de las primeras operaciones en hacerse». Las consideraciones hasta aquí desarrolladas nos permiten entender que la precedencia aludida concierne a la relativa precocidad de los pacientes de este procedimiento. La chica marroquí cuya rinoplastia racialmente motivada provoca la indignación de Davis tiene 15 años, la misma edad en que Alicia decidió imponer una definitiva solución quirúrgica al problema de su «nariz polaca». Menos precisa en el emplazamiento cronológico de su iniciación como paciente, la mujer octogenaria cuya experiencia venimos de examinar, con todo, alcanza a recordar haberse operado la nariz «de muy jovencita».

Técnicamente, esta intervención plantea un determinado requisito fisiológico para el paciente, vale decir, haber completado el desarrollo de los huesos. En términos generales, la maduración ósea se considera finalizada entre los 15 y los 16 años. Con arreglo a estos parámetros, las experiencias consideradas se caracterizarían por cierta precipitación en sus respectivas intervenciones. Sin aguardar siquiera a la plena terminación de la pubertad, la rinoplastia sobreviene en estos casos apenas se ha dejado atrás el punto de máxima algidez de esta convulsionada etapa de transformación corporal. He aquí una explicación posible del sentido de «normalidad» que en este contexto ostenta dicho procedimiento. Si la corrección quirúrgica de la nariz «casi no cuenta» en el registro imaginario del propio historial de intervenciones estéticas, ello obedecería a que sus efectos físicos son subsumidos por un proceso más amplio y generalizado de asunción

de una nueva imagen corporal tras la maduración orgánica que acontece en la pubertad.

Evitamos, no obstante, exponer la validez de nuestra interpretación a la pulsión generalizadora del propio texto. El juicio que taxativamente afirma que la rinoplastia es «una de las primeras operaciones en hacerse» merece pues un oportuno contraste fáctico. Condicionados por las consabidas restricciones en la disponibilidad de estadísticas, los datos más pertinentes a este respecto nos ofrece un documento de la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos (ASPS, por sus siglas en inglés), donde se presentan los resultados globales de la práctica en Estados Unidos para el año 2012. Nos remitimos a las tablas que exponen la distribución de los distintos procedimientos estéticos según segmentos de edad (ASPS, 2013: 14-8). Observamos así que 33.673 rinoplastias –sobre un total de 242.684– se realizaron en pacientes comprendidos entre las edades de 13 y 19, vale decir, solo un 14% de todos aquellos que en ese país se sometieron a una cirugía de nariz era, en rigor, adolescente. Es el segmento etario inmediatamente posterior, extendido entre los 20 y los 29, donde se registra la mayor frecuencia relativa de este procedimiento –76.738 operaciones–, equivalente a un 31% del total. La proporción de rinoplastias comienza entonces a menguar de manera más o menos gradual en los dos segmentos subsiguientes, con un 24% (59.056) para pacientes de 30 a 39 años de edad, y 20% (49.732) para aquellos de 40 a 54. Solo en el último segmento, reservado a pacientes de 55 o más, se advierte ya una disminución relativa pronunciada, registrando apenas el 10% (24.485) de todas las cirugías de nariz.

A la luz de estas cifras, la precedencia biográfica que el texto de Pasik atribuye, en términos generales, a la rinoplastia, no puede dejar de ser relativizada. Ante quienes aleguen –con razón– que casi la mitad (45%) de los pacientes de este procedimiento aún no ha cumplido los 30, de modo igualmente justificado podrá señalarse que las tres cuartas partes (75%) de ellos de hecho oscilan en un rango de edad extendido de los 20 a los 54. La precocidad de quienes se someten a una rinoplastia, si bien en el plano de la argumentación textual opera efectivamente como razón de la «normalización» del procedimiento, es una proposición cuyo anclaje fáctico resulta,

cuanto menos, discutible. Como vimos, las estadísticas demuestran que la decisión de someterse a esa operación se distribuye de manera bastante equilibrada a lo largo de un segmento amplio del ciclo vital, desde la juventud hasta las postrimerías de la mediana edad. Frente a semejante dispersión etaria, aquellos procedimientos que sí encontramos concentrados en una determinada etapa de la vida, no son otros que los que buscan suprimir «las marcas que el paso del tiempo se empeña en dejar». A partir de los 55, en efecto, se realizan más de las dos terceras partes de los liftings faciales, y casi la mitad de las blefaroplastias. Por cuanto la razón de este contraste se sugiere autoevidente, interesará pues comparar la rinoplastia con otro procedimiento no tan directamente sobredeterminado por la intención de erradicar los signos visibles del envejecimiento.

En sentido estadístico, la «moda» del aumento mamario tiene, por cierto, una manifestación más tardía. Si en lo que respecta a la cirugía de nariz el segmento con mayor frecuencia relativa (31%) era el comprendido entre los 20 y los 29, observamos en cambio que la tendencia entre las mujeres estadounidenses es aumentar sus pechos una década más tarde, toda vez que un 37% de quienes lo hicieron en 2012 –105.119 sobre un total de 286.274– tenía entre 30 y 39. Ahora bien, más allá de la evidencia de una mayor edad promedio de las pacientes de aumento mamario, respecto a la rinoplastia también se destaca una cierta homología en lo concerniente a su dispersión etaria a lo largo de la vida adulta. El aumento quirúrgico de los pechos es también un proyecto popular tanto entre las veinteañeras como entre las mujeres de 40 a 54, registrando ambos segmentos –con 82.600 y 83.517 intervenciones, respectivamente– una proporción equivalente a 29% del total. Sin embargo, parece convertirse en una meta desprovista de interés ya en el ocaso del ciclo vital. Apenas el 2% de las mujeres estadounidenses que se sometieron a un aumento mamario decidió hacerlo después de los 55, edad cronológica que en términos aproximativos se corresponde con lo que Erik Erikson (1980) concibe como la tercera –y última– etapa de la adultez, aquella en la que un individuo pretendidamente «saludable» ha de confrontar el desafío de la adaptación a «los triunfos y decepciones de ser, por necesidad, el originador de otros y el generador de cosas y de ideas» (p. 104).

La observación del hecho de que el deseo de aumento mamario se extingue con el fin de la mediana edad, nos ofrece así la oportunidad de introducir la referencia conceptual que inspirará –libremente– nuestra interpretación definitiva del atributo con que el texto de Pasik describe el sentido actual de la rinoplastia. Conviene pues apuntar una aclaración destinada a prevenir el efecto de desfase semántico-conceptual que la particular manifestación lexical de este atributo acaso se presta a generar. Procurando desentrañar el significado del estatus supuestamente «normalizado» de un procedimiento en particular –esto es, la rinoplastia–, pretendemos de hecho explicitar lo que semejante caracterización puede decirnos acerca del modo en que el dispositivo de la cirugía estética en general opera produciendo determinadas *identidades normalizadas*. El análisis textual nos ha permitido constatar, a este respecto, la relevancia de la dimensión de la edad del paciente en la configuración del sentido normativo de una intervención estética dada. Articularemos pues cierta comprensión del asunto tomando como base las reflexiones que el psicoanalista Erikson –alemán de origen, pero estadounidense por elección– elaborara en el marco de su teoría de las «etapas del desarrollo psicosocial de la identidad del ego».

De adolescente conflictuada a «orgullosa militante» del aumento mamario (o sobre el deseo de «pasar» en la sexualidad adulta)

Contra el trasfondo de una concepción ortodoxa del psicoanálisis freudiano, el enfoque de Erikson se distingue por proponer una interpretación más abarcadora del proceso de maduración del ego. En este contexto, la formación e integración progresiva de dicha instancia psíquica no se entenderá ya –conforme a la representación psicoanalítica clásica del desarrollo psicosexual– circunscripta, en cuanto a su contexto interactivo, al triángulo edípico de la familia nuclear, y en cuanto a su temporalidad biográfica, al despliegue de la sexualidad infantil hasta el acceso a una fase genital adulta al cabo de la pubertad. Los determinantes fundamentales de la identidad subjetiva se considerarán, antes bien, expuestos a un proceso continuo de

transformación y crecimiento a lo largo de todo el ciclo de la vida humana, y orientados a una esfera creciente de relaciones sociales significativas, «comenzando con la borrosa imagen de una madre y finalizando con la humanidad» (Erikson, 1980: 54). Liberada de la absorbente égida de las vicisitudes libidinales del complejo de Edipo, la problemática de la formación de una identidad individual diferenciada desplazará su foco de interés, para el campo psicológico, desde los conflictos de la primera infancia hacia aquellos constitutivos de esa etapa crítica del crecimiento del ser humano que es la adolescencia (Marcia, 1980).

La consabida imagen de una tumultuosa «crisis de identidad» representa el conflicto que paradigmáticamente define a este período de la vida. La incipiente conciencia de tener una identidad personal, trabajosamente conseguida a lo largo de la infancia, se somete en esta etapa a un proceso de radical cuestionamiento, del cual emergerá –con arreglo a la trayectoria normativa de la personalidad «saludable»– investida de un sentido más integral y definido de la propia individualidad, dando lugar a la «síntesis del ego» presupuesta en la consolidación de la identidad adulta. Equiparables en magnitud a los cambios corporales de la primera infancia, las transformaciones de la pubertad –esa «revolución fisiológica» desencadenada al interior del propio cuerpo– determinan, con la fuerza de necesidad de las leyes biológicas del desarrollo orgánico, una fundamental puesta en cuestión de toda «mismidad» y «continuidad» en las que hasta entonces el sujeto hubiera confiado (Erikson, 1980: 94).

Ahora bien, en la medida en que el inicio de este período de transición entre la niñez y la adultez se caracteriza justamente por arraigar de manera necesaria en tal sentimiento de pérdida de los fundamentos corporales de la estabilidad subjetiva, lo que de aquí se sigue, a la inversa, es la naturaleza inherentemente incierta de su eventual terminación. Como advierte James Marcia (1980) –reconocido por su intento de cimentar la teoría de Erikson en la observación empírica–, si el fin de la adolescencia «dependiera de la consecución de una cierta posición psicosocial, la formación de una identidad, entonces, para algunos, ella nunca acabaría» (p. 159). El sentimiento autoafirmativo de poseer una individualidad independiente y emprendedora –experiencia constitutiva del ideal de identidad adul-

ta que Erikson reconocía vigente en su contexto histórico²³, lejos de representar el desenlace inevitable y definitivo de este período de confusión que todo ser humano atraviesa en el proceso de crecer, se propone siempre precario en su efectiva realización, y predisuesto en consecuencia a ser reiteradamente reconfirmado a lo largo de todo el ciclo vital.

Encontramos aquí, en esta inmensurabilidad de los extremos temporales de la adolescencia –extendida entre un comienzo inequívoco determinado por la biología, y un desenlace sujeto a las inciertas contingencias del desarrollo psicosocial–, una posible clave interpretativa para abordar el estatus «normalizado» del que la rinoplastia se investiría merced a su precocidad relativa. De aquí se sigue, tal como el análisis ya desarrollado pone de manifiesto, que el sentido de aquel estatus, y el de esta precocidad a la que está asociado, solo se comprenderán en relación con el estatus contrastante, y el correspondiente emplazamiento temporal en el marco biográfico, de un procedimiento diferente. Hemos apuntado ya el minimalismo fisiológico de los requisitos exigidos a quien aspire someterse a una cirugía de nariz: el hecho de que esta intervención es factible apenas completado el desarrollo óseo se reflejó en los miles de pacientes –equivalentes a un 14% del total– que decidieron operarse antes de cumplir los 20. Es precisamente a propósito de esta unilateral aceptación del criterio de la maduración orgánica que el contraste con el aumento mamario comienza a revelar su verdadera pertinencia.

El desarrollo de las mamas se considera finalizado en lo que los médicos establecen como el grado 5 de Tanner, vale decir, el estadio definitivo en esta escala empleada universalmente para una «evaluación objetiva de la progresión puberal». En términos generales, dicho estadio se alcanza entre cuatro y cinco años después de la telarca, esto es, de la aparición del botón mamario, índice del grado 1 de Tanner. Según la Sociedad Argentina de Pediatría (2001), la edad promedio de este acontecimiento inaugural de la pubertad es de 10,8 (oscilando en un rango de 8,3 a 13,3 años). Normalmente, por tanto, el desarrollo de las mamas no se prolongará mucho más después de completado el desarrollo de los huesos. Con arreglo a los datos consignados, toda mujer que en Argentina cumpla los 18 insatisfecha con su dotación mamaria, razonablemente abandonará la

pueril ilusión de un tardío florecimiento natural, para encauzar sus esperanzas en sentido realista hacia la expectativa de una compensación quirúrgica. De hecho, lo más probable es que este duro choque con la realidad de la maduración biológica se produzca mucho antes, habida cuenta de la tendencia al adelantamiento del momento de inicio de la pubertad²⁴.

Así y todo, según el referido informe de la ASPS, sólo el 3% (8.204) de todas las mujeres que en 2012 aumentaron quirúrgicamente sus pechos tenía menos de 20 años de edad. La ínfima proporción de pacientes adolescentes recibe, en principio, una explicación simple y directa: a saber, las restricciones legales que pesan sobre la práctica. En una llamada al pie de página, los redactores del documento se cuidan de informar que todos los procedimientos considerados en este rango de edad (13-19) se realizaron en pacientes de al menos 18 (ASPS, 2013: 14). A ello hemos de agregar que, en todos estos casos, el aumento debe de haberse realizado a través de implantes salinos, por cuanto las regulaciones vigentes en los Estados Unidos solo autorizan el uso de los de gel de silicona a partir de los 22.

Aunque los parámetros orgánicos relevantes se desarrollan de manera prácticamente simultánea en ambos casos, es la ley la que determina que los pechos se operarán con posterioridad a la nariz. Ahora bien, invocar la imposibilidad legal como causa de la notoria desproporción de pacientes adolescentes entre uno y otro procedimiento, más que dar cuenta de la cuestión, apenas acaba de plantearla. Nos preguntaremos, en consecuencia, cómo se entiende que la corrección quirúrgica de la nariz es un proyecto cuya realización no se considera problemático librar al arbitrio y voluntad de un adolescente en pleno proceso de maduración. Interrogante que no podemos abordar sin plantearnos, paralelamente, por qué el aumento quirúrgico de los pechos femeninos representa, en cambio, un propósito que el legislador ha juzgado conveniente mantener –al menos hasta el momento del acceso formal a la adultez– bajo la tutela estatal.

Planteadas en estos términos, la cuestión supone desplegar el puente argumentativo que conecta la consideración de las relaciones entre hormonas y funciones fisiológicas –trasfondo insoslayable de la

subjetivación corpórea— con el análisis de las relaciones de poder en cuyo marco el sentido de la identidad subjetiva se consume. La interpretación que proponemos, menos interesada en la edad en que positivamente se registra la mayor incidencia de los respectivos procedimientos, concierne más bien al modo en que los textos analizados los codifican simbólicamente en tanto intervenciones emblemáticas de instancias determinadas del ciclo vital. En este sentido, sin perjuicio de la ya referida dispersión etaria que las estadísticas efectivamente demuestran, establecemos para la rinoplastia un valor paradigmáticamente representativo de la pubertad, esto es, del inicio de esa etapa de cuestionamiento crítico de la propia identidad que es la adolescencia. Asimilada a un proceso natural e inevitable de radical trastocamiento de los fundamentos orgánicos de la personalidad, dicha intervención anuncia al sujeto —junto con la estabilidad relativa de la que gozarán, durante buena parte de la adultez, su nariz y estructura ósea flamantes— el desafío de realizar una nueva «síntesis del ego» capaz de cimentar una identidad viable para la vida en sociedad. En este contexto comprendemos la naturaleza «normalizada» de la rinoplastia, cuya expresión discursiva en el texto identificamos con ese llamativo manto de discreción («casi no se toma en cuenta») del que se cubría en la experiencia del paciente. La decisión de someterse a este procedimiento aparece aquí subsumida, en suma, por esa actitud de ampuloso e inexpugnable reatamiento que se ha convertido en uno de los rasgos distintivos de la adolescencia en Occidente.

Por contraposición, atribuimos al aumento mamario un valor paradigmático en tanto rúbrica quirúrgica de la resolución de la crisis de identidad adolescente, y experiencia autoafirmativa emblemática del ingreso en la sexualidad adulta. Contemplada en esta instancia, la modalidad asertiva y la tonalidad euforizante con que se manifestará esta experiencia se comprenden en virtud tanto de las particularidades fisiológicas de la maduración femenina, como de la sobredeterminación simbólica de las características sexuales secundarias. La menarca —esto es, la primera hemorragia menstrual de la mujer— acontece en promedio a los 12,5, vale decir, 1,7 años después de la telarca (SAP, 2001). Esto significa que el indicio corporal de la maduración del aparato reproductivo se recibe, en términos

generales, cuando el desarrollo mamario aún se encuentra entre los grados 3 y 4 de Tanner. Entendemos que este desfase introduce un hiato en la experiencia de la mujer en crecimiento, provisoriamente desgarrada entre la realidad presente de su fertilidad reproductiva y la virtualidad futura de su desarrollo morfológico. Durante los dos o tres años posteriores a la menarca, en consecuencia, se resolverá si corresponde al natural decurso de los acontecimientos fisiológicos zanjar este desgarramiento, o bien si las expectativas de «encajar» la propia identidad femenina en un cuerpo acorde a los parámetros estéticos de la sexualidad normativa habrán de encomendarse al dispositivo quirúrgico.

Emerge así un sentido históricamente novedoso en el despliegue de la práctica, el recurso a los servicios del cirujano plástico como instrumento de superación de una crisis de identidad. Remarcamos la afinidad de este sentido emergente con el ya comentado proceso de reestructuración de las relaciones de poder del dispositivo. Estructuralmente condicionado por un contexto de saturación informativa y desregulación comercial de la práctica, el cirujano no podrá evitar atender las demandas de una clienta que desde los 21 años de edad está formalmente autorizada por la ley argentina a someterse, de manera autónoma y responsable, a cualquier intervención quirúrgica electiva. No sorprenderá pues que este nuevo escenario suscite exasperados lamentos en los cirujanos de mayor trayectoria en el campo, quienes perciben su posición de privilegio amenazada por el asedio juvenil, cuyo avance se registra en un doble frente: la potestad acrecentada de una paciente-consumidora cada vez más joven, y la competencia del creciente número de colegas recién llegados. Tales son los blancos de la indignación de quien el texto de Pasik presenta como «el doctor Pedro», cuya airada protesta citará extensamente. Transcribimos un fragmento de la diatriba, significativo para nuestro argumento por cuanto comienza renegando de la autonomía y responsabilidad –nada menos– de sus precipitadas pacientes de aumento mamario:

Uno les tiene que explicar que se van a hacer una cirugía y todo lo que eso implica. Yo siempre les digo que quiero charlar con los padres. Si no, después se levantan llorando, pidiendo

por la mamá... Y no considero que sos mayor de edad porque tenés 21 y ya. Más allá de lo legal, a esa edad en general todavía son adolescentes que adolecen de muchas cosas y quieren hacerse una cirugía sin pensar mucho. Eso es por culpa de algunos colegas que banalizan esto y que dicen: 'ah, vení que a los tres días estás haciendo vida normal' y no, hay que explicar claramente, en cualquier edad, que esto es una cirugía... (Paisik, 2010: 122).

Pero lo que aquí discernimos no es solo la voz del cirujano experimentado deplorando el escandaloso doblegamiento de su autoridad ante los caprichos de quien, a pesar de su estatus legal, en su conducta aún demuestra las flaquezas de todo «adolescente». En este lamento también puede entenderse la reprobación, sustentada en la sabiduría de la madurez, de lo que comúnmente se conoce como la disposición a «quemar etapas» de la vida. Más que alertar sobre los riesgos posibles de la intervención quirúrgica, el contacto con los padres de la paciente procuraría advertir contra la pretensión –tanto más cargada de repercusiones existenciales– de encarar los desafíos de la adultez sin haber resuelto previamente los conflictos de la adolescencia. El sentido normativo de la práctica del aumento mamario queda así definido en sus aspectos esenciales, por completo acordes a la «narrativa ontológica». En ningún caso se pretenderá forzar la evolución de la identidad subjetiva a través de una intervención impropia en la apariencia corporal. Por el contrario, el cirujano ha de intervenir toda vez que el desarrollo del cuerpo no alcance a expresar el nivel presente de la maduración psicosocial del sujeto, vale decir, el verdadero sentido de su «ser interior».

Esta antinomia se sugiere fundamental respecto de las perspectivas de una integración exitosa en la esfera de la sexualidad normalizada. Superada esa etapa de confusión desencadenada por la pubertad y prolongada a lo largo de toda la adolescencia, la paciente acudirá al cirujano en procura de los atributos corporales que le permitirán estar a la altura del ideal de la relación heterosexual adulta. Muy distinto será el panorama si la operación se concibe como un medio para eludir la carga psíquica de la crisis de identidad, buscando en el recurso quirúrgico una solución superficial y artifi-

ciosa a los dilemas existenciales del crecimiento. En estos casos las pacientes, todavía adolescentes, apenas *pasarán* por adultas, y más allá de la «voluptuosidad optimizada» de sus pechos, probablemente fracasen en sus intentos de conformarse a las expectativas de una sexualidad plena. A este respecto, encuadramos las palabras del doctor Pedro, su paternal reprobación de las precoces aspirantes a aumento mamario, en el sagaz entendimiento de quien dedicara su vida a estudiar las vicisitudes del deseo a través de las edades del ser humano: «... es sólo después de que un razonable sentido de la identidad ha sido establecido que la *intimidad* real con el otro sexo (o, si vamos al caso, con cualquier otra persona o incluso con uno mismo) es posible» (Erikson, 1980: 101; énfasis en el original).

En este punto, el análisis del perfil etario de las pacientes de aumento mamario se resuelve ya en la síntesis que ilumina la oposición paradigmática entre este procedimiento y la rinoplastia. Aunque los lamentos del doctor Pedro se dirigen a sus pacientes más jóvenes, en el texto su testimonio está precedido por una referencia a los dos extremos del segmento vital durante el que se manifiesta interés por aumentar quirúrgicamente los pechos, vale decir, las que se aprestan a ingresar en la adultez y las que han dado por concluida su etapa reproductiva. La referencia se encuentra en el primer párrafo de la sección titulada «Por esas lolas que Dios no te dio, pero el cirujano sí» (Pasik, 2010: 121-3). Allí se nos presentan los casos de «Marina», cuya edad es consignada («21 años»), y de «Nancy», de quien solo se nos informa que decidió operarse tras un período de amamantamiento. Ahora bien, más allá de estas situaciones divergentes en el ciclo de vida femenino, lo que nos interesa destacar es la caracterización común con que se describe la actitud de ambas mujeres hacia los resultados de la intervención. Abordamos el significado de esta caracterización a partir del antagonismo patente respecto de la actitud de reserva y discreción acordada indiscutidamente a la rinoplastia. Así pues, si esta «casi no se toma en cuenta» al momento de hablar de cirugías estéticas, el aumento mamario llega incluso a justificar cierta locuacidad proselitista, tal como se infiere del siguiente enunciado: «Ambas tuvieron buenas experiencias, son en un punto militantes de sus cirugías y cuando hablan del tema lo hacen con orgullo» (Pasik, 2010: 121).

Aristas diversas, en suma, daban cuenta del bajo perfil simbólico de la rinoplastia. Por cuanto la transformación quirúrgica se realiza sobre tejidos duros –hueso y cartílago–, sus efectos son menos vulnerables al paso del tiempo que los de operaciones en tejidos blandos como la piel –más allá de la destreza con que se practique un lifting facial, por ejemplo, sus virtudes rejuvenecedoras no dejarán de precisar periódicas intervenciones de mantenimiento. Por otro lado, asociada explícitamente en los textos de Davis y de Pasik a la adolescencia, su sentido es en parte determinado por esta vinculación con un dato inequívoco e inevitable del proceso de maduración, esto es, la pubertad en tanto desencadenante fisiológico de una etapa crítica de radical cuestionamiento de la identidad subjetiva.

En este contexto, las razones de la ostentación autoafirmativa –el «orgullo militante»– en que se encuadra la experiencia del aumento mamario pueden ser establecidas por contraposición. Si la cirugía de nariz se asociaba al necesario inicio de la adolescencia a partir de las transformaciones del desarrollo biológico, la decisión de aumentar quirúrgicamente sus pechos aparece ligada a una instancia tanto más incierta y voluntariosa en la vida de una mujer: a saber, la resolución de la crisis identitaria constitutiva de aquella etapa, y la consecuente asunción de los desafíos de la sexualidad adulta. Por otro lado, expuestos directamente a las tensiones del paso del tiempo y a las exigencias físicas que impone el ejercicio de la función reproductiva, los pechos se convierten en un indicador particularmente sensible de la trayectoria vital femenina. En el extremo opuesto del intervalo etario que registra su incidencia²⁵, el aumento mamario se entenderá entonces como expresión del interés por volver a disfrutar de la intimidad sexual, luego de haber atravesado satisfactoriamente esa etapa de la vida caracterizada por lo que Erikson (1980) denomina el interés de la «generatividad», esto es, el deseo, consecuente del descubrimiento de «la verdadera genitalidad» en las relaciones entre un hombre y una mujer, de «combinar sus personalidades y energías en la producción y el cuidado de una descendencia común» (p. 103). En fin, sea como anuncio de la identificación con los roles de la sexualidad adulta, sea como reconfirmación de estos tras haber cumplido con los de la maternidad, la decisión del aumento mamario

merecerá ser abiertamente celebrada. Y a la inversa, arraigada imaginariamente en un período signado por la confusión de roles, la decisión de la rinoplastia preferirá ser reducida a un confín poco transitado de la memoria biográfica.

Balance sobre la validez de la tesis del «*passing*»

Llegados a este punto, cabe recapitular sintéticamente los resultados de nuestro análisis textual. Encuadramos tales resultados en un balance de nuestra crítica a la validez presente de la tesis del «*passing*», con lo que pretendemos contribuir a una comprensión histórica y analíticamente más diferenciada del actual modo de funcionamiento del dispositivo. La referencia específica de estos comentarios será la proposición de Gilman (2001) según la cual «el deseo de ya no ser percibido como diferente» representa la motivación de cualquier cirugía estética (p. xxi). Nuestra interpretación apuntará, en este sentido, al cuestionamiento de una tesis que unilateralmente define a todas las técnicas quirúrgicas de transformación de la apariencia corporal como «medios para enmascarar el cuerpo, para hacerlo (in)visible» (Gilman, 1998: 22).

Producido en un contexto histórico constitutivo de la configuración contemporánea del dispositivo, el texto de Macgregor nos brindó la oportunidad de observar el momento en que la validez teórica de la tesis en cuestión comenzaba a ser ya en los hechos disputada. Si el deseo de asimilación racial operaba aún como la motivación presupuesta de los pacientes de rinoplastia, al mismo tiempo se registraba –no sin cierta perplejidad– la incidencia en una proporción casi equivalente de un propósito diverso, la afirmación de la propia individualidad. Ante la emergencia de este nuevo ideal individualizante, el sentido de la práctica se orienta hacia un horizonte que trasciende la racionalidad homogeneizadora en la que necesariamente se inscribe la comprensión de Gilman. A partir de la postguerra, en efecto, la cirugía de nariz ya no responderá únicamente al interés de «cambiar» un rasgo racialmente estigmatizado para dejar de ser percibido como diferente; también «arreglar» el defecto antiestético que impide una expresión plena de la identidad

interior auténtica se invocará como una justificación razonable y verosímil de la intervención.

Como ya hemos apuntado, aunque publicado a mediados de la década del 70, el texto de Macgregor es el resultado de investigaciones desarrolladas en los años inmediatamente posteriores al fin de la Segunda Guerra Mundial. En tanto reflejo de transformaciones históricas todavía incipientes, su análisis de las motivaciones de la rinoplastia da cuenta del desdoblamiento del argumento racial –percibido hasta entonces como el motivo excluyente de la operación–, de donde surgirá una nueva categoría de razones estéticas escindidas de las «consideraciones etnoculturales». Por el contrario, según inferimos del modo en que el texto de Davis evalúa la enunciación de tales consideraciones desde la posición autorizada del cirujano plástico, ya en la década del 80 la deslegitimación histórica del argumento racial se había consumado. Toda vez que la voluntad médica de transformar una nariz «étnica» suscita la reacción indignada de la socióloga feminista, podemos afirmar que la asimilación racial ha dejado de ser el objetivo que el sentido común atribuye indiscutidamente a la rinoplastia.

Sin embargo, entendemos que en la argumentación que desarrolla el texto de Davis aún se puede advertir la influencia valorativa de la tesis del «*passing*». Aunque la notoria ausencia de relatos que involucren a la rinoplastia nos sugiere una relativa obsolescencia de determinadas formas de estigmatización racial, la idea de la cirugía estética como un instrumento para «enmascarar» las diferencias corporales persistiría de manera tácita en las premisas éticas del texto. Esta noción es inherente a la discriminación analítica –formulada sobre la base de los testimonios de las mujeres entrevistadas–, entre intervenciones en la identidad («una solución extraordinaria para un problema extraordinario»), y meras operaciones de belleza. En este contexto, si aquellas recibían una valoración positiva en la medida en que se las reconocía orientadas por un ideal individualizante –definido por la correspondencia entre la apariencia corporal exterior y el sentido del yo interior–, estas merecían ser éticamente censuradas por cuanto respondían al impulso homogeneizador que se sigue de la aceptación del modelo corporal de la feminidad normativa.

Como procuramos argumentar a partir de las observaciones de Heyes, esta oposición valorativa que elabora Davis en su análisis de la cirugía estética es hasta cierto punto tributaria de una lectura unilateral del concepto foucaultiano de «normalización». Según esta lectura, dicho concepto había resultado pertinente para el enfoque feminista convencional sobre la práctica; entendida dentro del marco del disciplinamiento del cuerpo femenino por el sistema de la belleza, la crítica feminista había condenado justificadamente a la cirugía estética en tanto materialización del poder de una norma patriarcal opresiva. Planteada en esos términos, por cierto, la práctica funcionaba evidentemente como un dispositivo de normalización, en la medida en que su propósito no era sino suprimir las diferencias individuales conforme a parámetros corporales homogeneizantes.

La apuesta de Davis consistirá pues en cuestionar este enfoque convencional a la luz de las interpretaciones de primera mano de las propias pacientes. Desde esta perspectiva, la cirugía se revelaba ya no motivada por el deseo alienado de alcanzar un ideal estético imposible, sino por una razonable necesidad de ser «común y corriente». Se comprende, a este respecto, que el núcleo de semejante apuesta argumentativa fuera el juicio de «excepcionalidad» atribuido al problema que se pretendía corregir con la intervención. Lejos de dar cuenta de una superficial preocupación estética, las mujeres entrevistadas se referían a un defecto cuya gravedad determinaba que el propio cuerpo fuera experimentado como una «restricción insuperable» para una plena integración en la vida social. Solo en tal caso la cirugía admitía ser verosímilmente disociada de la idea de una aceptación irreflexiva de los mandatos del sistema de la belleza, definiéndosela, por el contrario, como una forma aceptable de recobrar cierto grado de «control» sobre las circunstancias existenciales. Al renegar discursivamente de la conformidad homogeneizante, en suma, la paciente conjuraría los efectos normalizadores de la práctica, y el procedimiento podría entenderse, antes bien, una experiencia de autoafirmación individual en un contexto de estructuras de poder adversas a las mujeres.

La unilateralidad conceptual de esta lectura de Davis es ostensible. Como apunta Foucault, uno de los rasgos distintivos de la normalización es justamente que «obliga a la homogeneidad»; sin

embargo, el verdadero alcance del poder de la norma no se comprende, en rigor, sin advertir al mismo tiempo su contrapartida individualizante. En este sentido, el concepto de normalización necesariamente abarca también la producción sistemática, al interior de esa «homogeneidad que es la regla», de todo el espectro de las «diferencias individuales» resultantes de la aplicación de una medida común (Foucault, 2002: 189). Así las cosas, el proyecto de discriminar entre un uso aceptable de la cirugía estética –definido por el interés autónomo en la expresión y el desarrollo irrestricto de la identidad individual–, y un uso reprochable con arreglo a una crítica de las relaciones de poder entre los géneros –caracterizado por el deseo heterónimo de suprimir las diferencias individuales, contribuyendo así a la reproducción de un modelo corporal opresivo–, queda en buena medida desprovisto de sus fundamentos teóricos. Nuestro propósito, por el contrario, no apunta a oponer en términos valorativos ambas experiencias, sino a abordarlas en tanto manifestaciones discursivas diversas de un mismo dispositivo normalizador, cuya estructura y modos de funcionamiento diferenciados constituyen precisamente nuestro objeto de análisis.

En un sentido complementario a estas limitaciones conceptuales, la interpretación de Davis exhibe un sesgo ético arraigado en la situación interactiva que dio origen al material discursivo de su pesquisa. El énfasis que en el texto adquiere la experiencia de sufrimiento extremo de las mujeres entrevistadas –presentada como motivación, y también justificativo de la cirugía– no puede dejar de hacernos cuestionar si acaso los resultados de la investigación no se han visto excesivamente direccionados por la reacción afectiva de la investigadora. Comoquiera que sea, lo relevante para nuestros propósitos no es tanto evaluar los efectos de este sesgo ético sobre la validez de los argumentos de Davis, sino más bien establecer sus resonancias con la tesis del «*passing*» que estamos criticando.

No deja de resultar interesante observar que, a juicio de Davis, las experiencias quirúrgicas genuinamente dignas de compasión son aquellas que reniegan de la intervención entendida como «un medio para enmascarar el cuerpo». Ahora bien, interrogar el desequilibrado rol de la rinoplastia en este texto –tensionado entre una aparición en escena escandalosa, y un desvanecimiento inopinado

por el resto de la obra— nos sirvió para observar que no se trata de «pasar» dentro de una determinada categoría *racial* lo que aquí se juzga objeto de rechazo. La unánime censura vertida contra la paciente melindrosa, aquella animada por la extravagante voluntad de someterse a una cirugía estética a raíz de «un simple problema de belleza», nos advierte que el eje problemático se ha desplazado de la dimensión de la raza a la del género.

Según Gilman (2001), el desprestigio y la desconfianza que inspiraban los primeros cirujanos plásticos no tenían tanto que ver con el propósito de «embellecer» a sus pacientes, sino con la posibilidad de «disfrazar» quirúrgicamente a quienes se consideraba diferentes —y peligrosos, por añadidura (p. 21)—. En el contexto de Davis, el anhelo de pasar por no judío o no negro —esto es, en términos positivos, por blanco y anglosajón— pareciera generar menos ansiedad que el deseo de una mujer de «disfrazarse» quirúrgicamente para encarnar el ideal de perfección estética de la feminidad normativa. Pero a diferencia de lo que sucedía con la estigmatización racial —anclada en «consideraciones etnoculturales» cuya vigencia es, por definición, intersubjetiva—, la censura de aquellos cuerpos que pretenden pasar vanamente dentro del ideal de belleza femenina dependería por completo de la volubilidad del juicio subjetivo. Semejante conclusión se extrae, en efecto, toda vez que el «sufrimiento psicológico» de la propia paciente se convierte en el criterio discriminador entre intervenciones «en la identidad», éticamente justificables, y meras operaciones «de belleza», ética y políticamente condenables.

De este modo, en conjunción con las limitaciones conceptuales ya consideradas, la presencia efectiva de tal sesgo ético en el enfoque de Davis podrá constatararse en desarrollos analíticos que admiten el calificativo de *paradójicos*. Tal como señalamos a partir de una observación de Blum (2005), desprovistos de su valencia racial, los defectos estéticos de la nariz ven minimizada su gravedad, rebajados a la categoría de lo «ligeramente imperfecto» (p. 264). Con arreglo a los parámetros valorativos que aplicaban las mujeres entrevistadas por Davis, el sentido de la rinoplastia no excedería la corrección de «un simple problema de belleza», convirtiéndola pues en una práctica, en principio, objetable para una feminista; de hecho, tal como argumentamos a lo largo de nuestro análisis, la ausencia de relatos

que involucren a este procedimiento significaría que una «deformidad nasal» ya no es la causa verosímil de una existencia desdichada. A la inversa, si la voluntad de someterse a un aumento mamario se afirma auténticamente motivada por el deseo de interrumpir una «trayectoria de sufrimiento intolerable», la intervención aparecerá entonces como una decisión comprensible y hasta meritoria en la vida de una mujer. Se cristaliza aquí el aspecto paradójal de este desarrollo, toda vez que el propósito autónomo de superar una identidad contrariada a raíz de una restricción corporal —la voluntad de trascender la materialidad del cuerpo, en otras palabras— constituye la prueba decisiva para decretar que la cirugía estética es aceptable desde una perspectiva feminista; al tiempo que semejante intervención se inscribirá, necesariamente, en el dominio donde acontece la más encarnizada captura del cuerpo femenino por el poder normalizador del dispositivo quirúrgico, vale decir, la *sexualidad*.

El nexa entre cirugía estética y tormento psicológico se entiende, por cierto, constitutivo del sentido mismo de la práctica en el sistema de salud socializado en cuyo marco la aborda Davis. Producido en un contexto que abjura de esta asociación directa con el sufrimiento, el texto de Pasik nos permitió analizar la lógica del dispositivo a través de una mirada despojada de las distorsiones que impone el sesgo compasivo hacia una experiencia invariablemente atormentada. A partir de nuestro interés por el tratamiento textual de la rinoplastia, comprobamos en este contexto la superación histórica definitiva del proceso de estigmatización racial de la nariz. Reprimidas las «consideraciones etnoculturales» en tanto marco justificativo válido de la intervención, la legitimidad de la práctica se predicará en virtud de una oposición declarada al horizonte de la homogeneización corporal, identificado con un estadio rudimentario y ya superado en la evolución del dispositivo²⁶. Ahora bien, lo que resulta relevante para nuestro argumento es que este antagonismo no se manifiesta respecto de aquellos procedimientos que buscaban facilitar la asimilación del paciente percibido como «diferente». Aquella práctica cuya obsolescencia merece ser reafirmada —e incluso llega a ponderarse— no es, por cierto, la rinoplastia para suprimir la diferencia racial, sino la reproducción regular y uniforme de la misma nariz en

todas las operaciones, desdibujando la individualidad auténtica de cada paciente tras un modelo homogéneo de belleza.

Conclusión: el lugar de la rinoplastia en un régimen de normalización individualizante

A lo largo de este capítulo hemos establecido las bases sobre las cuales la rinoplastia se proyectará hacia su nueva valoración en la configuración presente del dispositivo. Desembarazada la nariz de sus connotaciones raciales estigmatizantes, la transformación quirúrgica de su apariencia no tendrá, en principio, mayores implicaciones que la voluntad de corregir lo «ligeramente imperfecto». Neutralizada su valencia racial, el procedimiento depone por su parte aquella arista injuriante que había suscitado la indignación de Davis. En el contexto de Pasik, sin embargo, la neutralización de sus connotaciones racistas no reducirá a la cirugía de nariz al orden de las superficiales inquietudes cosméticas de la vanidad femenina; preocupaciones no solo despreciables en su frivolidad, sino sobre todo reprobables en su aquiescencia y reproducción sistemática de una cultura opresiva para todas las mujeres.

Superado estructuralmente el horizonte quirúrgico de la homogeneización corporal, los cirujanos enfrentan el desafío de adaptar sus competencias a la nueva configuración individualizante de la práctica. En la medida en que el objetivo de la cirugía ya no es «cambiar» la nariz de la paciente por otra nueva, sino más bien «arreglar» sus imperfecciones conservando la singularidad de su apariencia original, la intervención del cirujano pierde por su parte la referencia estable de un modelo canónico. Como ya hemos apuntado a propósito de significativas transformaciones contemporáneas en el esquema de saber-poder del dispositivo, alegar la posesión de un talento artístico vagamente definido constituye en el presente una habitual estrategia discursiva de legitimación y posicionamiento en el campo. La maestría de este cirujano «artista» se probará, con todo, menos en su destreza técnica para someter la materia corporal a un ideal estético preconcebido, que en su sensibilidad para armonizarla de acuerdo a las proporciones únicas que cada caso determine. De

un modo representativo respecto de la evolución general del dispositivo, nuestro análisis del sentido histórico de la rinoplastia esboza la trayectoria desplegada entre una técnica destinada a *suprimir* las diferencias individuales, hasta otra cuyo objetivo normativo es *interpretarlas*.

Realizada prácticamente en simultáneo con los profundos cambios fisiológicos de la pubertad, la rinoplastia no podrá entenderse como una transformación de la identidad. La crítica etapa de «confusión de roles» por la que transita el paciente paradigmático de este procedimiento tiene un arraigo y una manifestación necesarios en la conformación corporal (Erikson, 1980: 97). Ante el cuerpo de un sujeto en pleno proceso de maduración, el desafío del cirujano consistirá idealmente en calibrar el alcance de su intervención correctiva conforme a los singulares parámetros del crecimiento «biopsicosocial» de cada individuo. De tal modo, los efectos de la rinoplastia, más que experimentarse como la imposición externa y artificial de una nueva identidad, se integrarán de manera «perfecta y natural» a la incipiente imagen corporal, contribuyendo orgánicamente a la «síntesis del ego» que se desarrollará y expresará a lo largo de la vida adulta. Desprovisto de su valencia racial, e interpretado a la luz de semejante concepción del proceso de maduración subjetiva, vimos a este procedimiento asumir un estatus anómalo en el universo de la cirugía estética, definido por su condición supuestamente «normalizada».

Establecimos que la paradójica cristalización discursiva de tal estatus era la discreción con que los pacientes revestían a esta experiencia quirúrgica. En efecto, si lo crucial a este respecto es que la operación «casi no se toma en cuenta», inferimos entonces que un procedimiento «normalizado» será el que se contrapone a aquel de cuya realización habrá que dar cuenta positivamente. Dentro de la categoría de las cirugías estéticas, la rinoplastia se identificará pues como el *término marcado*, el procedimiento que en su diferencia específica viene a contrariar ese preciso elemento que define al conjunto en cuanto tal: a saber, presentarse como intervenciones que *exigen* una justificación en la medida en que son *electivas* y, en consecuencia, inevitablemente *controvertidas*.

En este sentido, no habrá dificultades en identificar al aumento mamario como el procedimiento que encarna emblemáticamente al *término no marcado* de esta oposición. Por contraste al bajo perfil simbólico que asumía la rinoplastia en los recuentos del texto de Pasik, observamos en cambio que aquel se calificaba como el producto de una decisión de la cual resultaba válido sentirse «orgullosa», llegando incluso a motivar una actitud «militante». Según nuestra interpretación, la afirmación de este cariz apologético, no lejano a la sobreactuación, encubriría una negación ansiosa del sentido que en esa decisión no puede dejar de percibirse: vale decir, el dócil sometimiento al poder normalizador de un dispositivo quirúrgico que opera con arreglo a los parámetros estéticos –y éticos– del patriarcado y la heterosexualidad obligatoria.

De acuerdo a esta mirada sobre la trayectoria histórica del dispositivo de la cirugía estética –cuya recapitulación podemos formular en función del relevo del protagonismo de la rinoplastia a manos del aumento mamario–, más que una caducidad definitiva de la noción del *«passing»*, advertimos la reconfiguración y el desplazamiento de su sentido práctico. A partir del análisis del texto de Macgregor, comprobamos la emergencia y consagración del horizonte normativo que con Heyes hemos caracterizado como la «narrativa ontológica». Desde la postguerra, la práctica se bifurcará, en este contexto, entre un propósito legítimo –permitir la expresión del ser interior «auténtico» del paciente–, y un propósito cada vez más problemático –«disfrazar» quirúrgicamente al paciente a través del ocultamiento de sus diferencias corporales–.

Ahora bien, según hemos argumentado, el centro de gravedad de las tensiones que suscita el uso impropio e inauténtico de la cirugía estética se ha desplazado del eje de la raza al de la sexualidad. Paralelamente, constatamos la pertinencia que adquiría la dimensión de la edad de la paciente –en tanto indicador directo de la correspondiente etapa de su ciclo vital– en la discriminación entre modalidades legitimadas de ejercicio del poder normalizador, e intervenciones normativamente dudosas. A este respecto, los casos que parecían motivar la más ferviente expansión justificativa –vale decir, las intervenciones sobre las que pesaba la mayor sospecha de servir a fines inauténticos–, eran precisamente aquellos que se exponían a la

acusación de modificar la apariencia del cuerpo en un sentido que no se correspondía con el ser interior del sujeto, su verdadero estadio de desarrollo psicosocial. Por cierto, se impone aquí una transformación histórica radical en las estrategias adaptativas a la desaprobarción social. El paciente que antaño acudía al cirujano plástico para lograr la asimilación racial enfrentaba el rechazo que su conducta inspiraba a través del ocultamiento furtivo de la operación; la paciente que hoy en día contrata sus servicios con la intención de «pasar» dentro del modelo normativo de la sexualidad del adulto joven –sea la adolescente que pretende adelantar el ingreso en esta etapa, sea la mujer de mediana edad que se niega a abandonarla–, conjurará los cargos de hipocresía e inautenticidad militando «orgullosamente» a favor de la causa de la transformación quirúrgica.

De este modo, a partir de nuestra interrogación en torno al posicionamiento sintomático de la rinoplastia –tanto en el contexto de la cirugía estética en general, como en el de cada uno de los textos analizados–, hemos accedido a través de este capítulo a una reconstrucción histórica de las modulaciones del sentido normalizador del dispositivo. Sobre la base de estas articulaciones diacrónicas asumiremos en el próximo capítulo (merced al aprovechamiento del instrumental analítico de la semiótica estructuralista) un enfoque sincrónico desde cuya perspectiva nos será dado actualizar el potencial heurístico de nuestra indagación. Desplazaremos nuestro interés, en consecuencia, desde la consideración de la trayectoria histórica del dispositivo hacia el discernimiento de las líneas de fuerza –simbólicas y materiales– que en el presente definen una orientación posible para su evolución futura inmediata.

Notas

⁸ El género gramatical ha de interpretarse aquí en un sentido restrictivo: solo los varones fueron emancipados; sobre las judías siguió pesando el mismo estatuto legal degradado que para el resto de las mujeres.

⁹ La traducción literal del título sería «La deformidad llamada ‘nariz ñata’ y su corrección, por una operación simple».

¹⁰ El título del capítulo es ilustrativo del régimen de normalización, si se quiere, «desembozada» en el que todavía se inscribía la cirugía estética en general, y la rinoplastia en

particular, dentro de ese contexto histórico: «Viviendo con una cara desviada: desfiguración, identidad y yo (*self*)» (Macgregor, 1974: 43-67).

¹¹ El uso del género gramatical masculino refleja fielmente al original.

¹² Según consigna el texto, esta encuesta, también realizada en la ciudad de Nueva York, tuvo una duración más prolongada, extendiéndose de 1946 a 1954. De los 89 pacientes encuestados, 60 habían recibido su operación en un hospital público, y los 29 restantes en una clínica privada. Las edades oscilaban entre los 16 y los 46 años. Ahora bien, el dato cuantitativo que el texto apunta como el más «sorprendente» es la equivalencia en la proporción del sexo de los pacientes: 44 masculinos y 45 femeninos (Macgregor, 1974: 82-3).

¹³ Lo fundamental aquí es la noción del «yo» (*self*) que se define y desarrolla en virtud de las transformaciones de la «carne» (*flesh*): «El sentido de la propia individualidad (*selfhood*) se ha vuelto intrínsecamente somático –las prácticas éticas toman crecientemente al cuerpo como el lugar clave del trabajo sobre el yo... Ejercicios, dietas, vitaminas, tatuajes, piercings, drogas, cirugía cosmética, reasignación de género, transplantes de órganos –para los ‘individuos experimentales’, la existencia corpórea y la vitalidad del yo se han convertido en el lugar privilegiado de los experimentos con la subjetividad» (Rose, 2001: 18).

¹⁴ La caracterización corresponde a la propia Davis.

¹⁵ A pesar del carácter intrincado de este vínculo, es el propio Gilman quien se atreve a desviar provisoriamente el foco de sus argumentos de las consabidas asociaciones raciales de la nariz, para abordar en cambio la relación simbólica que este órgano también mantiene con la sexualidad. En un pasaje de su obra, el historiador alude a una creencia aún vigente en la Europa de fines del XIX, según la cual el tamaño de la nariz se encuentra en proporción directa con el tamaño de los genitales masculinos. A propósito del «pene circuncidado (castrado) del judío, con todo, Gilman (1998) reconoce que «aquí el patrón tradicional era invertido» (p. 89).

Ahora bien, semejantes creencias no son exclusivas del saber popular, sino que incluso habrían tenido manifestaciones en el campo de la medicina. A este respecto, Gilman (1998) señala: «Además de los cirujanos estéticos, hubo al menos otros dos médicos judíos en la Europa de fin de siglo que se preocuparon por la nariz» (p. 84). La particularidad de estos dos últimos es que dicho órgano no les interesaba en su calidad de «signo específico de una identidad racial ‘inferior’», sino más bien en tanto «signo universal del desarrollo» de la identidad psicosexual. Tales eran los casos del otorrinolaringólogo berlinés Wilhelm Fliess (1858-1928), y de su colaborador vienés, el neurólogo Sigmund Freud. El principio que sustentó semejante colaboración establecía un nexo constitutivo entre nariz y genitales, a través del cual aquella se conectaba además con la psique. Los dos médicos compartían pues la convicción de que «si operabas en la nariz, podías alterar directamente la ‘infelicidad’ de tu paciente» (Gilman, 1998: 84).

De este modo, Fliess practicaba regularmente rinoplastias como tratamiento para la histeria y otras disfunciones sexuales. En 1895 no solo realizó esta intervención sobre el propio Freud, sino que además operó a una paciente que este le había derivado, Emma Eckstein. Esta aproximación al dispositivo de la cirugía estética, según la evalúa Gilman, estaría en el origen de uno de los giros más significativos en la historia del psicoanálisis. Tras la operación, el estado general de salud de Eckstein sufrió un fuerte deterioro. Fliess

había estropeado el procedimiento, dejando importantes cantidades de gasa en el pasaje nasal de la paciente. Abrumado por estas derivaciones, Freud abandonó la visión materialista de Fliess, quien había postulado al cuerpo en sí como un medio para acceder a la psique. A juicio de Gilman, este rechazo prefiguró el consecuente abandono de la «teoría del trauma»; desde entonces, Freud dejaría de creerles a sus pacientes, y comenzó a buscar en la fantasía, ya no en acontecimientos reales, la raíz de sus dolencias. El episodio marcaría así el fin definitivo de toda colaboración posible entre el dispositivo de la cirugía estética y el padre del psicoanálisis: «Después de 1896, él ya no creyó que uno podía alterar la psique operando en el cuerpo» (Gilman, 1998: 93).

¹⁶ Heyes fundamenta esta apreciación a partir de un texto posterior, en el que Davis responde a las críticas de Susan Bordo —ya consideradas en el capítulo anterior—. Allí Davis (2003) consignará, en un estilo taquigráfico y no exento de vaguedad, su caracterización de lo que entiende por «normalización», vale decir, un proceso consistente en «comparar los cuerpos de las mujeres con los ideales contemporáneos de feminidad» (p. 10). Más allá de lo estrecho de la definición, Heyes (2007) objetará la pretensión de Davis de que su «teoría de la transformación de la identidad» constituye una «alternativa» a la normalización así entendida (p. 94). Objeción fundada en la siguiente cita: «la cirugía cosmética no es simplemente expresión de las limitaciones culturales de la feminidad, ni es tampoco la expresión directa de la opresión de las mujeres ni de *la normalización del cuerpo femenino a través del sistema de la belleza*» (Davis, 2003a: 84-85; énfasis agregado por Heyes).

En fin, además de suscribir a la crítica de Heyes, no podemos dejar de observar en este punto que la pobreza conceptual del argumento de Davis pareciera replicarse simétricamente en la pobreza estilística de su prosa.

¹⁷ Hemos hecho referencia a la operación de Fanny Brice en el capítulo anterior. El estudio de Haiken se inicia con el planteo de la cuestión presupuesta en este contraste histórico. Cuando en 1923 la admirada estrella del *Zigfried Follies* decidió operarse la nariz, el público clamó por una explicación. Cuatro décadas más tarde, la imagen de Barbra Streisand —quien interpretó a Brice en el musical *Funny Girl*— suscitaba un interrogante muy distinto a propósito de la perspectiva de una rinoplastia: «¿por qué diablos no lo hace?» (Haiken, 1997: 1). El trasfondo de esta inversión del interrogante original representa, según esta autora, un cambio radical en las «actitudes médicas y culturales» de los estadounidenses hacia la cirugía estética, cambio a cuyo esclarecimiento consagrará justamente su investigación. Por nuestra parte, con todo, preferimos circunscribir históricamente esta interpretación, acotándola a un determinado medio sociocultural. La perplejidad ante la reticencia quirúrgica de Streisand se entenderá entonces como una expresión propia de las clases medias urbanas de la década del 60, contexto en el que las familias judías habían convertido a la reducción nasal en una suerte de «rito de pasaje» para sus hijas adolescentes (Blum, 2005: 38).

¹⁸ Otra lectura que juzgamos válida, pero de menor relevancia para nuestra argumentación, sería ver en esta cita una manifestación de la «buena voluntad cultural» característica de un producto de rango medio como el texto periodístico, cuyo posicionamiento subordinado se expresa justamente en semejante vocación ansiosa de incluir referencias a la cultura «legítima», representada en este caso por Bauman, un autor cuyo prestigio ha trascendido la esfera académica en que fuera forjado (Bourdieu, 1998: 332-333).

¹⁹ Aludir a la tradición fisiognómica (del griego, *physis*: naturaleza, y *gnomon*: interpretación, conocimiento) nos enfrenta, por cierto, a las más profundas raíces ideológicas identificables del dispositivo de la cirugía estética –en cuya antigüedad el sentido de la práctica aparece incluso consustanciado a los orígenes mismos de la civilización occidental–. A partir de Pitágoras comienzan a aparecer en Grecia los primeros tratados sistemáticos dedicados al estudio de las relaciones y correspondencias entre la apariencia del cuerpo –en particular la del rostro– y los estados del alma. Será, en este contexto, una obra atribuida a Aristóteles, la *Physiognómica* (siglo III a.C.), la que oficialmente inaugure el despliegue de una disciplina que alcanza su culminación a fines del siglo XVIII, con el éxito de las *Physiognomische Fragmente* del pastor suizo Johan Casper Lavater (1741-1801), y cuya estribación positivista en el siglo XIX encontraremos en la criminología de Cesare Lombroso (1835-1909).

Sin perjuicio de este ancestral linaje histórico, David Le Breton prefiere enfatizar el «método semiológico» que esencialmente define al estudio de la apariencia corporal desde una perspectiva fisiognómica: «Un inventario sistemático de signos físicos remite metódicamente a una suma de categorías morales preestablecidas. Los fisiognomistas hacen del rostro un palimpsesto a descifrar y no quieren aceptar la idea de que el rostro puede no significar». Como vemos, en tal compulsión interpretativa se hace patente la convergencia entre esta tradición y el principio fundamental de la «narrativa ontológica»: «Un hombre exterior revela de manera un poco confusa, como un negativo, a un hombre interior» (Le Breton, 2010: 66).

²⁰ El estudio está basado en un cuestionario sobre procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos realizados en 2010, distribuido entre un total 20.000 cirujanos plásticos de los distintos países que componen la asociación. De este modo, se recibieron 698 cuestionarios completados, lo que permitió proyectar las cifras finales a partir de la relación entre la cantidad de respuestas y el número estimado de cirujanos plásticos de cada país. Sobre esta base, el informe consigna el siguiente parámetro de validez: «Aunque los intervalos de confianza se modifican según el procedimiento y según el país –dependiendo del tamaño de la muestra y de la proporción de respuestas de cada uno– la porción de este sondeo que contiene la encuesta global presenta un margen de error de +/- 3,67% con un nivel de confianza de 95%» (ISAPS, 2011: 1).

²¹ El término «lipoplastia» –al igual que «lipoescultura»– es solo otra forma de designar lo que se conoce como liposucción.

²² Convencionalmente, el propósito de la blefaroplastia es devolver un aspecto juvenil a los párpados a través de la remodelación de los tejidos «perioculares». Este procedimiento, con todo, merece una mención especial a propósito de nuestra discusión de la tesis del «*passing*». Un par de décadas atrás, el fenómeno de las mujeres estadounidenses de origen asiático que se operaban procurando, no tanto rejuvenecer la apariencia de sus ojos, sino más bien «occidentalizarla», motivó una de las más fervientes denuncias académicas contra la «medicalización de los rasgos raciales» (Kaw, 1993).

²³ Este contexto se entenderá en virtud de una adhesión declarada a los valores políticos y económicos dominantes en la cultura norteamericana de postguerra. Importa, a este respecto, apuntar que el mismo ensayo que aquí nos sirve de referencia («Crecimiento y crisis de la personalidad saludable») está basado en los resultados de un estudio que el Comité sobre Niñez y Juventud de la Casa Blanca encargó a Erikson en 1950.

Por cierto, el compromiso axiológico que tal nexos impone sobre la reflexión teórica no dejará de ser reconocido por el autor, tal como lo afirma al comenzar la conclusión del ensayo: «Llegado a este punto, he estado cerca de sobrepasar los límites (algunos dirán que los he sobrepasado hace rato y repetidamente) que separan a la psicología de la ética» (Erikson, 1980: 105). Lejos de renegar de tal inclinación normativa en los argumentos, la apuesta es redoblada sujetando el progreso moral y político de la comunidad a un avance del entendimiento científico sobre la vida anímica individual: «En este momento, nuestras luchas y trabajos pretenden un mundo en el que los frutos de la democracia puedan ser cosechados. Pero si queremos lograr que el mundo sea seguro para la democracia, debemos primero lograr que la democracia sea segura para el niño saludable» (Erikson, 1980: 106).

²⁴ El descenso en la edad del desarrollo puberal no es, por cierto, un fenómeno exclusivo de nuestro país. A este respecto, la Argentina se conforma a las tendencias de las sociedades industrializadas, entre las que se destacan los Estados Unidos, donde dicho fenómeno fue originariamente documentado (Herman-Giddens *et al.*, 1997).

²⁵ Cabe aquí reiterar la aclaración de que esta interpretación concierne menos a la edad efectivamente observada en las pacientes de aumento mamario, que a las etapas del ciclo vital que el texto de Pasik codifica como emblemáticas de esta experiencia. Según demuestra el citado informe de la ASPS, la mayoría de las mujeres que deciden aumentar sus pechos no lo hace ni al comenzar su vida adulta, ni al finalizar su etapa reproductiva, sino al promediar la treintena –si bien este dato también podría juzgarse, con arreglo a nuestras propias premisas, sintomático de una tendencia generalizada a resolver tardíamente la crisis de identidad de la adolescencia–.

²⁶ Cabe aclarar que de nuestro argumento no ha de inferirse una negación de la relevancia que las dimensiones étnicas y raciales aún mantienen para cualquier análisis crítico de la cirugía estética. Interesa por tanto apuntar que la propia Davis (2003b) hace de esta misma aclaración el objeto de todo un artículo, en donde aborda reflexivamente su relación con la noción del «*passing* quirúrgico». En este marco, la «cirugía cosmética para erradicar los signos de la ‘etnicidad’» es una práctica que puede ser analíticamente diferenciada de la «cirugía cosmética para mejorar la feminidad», siempre que en términos generales no perdamos de vista que ambas prácticas han de comprenderse como una «intervención en la identidad» (Davis, 2003b: 88).

Davis contextualiza este artículo en los Estados Unidos, situación reflejada en la figura que ya en el título se menciona en tanto ícono definitivo del «*passing* quirúrgico», Michael Jackson. Esta figura, por cierto, será invocada en el mismo sentido desde latitudes diversas del mundo occidental. La antropóloga mexicana Elsa Muñiz (2010) se refiere al cantante estadounidense como un caso paradigmático de lo que ella describe como «etnocirugía»; el interés que tal práctica reviste para esta autora se dirige, con todo, a esa «fascinación por la cirugía cosmética» que exhiben los países de América Latina «donde la población indígena es numéricamente importante» (p. 20). La realización de rinoplastias para lograr la asimilación étnica del paciente es una práctica habitual en estos países –así como entre los inmigrantes latinoamericanos en España–.

Otro país en que la cuestión racial se impone como una de las claves dominantes para la comprensión de la cirugía estética es Brasil. El aspecto racial aparece aquí particularmente sobredeterminado por la dimensión de la clase. La realización habitual de procedimientos estéticos en hospitales públicos, como parte de la formación universitaria de los

cirujanos plásticos, ha permitido que en este país la práctica se insertara incluso entre los sectores populares. Como afirma Ivo Pitanguy, estrella máxima en el firmamento de la cirugía estética brasilera, no solo los ricos han de beneficiarse de la especialidad: «Los pobres [también] tienen derecho a ser hermosos» (citado en Edmonds, 2009: 156). En la medida en que este *povoão* se identifica en el imaginario social con las raíces africanas del Brasil, según el propio Gilman (2001) observa, la distinción racial se convierte aquí en un elemento directamente determinante para comprender el sentido de la práctica (p. 225).

Nuestro enfoque semiótico sobre las representaciones y prácticas que configuran el dispositivo de la cirugía estética no nos ha permitido constatar la presencia de circunstancias análogas en Argentina. El hecho de que el «*passing* quirúrgico» –por motivos étnicos o raciales– no parezca ser un fenómeno relevante en nuestro país merecería, por sí mismo, una interpretación exhaustiva de sus causas sociales, económicas y culturales. Tal interpretación, sin embargo, resultaría incidental a los intereses específicos de la actual indagación.

Capítulo tres. La estructura simbólica del dispositivo de la cirugía estética: entre lo «controvertido» y lo «normalizado»

Introducción

El eje argumentativo del capítulo anterior fue trazado por nuestro propósito de desentrañar la posición *sintomática* que entendemos asumía –en el marco tanto de los textos analizados, cuanto de la propia estructura simbólica del dispositivo de la cirugía estética– la rinoplastia. A este respecto, nuestra argumentación concluyó remarcando las dimensiones que determinarían la oposición paradigmática entre tal procedimiento y la experiencia del aumento mamario. La clave estribaba, según vimos, en descifrar el enigmático sentido que el rasgo de lo «normalizado» adquiriría predicado de una intervención quirúrgica.

En este capítulo continuaremos con esos desarrollos, problematizando más detenidamente el consustancial vínculo que entendemos existe entre dicho rasgo y la posición sintomática que nuestros argumentos han atribuido a la rinoplastia. Ahora podemos incluso asumir, en sentido estricto, la interpretación de este concepto propuesta por Slavoj Žižek. El «síntoma», en efecto, según la conocida definición del filósofo esloveno, constituye «un elemento particular que subvierte su propio fundamento universal, una especie que subvierte su propio género» (Žižek, 2003: 47). Identificada en los orígenes como la cirugía plástica por antonomasia, en la actualidad, no obstante, la rinoplastia ostenta un carácter «normalizado» que la convierte en una negación interna a la propia lógica del sistema del cual forma parte. El siguiente paso de nuestro análisis será pues explicitar los significados subyacentes a semejante polaridad entre un procedimiento cuyo bajo perfil simbólico justifica que se lo juzgue la encar-

nación negativa del dispositivo («casi no se toma en cuenta»), y aquel al que hemos asociado consistentemente con la experiencia de exaltada autoafirmación que lo representa en sentido positivo: a saber, el aumento mamario que «se milita» con «orgullo».

Proponemos instrumentar esta oposición a partir de la aplicación del «cuadro semiótico» desarrollado, desde una perspectiva estructuralista, por Algirdas J. Greimas. Nuestro interés, con todo, no aspirará tanto a cartografiar las polaridades lógicas que determinan la inteligibilidad de una categoría semántica dada —si bien, como veremos, este es un aspecto ineludible para nuestra empresa—, sino más bien a replicar la capacidad para generar lecturas creativas y esclarecedoras que, desde vertientes diversas de la crítica cultural, autores como Donna Haraway (1999) y Fredric Jameson (1972, 1981) han comprobado al usar dicho instrumento analítico. Inspirados especialmente por la reapropiación «dialéctica» e «historizante» que este último autor propone, adoptamos el enfoque estructuralista como una particular vía de acceso al texto, a través de la cual se nos ofrece la oportunidad de desplegar los nexos significativos articulados entre los términos que este manifiesta, y aquellos que, por el contrario, «reprime» (Jameson, 1981: 48). Aplicado en tal sentido, el cuadro semiótico sugiere su plena pertinencia de cara a nuestra intención de elaborar una lectura *sintomática* de la cirugía estética, habida cuenta de su potencial para hacer del análisis textual una labor de «revelación diagnóstica de los términos o puntos nodales implícitos en el sistema ideológico» (Jameson, 1981: 48).

Tras fundamentar la relación de contrariedad entre el polo negativo de lo «normalizado» y el polo positivo de lo «controvertido», los argumentos que desarrollaremos a lo largo de este capítulo parten de la premisa planteada por la negación de cada uno de los términos «primitivos» de esta oposición binaria inicial. De este modo, reanudaremos el análisis textual interrogándonos por la naturaleza de aquellos procedimientos que podamos identificar, sucesivamente, con las posiciones de lo «no controvertido» y lo «no normalizado» en la actual estructura simbólica del dispositivo (producido en el contexto presente, será el texto de Pasik el que nos brinde las principales referencias al respecto). Esbozados en esta primera aproximación el posicionamiento y la valoración simbólica correlativa de los procedi-

mientos considerados, procederemos a buscar en las variables estadísticas del dispositivo parámetros objetivos pertinentes para dar cuenta de nuestras interpretaciones.

En este punto, contemplar el a todas luces desorbitado crecimiento en las cifras de los procedimientos «mínimamente invasivos» nos expondrá al desafío de conformar el sentido de semejante fenómeno a los términos de nuestro esquema analítico inicial. Justificaremos la identificación de este tipo de intervenciones con lo que será definido como el «término complejo» de nuestro cuadro semiótico (determinado por la conjunción simultánea de lo «controvertido» y lo «normalizado»), situándolas, en consecuencia, en una relación de contradicción paradigmática con su «término neutro» (producto de la reunión de lo «no controvertido» y lo «no normalizado»), identificado, por su parte, con los procedimientos «reconstructivos». Así las cosas, una vez desplegadas todas las posibilidades lógicas y conceptuales subyacentes tras la sintomática «normalización» histórica de la rinoplastia, concluiremos con la exposición gráfica de los términos y relaciones que el análisis textual revele; ofreciendo, en suma, una representación visual del esquema de saber-poder que en el presente estructura el sentido de la cirugía estética en tanto dispositivo de producción de *identidades normalizadas*.

El cuadro semiótico aplicado al dispositivo de la cirugía estética

Conforme a los principios teóricos básicos del enfoque estructuralista, abordamos el análisis de un micro-universo semántico dado –el dispositivo de la cirugía estética, para el caso– formalizando la correspondiente «estructura elemental de la significación» (Greimas y Rastier, 1968). Nuestro primer paso consistirá pues en el planteo de una oposición binaria inicial entre dos términos definidos, correlativamente, en virtud de semejante relación entre contrarios (S1 vs. S2). Tal como las canónicas prescripciones metodológicas indican, la validez analítica de este planteo dependerá de que la oposición se sitúe en «un solo y mismo eje», con arreglo al cual los dos términos contrapuestos pueden ser pertinentemente distinguidos (Greimas, 1987: 31).

En lo que aquí concierne, nuestro interés por analizar la estructura simbólica de la cirugía estética nos exige determinar un criterio para comparar los procedimientos considerados; una «dimensión» o «punto de vista común» desde cuya perspectiva nos será dado entender a la rinoplastia y al aumento mamario, respectivamente, como los dos «polos extremos» de «un solo y mismo eje semántico» (Greimas, 1987: 31). Sobre la base de los argumentos desarrollados a lo largo del Capítulo dos —pero en un sentido sugerido ya por nuestra reseña de la conformación histórica del campo, incluida en el Capítulo uno—, identificaremos ese «punto de vista» definitorio con lo que podemos describir, en principio, como la fluctuante valoración cultural de la que esta particular práctica médica es objeto en sus diversas modalidades. El trasfondo de esta propuesta es, en efecto, la historia de una especialidad que, indiferente desde el origen a los cometidos tradicionales de la profesión —el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad—, en tanto práctica médica se afirma, por definición, problemática. De este modo, adoptando tal perspectiva, articularemos la significación de la cirugía estética en torno al eje semántico extendido entre el polo de lo «controvertido», en un extremo, y el polo de lo «normalizado», en el otro:



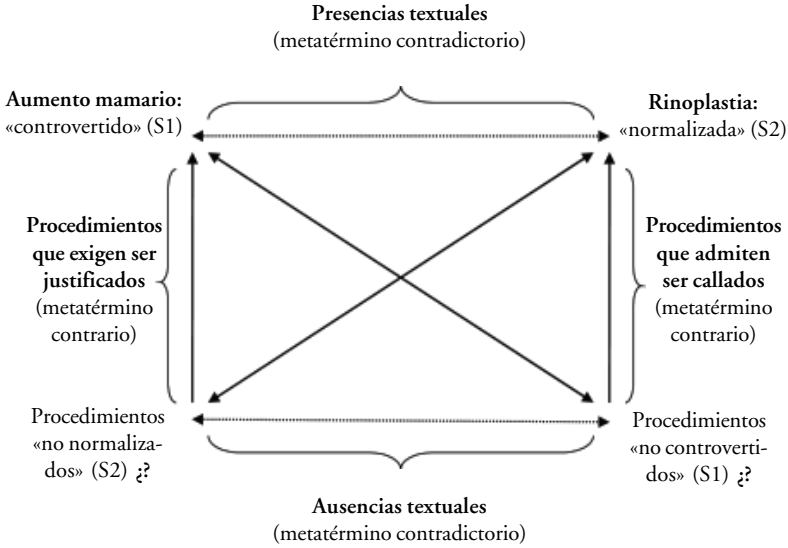
Quedan con esto formulados los términos de la oposición a través de cuyo despliegue discerniremos la «articulación lógica» del dispositivo de la cirugía estética en tanto «categoría semántica» (Greimas y Courtés, 1982: 96). El potencial esclarecedor del cuadro semiótico radica en la posibilidad de explicitar las categorías presueltas en semejante estructura binaria, en virtud del reconocimiento de las distintas relaciones que los dos términos iniciales pueden, por lógica, contraer con los elementos «isotópicos» del sistema. El análisis ha de comenzar, a este respecto, encarando lo que Greimas describe como el «problema de la generación de los términos catego-

riales». Los términos «primitivos» de la oposición binaria inicial serán abordados en función de tres tipos de «relaciones intracategoriales» posibles: además de la ya establecida «relación de contrariedad», las respectivas relaciones de «contradicción» y de «complementariedad» (Greimas y Courtés, 1982: 97). El fundante «eje de los contrarios» (S1 – S2) se desdoblará, a partir de la *negación* sucesiva de los primitivos, en un homólogo «eje de los subcontrarios» ($\lambda 2 - \lambda 1$). A su vez, cada uno de los términos contradictorios así formados han de ser sometidos a una operación de *aserción*, de lo que se sigue el establecimiento de una «implicación» con los correspondientes primitivos ($\lambda 1 \text{ É } S2$; $\lambda 2 \text{ É } S1$). He aquí el mecanismo lógico subyacente a la relación de complementariedad que caracteriza a las dimensiones del cuadro semiótico técnicamente designadas «deixis positiva» (S1 – $\lambda 2$) y «deixis negativa» (S2 – $\lambda 1$), a cuya luz se entiende además la relación de «presuposición recíproca» –esto es, de «solidaridad»– que mantienen S1 y S2, por un lado, y $\lambda 1$ y $\lambda 2$, por otro (Greimas y Rastier, 1968: 90).

La elemental estructura binaria del principio ha sido desplegada, de este modo, en un sistema de cuatro términos respectivamente definidos en virtud de sus relaciones mutuas. El problema que a continuación se plantea concierne al establecimiento de las relaciones *jerárquicas* entre los elementos del sistema, cuestión que Greimas presenta como la «segunda generación de los términos categoriales» (Greimas y Courtés, 1982: 98). Los términos primitivos y los contradictorios se inscriben, por tanto, en una relación de «hiponimia» con el eje de los contrarios y de los subcontrarios respectivamente, de donde surgen dos nuevas oposiciones entre las dimensiones sistémicas jerárquicamente superiores (Greimas y Rastier, 1968: 89). En la medida en que la polaridad de los contrarios contrae una relación de *contradicción* con la polaridad de los subcontrarios, esta categoría supone la formación de los correspondientes «metatérminos contradictorios». Las relaciones de complementariedad que caracterizan a las dos deixis del cuadro, a este nivel de la jerarquía sistémica, adoptan entre ellas una relación de *contrariedad*, de donde se sigue, por su parte, la formación de los correspondientes «metatérminos contrarios» (Greimas y Courtés, 1982: 99).

Presentados los fundamentos del cuadro semiótico, encontramos en el particular modo en que Jameson (1981) adapta esta herramienta analítica a los intereses de una «crítica dialéctica historizante», la referencia que nos permitirá dejar atrás los ásperos derroteros lógicos del pensamiento estructuralista (p. 47). Por cierto, no dejaremos de sacar provecho de su utilidad en tanto «representación visual de la articulación lógica de una categoría semántica cualquiera» –la cirugía estética, para el caso (Greimas y Courtés, 1982: 96)–. Sin embargo, nuestra lectura definitiva del cuadro semiótico preferirá concebirlo como «una encarnación gráfica de la clausura ideológica en sí», ofreciéndonos pues la posibilidad de «mapear los límites internos de una formación ideológica dada» –el esquema de saber-poder que estructura el sentido de esta práctica quirúrgica, para el caso (Jameson, 1981: 48)–. A esta luz, las relaciones de oposición binaria y presuposición recíproca entre los distintos elementos y dimensiones sistémicas podrán entenderse, antes bien, como poderosas tensiones dialécticas entre las «presencias» y las «ausencias» de un texto (Jameson, 1981: 49). Aplicado en este sentido, en suma, el cuadro semiótico convierte al análisis textual en un medio para hacer manifiesto el «inconsciente político», merced a su potencial para revelar las contradicciones históricas inscritas en el presente, así como de sacar a la luz los «supuestos ideológicos subyacentes en un determinado campo cultural» –el dispositivo de la cirugía estética, para el caso (Lenoir, 1994: 130)–.

Si retomamos la polaridad constitutiva del sentido de la práctica, proceder a la generación de los distintos términos categoriales de la estructura nos impone, de entrada, efectuar la negación de los «primitivos» enfrentados en aquella oposición inicial, vale decir, lo «controvertido» (S1) y lo «normalizado» (S2). Esta operación nos enfrenta así a dos nuevas posibilidades lógicas y conceptuales, cuyo interés se cristaliza en tanto interrogantes que orientarán el avance de nuestro análisis textual. En esta primera aproximación, la estructura simbólica del dispositivo de la cirugía estética adquiere pues la siguiente representación:



relación de contradicción
 relación de contrariedad
 relación de complementariedad (implicación)

En busca del procedimiento «no controvertido»

Nuestro análisis proseguirá dirigiendo al texto de Pasik la pregunta acerca de cuáles son las operaciones realizadas hoy en día por cirujanos plásticos –de carácter, en consecuencia, *electivo*–, cuyo estatus, con todo, se reconoce efectivamente «no controvertido». No sorprende que la ocasión para enunciar una respuesta a tal interrogante se suscite ante la objeción de quien se presenta como un antagonista ajeno a la práctica, el psicólogo. A este respecto, el texto pone en escena la voz del «licenciado Pisanelli», cuya posición, anclada en el firme rechazo a cualquier criterio objetivo de belleza física, se afirmará como un radical cuestionamiento a la efectividad terapéutica del dispositivo de la cirugía estética:

A veces no hay una perspectiva racional. ¿Una nariz ganchuda es horrible? Antes que digas que sí, acordate por ejemplo de Barbra Streisand, una diva con alta autoestima y nada respingada. Y también pensá en la actriz española Rossy de Palma: esa chica no se hizo la cirugía, esa chica va al frente, seduce tipos, y si alguien le pregunta si se siente linda te dice que sí. O, mejor, por ahí te dice ‘No, pero me importa un bledo’... Hay personas que se sienten muy lindas y a las que uno ve lindas más allá de la relatividad superficial. Lo que funciona es la realidad psíquica (Pasik, 2010: 160-161).

Planteada esta tesisura polémica, el texto adoptará entonces la enunciación en primera persona para rebatir los argumentos del psicólogo. Interesa, a propósito, destacar la estrategia discursiva utilizada, consistente en la reivindicación de una cierta actitud de reflexividad crítica, contrapuesta al alegato estereotipado y prejuicioso que se identifica con el sentido común:

Creo que lo que me dice Pisanelli es un «lo que hay que decir» y creo que a muchos les rinde, porque además es noble, pero también me parece que no se puede estar en contra de la cirugía estética en general. Hay que ver cada caso en particular... (Pasik, 2010: 161).

Se anuncia de este modo la mención de aquel procedimiento que demostraría la inobjetable legitimidad de una práctica médica cuyo objetivo no es otro que el embellecimiento de sus pacientes. Lo que resulta significativo para nuestro análisis es observar que, a pesar de los casos invocados por el antagonista, no es la cirugía de nariz la intervención a que se encomienda este papel redentor de la práctica en su conjunto. Contemplamos más bien la aparición de un protagonista secundario en esta obra, un procedimiento que hasta aquí no ha sido aludido, la *otoplastia*: «No es subjetivo que una mujer, por ejemplo, esté en desacuerdo con la forma de sus orejas. Y es correcto que haga algo para modificarlas» (Pasik, 2010: 162). Es la cirugía plástica para remodelar la forma o el tamaño de las orejas, en efecto, la que según el texto encarna a la práctica en su modalidad «no controvertida» –vale decir, «correcta»–. Ahora bien, en la medida en que

el estatus «normalizado» de un procedimiento como la rinoplastia, presupone lógicamente esta condición de «no controvertido» que ostenta un procedimiento como la otoplastia, interesará remarcar las homologías discernibles entre ambas intervenciones, cuyo vínculo lógico-semiótico, recordamos, es la *implicación*, determinando pues una relación de «complementariedad» (Greimas y Courtés, 1982: 97).

El primer rasgo a destacar, a propósito, es la antigüedad histórica. Gilman data el desarrollo original de las técnicas quirúrgicas para modificar la apariencia de las orejas a fines del siglo XIX, en paralelo con el de la rinoplastia moderna. De hecho, el cirujano Jaques Joseph es reconocido como un pionero de ambos procedimientos. Según el recuento que ofrece Gilman, la recepción inicial que la profesión médica concedió a la otoplastia lejos estuvo de atribuirle el estatus «no controvertido» del que hoy se beneficiaría. Joseph había comenzado su carrera bajo los auspicios de Julius Wolff (1836-1902), un reconocido cirujano ortopédico berlinés, de quien se desempeñó como asistente hasta ser despedido en 1896. Wolff desaprobaba la realización de cirugías «en nombre de la vanidad», juicio dirigido contra el procedimiento que ese año Joseph había llevado a cabo para corregir –exitosamente– las orejas prominentes de un niño (Gilman, 2001: 126).

La referencia a sus orígenes históricos se enlaza pues con el otro rasgo homologable entre este procedimiento y la rinoplastia, vale decir, la cuestión de una primordial –y ya perimida– significación racial inherente a la forma y el tamaño de la parte corporal intervenida. Ante su despido, Joseph se defendió sosteniendo que el objetivo de su operación no había sido «embellecer», sino aliviar al niño de las humillaciones a las que era sometido por sus compañeros de escuela a causa de la apariencia de sus orejas. Ahora bien, a juicio de Gilman, la atendible razón del sufrimiento psíquico provocado por el defecto antiestético ha de apreciarse, en rigor, a la luz del «significado cultural específico» que este «defecto» recibía a fines del siglo XIX. Según el argumento del historiador, un antiguo estereotipo sobre la forma de las orejas de los judíos –recurrente en la literatura antisemita que pululaba por entonces en Europa– operó como «la sal en la herida» del pequeño paciente de Joseph. No eran solo los

motivos estéticos, sino sobre todo los prejuicios racistas los que en este contexto determinaban la estigmatización y el ostracismo del individuo con orejas grandes y protuberantes²⁷.

Así las cosas, la complementariedad entre rinoplastia y otoplastia es reconfirmada, ya en otro nivel de lectura, toda vez que el propio Gilman reproduce, para este último procedimiento, el intento de proyectar la validez del argumento racial más allá de su originario contexto histórico. Al forzar la explicación en términos de la raza, por contrapartida, nos ofrece un enfoque inevitablemente reduccionista de la dimensión del género. A propósito, Gilman (2001) cita un artículo publicado en una edición de 1979 de la revista *Aesthetic Plastic Surgery*, donde se observa que en Europa central «los hombres solicitan operaciones plásticas en las orejas con mayor frecuencia que las mujeres» (citado en p. 130). La observación es interpretada, previsiblemente, como una muestra del hecho de que, para entender las motivaciones de la cirugía estética, el deseo de suprimir la diferencia racial (las «orejas judías», para el caso, en un contexto signado por la trágica historia del antisemitismo) sigue predominando por sobre el deseo de embellecer el cuerpo. Gilman (2001) concede, con todo, que ambas dimensiones están interrelacionadas, planteándose difíciles de escindir analíticamente; en este sentido, reconoce: «Desde su origen, la operación en la oreja ha sido una operación desracializante (*deracializing*) que está condicionada por el género (*gendered*) de formas complejas» (p. 130). De inmediato, una alusión al paralelismo simbólico entre el estigma de la nariz en el varón judío, y su angustia de castración supuestamente acrecentada a causa de la circuncisión del pene, sugeriría que Gilman (2001) concibe una intrincada interpretación psicoanalítica para esas «complejas» relaciones que la raza y el género entretejen en torno a la cirugía plástica de las orejas. No dejará de sorprender, por consiguiente, que su argumento arribe a una conclusión, como vemos, tanto más prosaica: «Para las mujeres y las niñas judías con orejas grandes, el pelo largo les evitaba la necesidad de cirugía y les permitía ‘pasar’» (p. 130)²⁸.

Se entiende, desde luego, que no compartimos la intención de perpetuar la representación de la otoplastia subordinada al motivo del anonimato racial. Sin duda preferimos proyectar el sentido de la

cirugía plástica de las orejas en el orden de la corrección de lo «ligeramente imperfecto»²⁹. La inferencia que sí hemos de extraer a partir de la observación del sesgo racial que el enfoque de Gilman comparte análogamente entre este procedimiento y la rinoplastia, es justamente la homología en la trayectoria histórica y la valoración cultural respectivas que dicho sesgo pone de relieve. Un aspecto de esta homología será pues la rearticulación del régimen normalizador común a ambas intervenciones, desde una modalidad de ejercicio del poder orientada a la homogeneización corporal –conforme a un determinado canon estético-racial–, hasta otra cuya racionalidad responde a lo que con Heyes hemos denominado «narrativa ontológica», en suma, la norma del desarrollo pleno y la expresión autoafirmativa de la identidad individual «auténtica».

A esta luz, nuestro argumento nos indica la relevancia de una consideración de la edad más representativa –tanto en términos simbólicos, como estadísticos– del paciente de otoplastia. Discernimos así otra característica homóloga entre este procedimiento y la rinoplastia: a saber, su precocidad relativa. Por cierto, esta es una cualidad más pronunciada en el que ahora nos concierne; si la proporción de cirugías de nariz realizadas en los Estados Unidos antes de cumplir los 30 era de casi la mitad (48%), el porcentaje de personas menores a esa edad entre quienes decidieron corregir sus orejas es ya del 58% (ASPS, 2013: 14). A partir de los 30, la popularidad de ambas intervenciones comienza a declinar en paralelo, pero por otro lado advertimos que la otoplastia tiene una mayor incidencia en pacientes de 13 a 19, en virtud de lo cual se encuentra parejamente distribuida entre los dos segmentos pertinentes. Presentando un 29% del total tanto en este como en aquel comprendido entre los 20 y los 29, a diferencia de la rinoplastia, que registraba un 34% de veinteañeros y solo un 14% de adolescentes.

Constatamos pues una tendencia cuya primera clave interpretativa, como ya hemos comprobado, encontramos en las condiciones orgánicas necesarias para realizar la operación. A este respecto, una variable tan consistente como contundente es determinada por el hecho de que la otoplastia resulta factible a partir de los cuatro años, edad en que el desarrollo y crecimiento de las orejas están casi completados. Desde entonces, podrá realizarse en cualquier momen-

to de la vida –sin un límite máximo, a priori, para la edad del paciente–. Los propios cirujanos, con todo, aconsejan practicarla durante los primeros años, para lo que se apoyan en razones estrictamente quirúrgicas –el fenómeno conocido como «memoria del cartílago auricular», la tendencia de la oreja a volver a su posición original, se fortalecería con el paso del tiempo–; pero también en la conveniencia de corregir el defecto antes de que el sujeto tome conciencia de él –según se infiere de las circunstancias de la operación de Joseph, la intención de evitar las humillaciones de la etapa escolar ha sido, desde los orígenes, un elemento constitutivo de la racionalidad terapéutica del procedimiento–. La cirugía en las orejas es, por tanto, no solo *posible* mucho antes que la rinoplastia, sino incluso *deseable* en una etapa más temprana del crecimiento físico y el desarrollo psicosocial.

Frente a esta representación del paciente ideal de otoplastia –básicamente, un niño–³⁰, el citado informe de la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos no puede dejar de poner en evidencia una llamativa particularidad. Aludimos a la ausencia de cualquier señalamiento que dé cuenta de la cantidad de intervenciones realizadas en menores de 13 años. Cuestionar esta significativa elisión –además de aportarnos reflexiones sobre el modo en que la mencionada asociación entiende el sentido de su especialidad– nos permitirá avanzar ya en la interpretación de las *diferencias* que separan a las intervenciones estéticas en las orejas de aquellas en la nariz, vale decir, de los elementos pertinentes para distinguir entre procedimientos «no controvertidos» y procedimientos «normalizados». El análisis nos remite así nuevamente al marco de referencia interpretativo que nos ofrece la teoría de los estadios del desarrollo psicosocial de Erik Erikson.

El incómodo vínculo de la cirugía estética con los niños (o sobre las razones de la marginación simbólica de la otoplastia)

En los términos de la teoría de Erikson, atribuimos a la rinoplastia y al aumento mamario la condición de experiencias liminares para el proceso de «síntesis del ego». El acto de someterse a una corrección

estética de la nariz quedó asociado, en este contexto, al pleno ingreso en una etapa de la vida caracterizada por el radical cuestionamiento de todas las certezas y expectativas forjadas a lo largo de la infancia; este procedimiento se invistió así del valor de rúbrica quirúrgica del hecho de estar atravesando la «crisis de identidad» de la adolescencia. Por contraposición, el aumento mamario fue definido por la experiencia de superación definitiva de este período signado por la incertidumbre y la «confusión»; la decisión de aumentar los pechos emergió pues como rúbrica quirúrgica del fin de la adolescencia, y del ingreso en la esfera de la sexualidad femenina adulta. Este contraste iluminaba, por lo demás, la divergencia entre una experiencia cuyo modo de expresión distintivo es el retraimiento, y otra más predispuesta a exteriorizarse en la ostentación autoafirmativa.

La necesaria variabilidad que el paso del tiempo impone en el tamaño y la forma de los pechos femeninos –verdadero plexo corpóreo del arraigo material al «ser en el mundo» de una mujer– proyectaba además una nueva capa de sentido a esta modalidad asertiva de la experiencia del aumento mamario. Ante el juicio normalizador que dictaminara la insuficiencia del propio desarrollo orgánico para «estar a la altura» del ideal estético, la intervención se presentaba como un medio para reconciliar el desfase entre un sentido de la maduración del ego –el yo interior «auténtico» del sujeto– que había trascendido ya al plano de la identificación con los roles de la sexualidad adulta, y un cuerpo cuya apariencia exterior nunca llegó a satisfacer las expectativas morfológicas que tales roles implican. Toda vez que las causas de esta incapacidad para conformarse al ideal se atribuyeran, ya no a las limitaciones del propio desarrollo, sino a los efectos materiales del decurso temporal de la existencia humana (sea por las tensiones que sobre los tejidos blandos del cuerpo ejercen años de gravedad acumulada, sea por las consecuencias físicas del ejercicio de la maternidad), el propósito normalizador del procedimiento se plasmaba en la voluntad de adecuar la apariencia corporal –juzgada un indicio físico engañoso de las etapas ya atravesadas y concluidas de la adultez– a un sentido interior del ego todavía consustanciado con los intereses de la «intimidad» sexual, esa configuración del deseo naturalmente identificada con los circuitos libidinales de la juventud. El aumento mamario, en suma, es una experiencia

quirúrgica que admitirá entenderse, con arreglo a su situación relativa en el ciclo vital de la paciente, ora como un *progreso*, ora como un *regreso*. En ambos casos, con todo, observamos que su exteriorización adopta la forma de una aserción enfática de la propia identidad individual; énfasis que no dejamos de reconocer enraizado por la posibilidad siempre latente de encubrir un uso *inauténtico* de la cirugía (sea en el caso de la adolescente que intenta «pasar» por adulta, sea en el de la mujer que, extenuada tras afrontar las pruebas de la vida, apenas pretende que su sexualidad «pase» por juvenil).

Analizado en el marco de esta concepción de las etapas del desarrollo psicosocial del individuo, el sentido de estos procedimientos se reveló condicionado por ciertos datos pertinentes de los procesos de formación y funcionamiento del organismo humano. Respecto de la rinoplastia, establecimos la relevancia de los cambios fisiológicos de la pubertad para entender la llamativa discreción con que sus efectos se inscribían en la experiencia de los pacientes. A propósito del aumento mamario, abordamos su carácter expansivo y euforizante a la luz de la particular vivencia temporal que impone la constitución del aparato reproductivo femenino. Como vimos, el límite anatomofisiológico de la otoplastia se cruza a los cuatro años, cuando el cartílago auricular detiene su crecimiento. En cuanto a los fundamentos corporales del proceso de subjetivación, el significado de este momento de la vida radica en la evolución de las competencias motrices del infante —evolución manifiesta en el alborozado aprovechamiento de las recién adquiridas capacidades para desenvolverse por sí mismo en el mundo físico, y para manipular los objetos que lo componen—. El dato que nos interesa retener será pues esta relativa «maduración del sistema muscular», circunstancia orgánica cuya incidencia deseable respecto al desarrollo de la identidad del ego será el «enorme valor del cual un niño aún sumido profundamente en la dependencia comenzará a dotar a su voluntad autónoma» (Erikson, 1980: 68). Se perfila aquí otra vez la utilidad analítica de esta lectura, en la sugerencia de que la *autonomía* subjetiva es precisamente el rasgo que distinguiría a un procedimiento «normalizado» de otro apenas «no controvertido».

La omisión de una entrada que registre las intervenciones estéticas antes de los 13 en el informe de la ASPS será oportunamente

calificada, a propósito, como *sintomática* de la incómoda relación que el dispositivo mismo mantiene con la imagen del paciente infantil. Cuando señalamos que el problema consiste en predicar la autonomía de una intervención a esa edad, no sugerimos, por cierto, que una otoplastia indicada a los cuatro o cinco años se plantee con indiferencia a ese principio constitutivo de la regulación inherente a todo acto médico –y con especial gravedad en uno de carácter *electivo* como la cirugía estética–, vale decir, el consentimiento del paciente. Así como los cirujanos recomiendan realizarla, en aras de la prevención de «complejos y estigmatizaciones», cuanto antes, tampoco dejan de aclarar que el «deseo del paciente» no ha de ser contrariado, y que lo realmente importante es «cómo se siente el niño con respecto a sus orejas»³¹. De un modo para nada sorprendente, la raíz del problema no se encuentra en esta definición *formal* y negativa –no ir contra el deseo del paciente– del principio de autonomía, sino más bien en su comprensión *sustancial* y, por tanto, positiva –la cirugía como respuesta a una voluntad individual de autoafirmación «auténtica»–.

Las orejas alcanzan su forma y tamaño definitivos, hemos visto, en el momento en que el niño comienza a asimilar los efectos de la incipiente capacidad «de moverse independiente y vigorosamente» (Erikson, 1980: 79). Expuesto en un principio a este encuentro dinámico con el medio –y sustentado en el sentimiento de «confianza básica» forjado a través de la etapa anterior–, su ingreso en lo que Erikson describe como la segunda etapa de la infancia estuvo determinado por el desafío de «pararse en sus propios pies», de confirmar su estatus de persona independiente; aproximadamente entre los 18 meses y los cuatro años de edad, en efecto, el ser humano atraviesa un período crucial en la formación del sentido de su individualidad, cuya apuesta en términos existenciales lo convierte en una verdadera «batalla por la *autonomía*» (Erikson, 1980: 70-71; énfasis en el original).

Abordada desde este enfoque, la racionalidad terapéutica que encuadra la precocidad indicada para la otoplastia revela, por su parte, la incompatibilidad simbólica de este procedimiento con una comprensión plena y afirmativa del principio de la autonomía del paciente. El propósito de prevenir el sufrimiento y los complejos

provocados por la reacción del grupo de pares al defecto antiestético –en una edad siempre predispuesta a canalizar sus generosas pulsiones destructivas hacia la humillación del prójimo–, inscribe a la corrección quirúrgica de las orejas en un orden, en rigor, *preliminar* a la noción misma de un sujeto plenamente autónomo. En este sentido, los efectos terapéuticos de un procedimiento «no controvertido» como la otoplastia se entienden un medio para contribuir a la victoria del paciente en la «batalla por la autonomía» que este *viene librando* con el mundo; mientras que un procedimiento «normalizado» como la rinoplastia presupone que dicha batalla ha sido *ya librada y vencida*.

El trasfondo de esta interpretación no es otro que el que proyectan las profundas fluctuaciones que acontecen en la regulación mutua –y en los desequilibrios de poder– entre padres e hijos, conforme estos crecen. La transformación de la apariencia de la nariz formará parte del abanico de decisiones que un adolescente comprometido con el proyecto de definir su identidad está autorizado a tomar de manera autónoma y responsable. La corrección quirúrgica de las orejas será un medio para evitar experiencias penosas cuya inteligibilidad es, a priori, solo accesible a la perspectiva del adulto, pero cuya efectiva concreción no dejaría de truncar en el hijo el desarrollo de las mismas estructuras emocionales sobre las que un sentido de la autonomía personal «auténtico» habrá de fundarse.

El valor de la cirugía estética para facilitar al sujeto un desarrollo pleno de su individualidad, así como una adaptación exitosa a la vida social, en ningún caso se enunciará con más autoridad que en el de la otoplastia³². Sin dudas, la relevancia terapéutica de una intervención quirúrgica que intenta evitar la experiencia de ser *avergonzado* por el tamaño o la forma de las orejas se afirma indiscutida. La vergüenza es una emoción especialmente presente en esta etapa de la infancia, por cuanto supone que el sujeto «está completamente expuesto y consciente de ser mirado –en otras palabras, consciente de sí mismo (*self-conscious*)» (Erikson, 1980: 71). Expresada como un conflicto subjetivo entre las experiencias simultáneas de «ser visible» y de «no estar listo para ser visible», la vergüenza se convierte en la más fuerte cortapisa emocional para el atravesamiento de un momento de la vida cuyo desafío existencial decisivo supone nada menos que asegurarse del propio estatus de persona autónoma. El peso

de esta vivencia se comprende en virtud de las condiciones «paradójicas» en que dicho desafío se concibe: conforme se desarrollan las facultades psicomotrices que hacen posible la incorporación al mundo físico en cuyo encuentro el propio ser autónomo ha de confirmarse —la capacidad de caminar erecto y la percepción del espacio—, el infante también podrá empezar a tomar una debida nota de las insignificantes «medidas relativas de su tamaño y poder». El valor de la voluntad autónoma, en suma, comienza a reconocerse —en una calamitosa falta aparente de oportunismo ontogénico— justo cuando arraiga, en las capas primordiales de la subjetividad, ese «sentimiento creciente de ser pequeño» que constituye el precursor de lo que por el resto de la vida se sentirá como *vergüenza* (Erikson, 1980: 71).

La inferencia que de aquí extraemos para nuestra interpretación del sentido de la otoplastia concierne al contradictorio posicionamiento que esta adquiere en la configuración simbólica del dispositivo; una posición estructuralmente tensionada en torno a un mismo rasgo responsable, por un lado, de su legitimación *terapéutica*, y de la destitución relativa de su valor *en tanto* cirugía estética, por otro. Con otras palabras, nos interesa la observación de que un atributo que un momento explica el estatus «no controvertido» de este procedimiento —su eficacia para prevenir o tratar el sufrimiento psíquico de un niño pequeño—, determina otro momento su imposibilidad inherente de acceder a una posición «normalizada» en la estructura simbólica del campo —se trata de una intervención *electiva* en un paciente cuyo sentido de la autonomía personal es, por definición, frágil y rudimentario—. Desde un punto de vista sincrónico, entendemos que bajo el peso de tal ambivalencia el lugar de esta intervención es marginado a los límites externos del sistema. Ya desde un punto de vista diacrónico, interpretaremos —a la luz de una reconstrucción formal de la trayectoria que ha conducido a la rinoplastia a su actual posición de valor— el significado de los rasgos sustanciales que explican la persistencia de aquella marginalización, perfilándose como las causas que impedirían en el presente una contrafáctica «normalización» de la otoplastia.

Hemos visto que Gilman identifica la emergencia de la práctica de la cirugía estética tal como hoy la conocemos con el desarrollo de la rinoplastia moderna. Su planteo es fundamentalmente apropiado.

do. Consustanciada en el origen con un horizonte de sentido racial – definido por el propósito de alcanzar la asimilación del paciente –, la cirugía de nariz era la encarnación por excelencia de aquel aspecto que hacía de la práctica en general una empresa por definición «controvertida»: la vocación de «disfrazar» quirúrgicamente al cuerpo operado, suprimiendo las marcas que permitían percibirlo como «diferente». Abordada en otro contexto, no obstante, la rinoplastia *niega su carácter controvertido* en virtud de la resignificación del objeto de la intervención, cuyo sentido se desplazó así del espinoso tema de la estigmatización racial al mundano orden de las «imperfecciones ligeras».

Ahora bien, es solo una vez que la corrección quirúrgica de la nariz es encuadrada en tanto decisión *autónoma* y *responsable* de un paciente adolescente en pugna por encontrar una identidad individual viable desde la cual afirmarse, que ella se convertirá en un procedimiento, de hecho, «normalizado». Condicionada por los términos de su efectividad terapéutica, por el contrario, la cirugía plástica de las orejas se realiza idealmente en un paciente cuyo nivel de maduración psicosocial constituye un obstáculo objetivo para la comprensión de lo que una decisión autónoma y responsable, en efecto, significa. Según nuestra lectura, con todo, no creemos que este obstáculo sea superado si la decisión de operarse acontece ya trascendido ese nivel madurativo –un individuo *por lo menos* adolescente, lo hemos visto, es el único paciente de cirugía estética concebible para la ASPS–. Incluso cuando la operación sea realizada en plena adolescencia –o, para el caso, en cualquier instancia de la vida adulta–, la otoplastia no admitirá ser definida como la decisión responsable de un individuo efectivamente autónomo. Ella no dejará de experimentarse, antes bien, como una tardía reparación del problema corporal que está en el origen de un desarrollo de la identidad subjetiva, en algún modo, contrariado. Bajo la coacción psíquica acumulada a lo largo de años de sufrimiento asociado a la exhibición del propio cuerpo –de años de *vergüenza*–, quien elige someterse a esta intervención, sin importar el momento de la vida en que lo haga, se enfrenta a pertinentes consideraciones simbólicas y existenciales que impiden que esta pueda asimilarse a una elección *plenamente autónoma*.

Tales son las razones que permiten comprender la posición marginal de la cirugía de orejas, y sus más bien desfavorables perspectivas de ganar protagonismo dentro de la actual configuración simbólica del dispositivo. Creemos, por lo demás, que tal marginación no deja de tener un reflejo a nivel textual observable a partir del análisis. El texto de Davis nos enfrenta así a un movimiento análogo al trazado por la rinoplastia; la analogía radica en una presencia ciertamente descompensada: el procedimiento que aquí nos concierne —la «otoplastia»— es una vez invocado en la introducción (Davis, 1995: 22), para luego nunca más volver a pronunciar su nombre. La solitaria referencia en cuestión lo presenta como una prueba de la «expansión de los horizontes» de la práctica, diversificada por el perfeccionamiento de «intervenciones cada vez más refinadas». De este modo, el significado de una operación «relativamente simple», realizada habitualmente para corregir «las ‘orejas de soplillo’ de niños en edad escolar», habría empezado a complicarse con el desarrollo de una técnica cuyo objetivo es eliminar uno de los signos visibles del envejecimiento todavía poco contemplados en los patrones de autoescrutinio de las mujeres: a saber, el estiramiento de la piel de los lóbulos (Davis, 1995: 22). He aquí una derivación de la cirugía estética que Davis desaprueba. El modo en que esta aplicación práctica del procedimiento es calificada —«*the latest nip-and-tuck*» («lo último en estiramientos»), expresión directamente tomada de una edición de 1991 de la revista *Self*—, es consistente con un juicio que la reduce a una muestra trillada de la siempre entusiasta disposición de las mujeres a someter sus cuerpos al disciplinamiento del sistema de la belleza.

No sorprende que la reducción quirúrgica del tamaño del lóbulo de las orejas no fuera el motivo de ninguno de los relatos de las entrevistadas por Davis. La voluntad de estas mujeres, por cierto, no estaba animada por el vano deseo de alcanzar el ideal corporal de belleza y juventud, sino por la seria intención de recobrar cierto grado de «control» a través de la corrección de un defecto «real». Como vimos, semejante gravedad es un elemento constitutivo de la otoplastia en su modalidad convencional, aquella concebida para evitar la estigmatización y el sufrimiento que la diferencia auricular suscita, con un furor incomparablemente mayor a cualquier otra etapa de la vida, durante los primeros años de la infancia. Se comprende, por

lo demás, el silencio textual en torno a este procedimiento, en la medida en que su consideración implicaría abordar el problema del paciente infantil de cirugía estética –problema en cuyo mismo planteo subyace un fundamental desafío a la concepción de la práctica que defiende Davis–. A pesar de su pertinencia terapéutica, en suma, la voluntad de un niño en edad escolar de someterse a una corrección quirúrgica de las orejas para evitar humillaciones, difícilmente se conforma a la tesis que propone comprender a la cirugía estética como producto de la decisión individual y reflexiva de un sujeto positivamente autónomo.

En cuanto al texto de Pasik, no ha sido sino en virtud del revelador potencial analítico del cuadro semiótico que hemos llegado a reparar en el –sin embargo, significativo– lugar que en él ocupa un procedimiento cuya consideración es reducida a la mínima expresión. Aparte del ya analizado pasaje en el que es aludida (el vocablo «otoplastia» no se manifiesta, solo se lo implica hablando de la «modificación de la forma de las orejas»), la marginación simbólica de esta particular operación es confirmada a partir de su absoluta ausencia en las experiencias abordadas a lo largo del texto. Ella quedará entonces relegada a la penúltima «escena», cuyo título evocativo de imágenes y valores asociados a cierta visión idealista de la vida («Hasta la cirugía siempre») introduce, antes bien, el más circunscrito a la transmisión objetiva de información fáctica de todos los capítulos del libro (Pasik, 2010: 214-240). La referencia específica se encuentra en la sección «Menú completo» (pp. 225-231), emplazamiento textual que comparte con otras técnicas que parecieran ver su notoriedad restringida a causa del alto nivel de especialización que suponen –«dermolipectomía» de muslos y de brazos, cirugía en las pantorrillas, «gluteoplastia», etc.–³³. Ahora bien, como nuestro análisis pretende mostrar, el difuso relieve que en este contexto adquiere la otoplastia obedece más bien a una cuestión de perspectiva. Por cierto, desde un punto de vista que se niega a remarcar cualquier vínculo existente entre cirugía estética y sufrimiento psíquico, se entiende que el interés de esta operación no trascenderá el señalamiento de sus indicaciones técnicas («cuándo realizarla», «cómo se hace», «tiempos y recuperación»).

Nuestro análisis ha destacado hasta aquí las posiciones y los desplazamientos que, conforme a la lógica normalizadora del dispositivo, definen el valor correlativo de los procedimientos considerados. Pero estas tensiones simbólicas no dejan de tener una expresión objetivamente mensurable en las cifras que registran las variables cuantitativas de la práctica. Nos remitimos ahora al ya citado informe anual de la ISAPS, donde se constata, a escala mundial, la realización de solo 242.271 otoplastias (un 2,6% del total de cirugías estéticas), frente a 985.325 (10,4%) rinoplastias (2011: 4). Podemos ver en estas proporciones un índice aritmético de la valoración diferenciada que el dispositivo proyecta sobre un determinado procedimiento, según este se sitúe en una posición apenas «no controvertida» o bien abiertamente «normalizada». Conviene aquí recordar que la designación de este último atributo nos habla menos sobre la frecuencia estadística de la respectiva intervención, que sobre su valor lógico (sintomático) en tanto negación interna de aquel rasgo que distingue a todos los procedimientos en los que la práctica es positivamente representada, vale decir, la necesidad presupuesta de ser justificados. La conclusión que de aquí se sigue —contrariando acaso cierta lectura sugerida por la particular elección lexical con que se ha nombrado a las cualidades en cuestión—, es que las cirugías «controvertidas» son de hecho más demandadas que las que no lo son, y tanto más populares que aquellas a las que ya se considera «normalizadas», en la medida en que para el mismo período la cantidad de aumentos mamarios superó incluso a la sumatoria de las intervenciones en la nariz y en las orejas, ascendiendo a 1.506.475 (15,9%).

Ahora bien, si estas proporciones cristalizan una representación *estática* de la valoración correlativa de dichos procedimientos, obtendremos una perspectiva *dinámica* pertinente a partir de las tendencias de cambio que tales variables puedan exhibir a lo largo de un lapso de tiempo dado. A este respecto, será otra vez el informe de la ASPS la fuente de los datos que nos interesan (cabe aclarar pues que las cifras abajo apuntadas conciernen a las intervenciones realizadas por cirujanos plásticos solo en los Estados Unidos). Tomando como referencia inicial el año 2000, dicho informe demuestra que la otoplastia está, por cierto, del lado de los procedimientos cuyos números registran un descenso al cabo de esta serie temporal, con 36.295

operaciones entonces, y solo 25.730 en la actualidad –equivalente a una disminución del 29%– (ASPS, 2013: 7).

La caída es aún más pronunciada para la rinoplastia, cuya incidencia también mengua en este período, pasando de las 389.155 operaciones del principio, a las 242.684 realizadas en 2012. Así las cosas, aunque estos datos dan cuenta de una disminución relativa mayor (-38%), la tendencia en este caso parece haberse estabilizado, toda vez que para el año inmediatamente anterior se registra una cifra casi equivalente (243.772). Se perfila aquí otro aspecto que distingue a la otoplastia, cuyos números no han cesado de bajar –frente a las 26.433 operaciones de 2011, el resultado del año siguiente representa una variación de -3%–. El sentido de esta tendencia, por otro lado, empieza a precisarse a partir del cotejo con las cifras del aumento mamario. Contemplamos aquí uno de los procedimientos cuyo atractivo, en efecto, ha crecido. A partir de los valores asignados a los respectivos extremos de la serie temporal considerada, observamos una variación global de +35% –con 212.500 para el año 2000, y 286.274 para el 2012–³⁴.

Una primera aproximación a estas tendencias podría encuadrarlas, en términos generales, como índices objetivos del sentido históricamente variable tanto de las normas estéticas, cuanto de las modalidades de ejercicio del examen y del juicio normalizador. A este respecto, más de un intérprete de los cambios históricos en la cultura de la belleza ha observado, en las últimas décadas, el desplazamiento físico del foco de escrutinio, desde el énfasis en la apariencia del rostro hacia la apreciación de la silueta del cuerpo (Lipovetsky, 1999: 121; Vigarello, 2009: 234). Desde una perspectiva interior al propio dispositivo de la cirugía estética, como veremos, esta observación es matizada por la consideración de otros aspectos pertinentes.

Terminamos esta sección aproximándonos –en procura de un cierto indicador objetivo para la valoración simbólica relativa de cada procedimiento– a las variables estadísticas de la práctica. Este giro en el despliegue de los argumentos nos expone a un dato cuantitativo cuya constatación no puede dejar de implicar profundas consecuencias para nuestro entendimiento de la estructura simbólica del dispositivo. Dedicamos la siguiente sección a mensurar las dimen-

siones numéricas –y monetarias– del auge que en la última década atravesaron las prácticas no quirúrgicas, con especial énfasis en las inyecciones de toxina botulínica. Presentaremos así los parámetros objetivos sobre cuya base nos será dado establecer, a continuación, el particular posicionamiento simbólico que a los procedimientos «mínimamente invasivos» correspondería en nuestro cuadro semiótico.

Los procedimientos mínimamente invasivos: nuevo vector monetario de la expansión material del dispositivo de la cirugía estética

El análisis del texto de Pasik nos ha servido de plataforma argumentativa para abordar los efectos que ejerce, sobre la estructura y el funcionamiento del dispositivo, lo que con Jones (2008) hemos caracterizado como la emergencia de un «paisaje mediático saturado de información» (p. 65). Establecimos que una de las expresiones más notables de este nuevo contexto cultural se advierte en la redefinición del poder relativo de las posiciones del médico y la paciente, toda vez que esta ya no se ofrece a ser pasivamente diagnosticada en su desviación, sino que asumirá, con premura creciente, la disposición asertiva de un «cuerpo consumidor». De este modo, el cirujano es obligado a conciliar su autoridad –otrota incuestionada– en tanto experto estético, con las pretensiones de una nueva clase de «clientes» dotadas de sus propias «necesidades, expectativas, conocimientos y estéticas autodeterminadas» (Jones, 2008: 73).

La propia voz del cirujano plástico se convierte así en el sensor más afinado al sentido de los cambios que impone esta nueva situación. El texto de Pasik nos ofrece su registro en las palabras del «doctor Patané», en las que se percibe el reconocimiento de una nueva norma de estética corporal femenina, pero también un juicio no exento de desaprobación ante el avance de pacientes cada vez más demandantes. En uno de los capítulos centrales del libro, consagrado exclusivamente a la liposucción y el aumento mamario («El grupo de las dos L (Lipo y Lolas)» [Pasik, 2010: 109-36]), la cita directa del

cirujano es el recurso más usado para dar cuenta del estado actual de estos procedimientos, los dos más populares en la Argentina; transcribimos la que aquí nos concierne: «Hace 20 años, las más chicas sólo venían para retocarse la nariz, como mucho, pero esta última década todo cambió y las que quieren remodelar su cuerpo son las más jóvenes» (Pasik, 2010: 131).

Por cuanto nuestro enfoque investigativo concibe el análisis textual como un medio para interpretar una determinada práctica social, en ciertos aspectos el objeto de nuestras interpretaciones se identifica con el objeto que representan los textos analizados. Pero los mismos supuestos teóricos de este análisis nos exigen, en principio, escindir las propias interpretaciones de una lectura en sentido literal de los enunciados textuales. Antes de reducir la explicación del descenso en el número de rinoplastias al concomitante crecimiento de otras prácticas quirúrgicas —en este caso, el aumento mamario y la liposucción—, corresponde pues señalar los debidos reparos a tal relación que nuestra perspectiva analítica nos permite discernir.

Afinar la escala temporal de la observación nos sirve, a propósito, para detectar complicaciones en las tendencias generales trazadas al cabo de más de una década. Con un total superior a las 286.000 operaciones en 2012, el aumento mamario es el procedimiento quirúrgico más solicitado por las estadounidenses. Como vimos, esto representa un importante crecimiento respecto de los 212.500 del año 2000, cifra que lo situaba muy por debajo de la blefaroplastia y la liposucción (procedimientos que ya por entonces superaban cómodamente el límite de las 300.000 operaciones anuales), e incluso de la cirugía de nariz (ASPS, 2013: 7). Ahora bien, frente a los 307.000 aumentos mamaros que se habían realizado en 2011, lo que contemplamos, de hecho, es una disminución interanual del 7%. Diferente, por otro lado, es la situación y trayectoria observables en la rinoplastia. Si las 180.913 correcciones de nariz que se llevaron a cabo —solo en mujeres— a lo largo de 2012 la siguen convirtiendo en el segundo procedimiento quirúrgico más pedido por las estadounidenses, aun el total de casi 243.000 que surge tras la sumatoria de los pacientes masculinos no puede dejar de reflejar una masiva fuga de interés, si comparamos esta cifra con las 389.155 que se realizaron —en hombres y mujeres— durante el año 2000.

No obstante, hemos visto ya que, entre 2011 y 2012, la demanda de rinoplastias, según la ASPS, se mantuvo estable. La importante baja que en el mismo período sufrió la de aumentos mamarios suscita, a esta luz, un significativo interrogante. Nos preguntaremos pues acerca de las circunstancias de esta caída, cuestión para cuyo planteo encontramos una orientación en el modo en que el propio cirujano califica a las agentes de tales cambios en las variables del dispositivo, a saber, las «más chicas» de sus pacientes. De modo consistente, por lo demás, con uno de los motivos dominantes de nuestra argumentación, semejante calificación nos sugiere la relevancia que en este contexto reviste la dimensión de la edad en que el procedimiento es realizado. Notable en el tratamiento analítico —así como en la síntesis expositiva— de la información que contiene, el citado estudio de la ASPS también nos ofrece valores desde los que abordar objetivamente esta cuestión. Se trata de la sección dedicada a las «tendencias demográficas», donde encontramos el detalle de la variación interanual en la cantidad de procedimientos convenientemente desagregado por segmento de edad (ASPS, 2013: 6).

Ante el cuadro que presenta esta información, constatamos de entrada que el grupo de los pacientes más jóvenes de la Asociación —el comprendido entre los consabidos márgenes de 13 a 19— merecerá una aclaración especial: con 236.000 intervenciones durante 2012, este es el segmento que registra la menor cantidad de «procedimientos cosméticos», apenas un 2% del total realizado en dicho año (14.629.276). Así y todo, esa cifra también significa un incremento de otros tantos puntos porcentuales respecto al resultado de 2011. La información comienza a diferenciarse de modo significativo al observar qué tipo de «procedimientos cosméticos» explica tal crecimiento.

Interesará pues comprobar que con 76.000 intervenciones en 2012, la cantidad de procedimientos «quirúrgicos» a que se sometieron los adolescentes estadounidenses fue, en rigor, ligeramente menor a la del año anterior. Para comprender lo reducido de este descenso —apenas 1% menos que en 2011— servirá saber cuáles son las operaciones, según los redactores del informe, que más se realizan en pacientes de esta edad: vale decir, la «remodelación de la nariz» («*nose reshaping*»), la «cirugía de orejas» y la «reducción de los pechos

masculinos» (ASPS, 2013: 6). Por contrapartida, advertimos ya aquí un dato que se reiterará en el resto de los segmentos etarios, esto es, el crecimiento proporcionalmente mayor de los «mínimamente invasivos» determinará, en definitiva, el ascenso de los «procedimientos cosméticos» en general. Las 160.000 intervenciones mínimamente invasivas de 2012 significan –aparte de que ya dos de cada tres procedimientos realizados en adolescentes son de esta naturaleza– un aumento de 4% respecto al resultado del año anterior.

Los redactores del informe también han juzgado conveniente –algo que no se repite en el resto de los recuadros dedicados a la información respectiva de cada intervalo– especificar los procedimientos mínimamente invasivos más comunes entre los 13 y los 19 años. Las particulares necesidades de este grupo de pacientes los predisponen a someterse a aquellos que conllevan el empleo del rayo láser, una tecnología cuya aplicación para fines estéticos está disponible desde mediados de la década de 1990. Desde entonces, en efecto, los adolescentes estadounidenses parecieran cada vez más interesados en el láser como respuesta a sus cuitas corporales, convirtiendo al uso de esta técnica en tratamientos depilatorios, y para regenerar las capas superficiales de la piel (tratamiento conocido a partir de su designación en inglés, «*resurfacing*»)³⁵, en los dos procedimientos más solicitados por este sector de la población. Tales aplicaciones confirman, en suma, una característica ya presupuesta en la misma expresión que los designa, vale decir, que la corrección de lo «ligeramente imperfecto» define el territorio natural de intervención para lo «mínimamente invasivo».

Comparadas con las imperfecciones que se proponen corregir las cirugías estéticas de las orejas y de la nariz, preocupaciones tales como la velloidad indeseada o las marcas del acné admiten ciertamente que su «ligereza» sea enfatizada. Ahora bien, ya en el Capítulo uno tuvimos oportunidad de evaluar semejante atributo –la minimización de la escala del defecto tratado– como expresión directa de una norma de estética corporal magnificada en su virulencia examinadora, y perfeccionada en su sofisticación disciplinante. El fenómeno que en aquella ocasión nos sirvió de base para este juicio fue la aplicación de inyecciones de toxina botulínica para un uso que el cirujano plástico califica de «preventivo»; en virtud de este particular

propósito, la paralización neuroquímica de los músculos de la cara comenzaría a ser indicada, ya no solo en pacientes de mediana edad que buscan eliminar temporalmente sus arrugas, sino también en pacientes más jóvenes para evitar incluso que estas aparezcan.

La inyección de Botox como «medida profiláctica» es una costumbre que en ciertos sectores de altos ingresos de los Estados Unidos algunas mujeres llegan a adoptar apenas pasados los 20 (Kuczynski, 2006: 38). No sorprende que este procedimiento, con un total de casi 93.000 intervenciones en pacientes de 20 a 29, comience ya a contribuir de manera considerable al importante aumento de los mínimamente invasivos en este rango de edad. Con una suma de 560.000, esta última categoría demuestra, en efecto, un crecimiento anual de 4%. Aún más relevante, con todo, se nos sugiere aquí la magnitud del descenso observado en el cómputo de intervenciones quirúrgicas. Las 244.000 operaciones a que se sometieron todos los pacientes entre 20 y 29 representan una caída de proporción equivalente a aquel ascenso. De este modo, tanto este segmento etario como el siguiente (30-39: 350.000 operaciones), constituyen el sector de la población donde la disminución relativa del número de procedimientos estrictamente quirúrgicos es más pronunciada, con una variación de -4% en cada caso. Identificados además como los dos intervalos en que se realiza la mayoría de los aumentos mamarios, la caída en el número de cirugías estéticas en general se superpone aquí a la fuerte merma de interés que desde 2011 ha sufrido dicho procedimiento en particular.

Ahora bien, si algo distingue a los pacientes a partir de los 30 es precisamente el fervor con que parecen dispuestos a reorientar la satisfacción de sus necesidades estéticas hacia los beneficios de lo mínimamente invasivo. En los dos segmentos precedentes –tanto de 13 a 19, cuanto de 20 a 29– la proporción aproximada de estos procedimientos era de dos cada tres; con unos 2,2 millones sobre un total de 2,6 millones de procedimientos cosméticos, obtenemos que *nueve de cada diez* treintañeros que en 2012 contrataron los servicios de un cirujano plástico, lo hicieron de hecho para recibir un tratamiento mínimamente invasivo³⁶. Respecto a las inyecciones de toxina botulínica en particular, contemplaríamos aquí el acceso a esa etapa de «devoción» a que también nos hemos referido en el Capítu-

lo uno, y cuya manifestación emblemática identificamos en la costumbre conocida como *Botox Party*. Con un total de 1.075.993 intervenciones, aquellas ya constituyen por un amplio margen el procedimiento cosmético más solicitado entre los 30 y los 39.

Entonces, por cierto, no habíamos dejado de señalar, tras el tono jubiloso que evocan las imágenes de afición devota y consumo festivo, el horizonte ritualista de autodisciplinamiento con que semejante práctica aparece consustanciada. Se perfila así una inclinación a la compulsión repetitiva que escalará hasta el paroxismo en los años posteriores; circunstancia constatable en las 3.540.031 inyecciones de toxina botulínica a que se sometieron los pacientes de 40 a 54 (equivalentes a 58% del total). Cifras de tal magnitud, en suma, han llegado a captar el interés de otros flancos de la profesión médica, desde cuya perspectiva el atractivo desmesurado que reviste el Botox se advierte menos asociado al encuadre euforizante de una celebración colectiva, que a su inscripción patológica en el orden de la manía, para cuya calificación acuñaron incluso el neologismo «botulinofilia» (Kuczynski, 2006: 36).

El repaso de estas tendencias y proporciones nos devuelve una idea clara. El eje estructural dominante del dispositivo de la cirugía estética está en pleno proceso de desplazamiento hacia prácticas, en rigor, *no quirúrgicas*³⁷. Una recapitulación global a este respecto lo pone de relieve. Según la ASPS, entre 2000 y 2012, la suma total de procedimientos cosméticos realizados en un año por los cirujanos plásticos de Estados Unidos creció en un 98%, pasando de 7.401.496 a 14.629.276. Pero este crecimiento no obedece lógicamente a las 1.594.526 intervenciones *quirúrgicas* practicadas en 2012 —un total que de hecho representa una caída de 16 puntos desde las 1.901.049 de 2000—. Corroboramos, antes bien, que la expansión cuantitativa general del dispositivo ha de imputarse al aumento de 137% que en este período registraron las mínimamente invasivas, desde las 5,5 millones de entonces hasta las 13 millones que al año se realizan en la actualidad. En este contexto se destaca, otra vez, el caso del Botox, cuyo crecimiento en el mismo lapso ha sido de 680%; las 6.134.621 inyecciones de 2012, comparadas con las 786.911 de 2000, no solo lo convierten en el procedimiento que más ha crecido, sino también en el más popular sin duda de todos los mínimamente invasivos,

seguido de lejos por los casi dos millones que suman los demás productos inyectables combinados (ASPS, 2013: 7).

Las raíces de este auge no son difíciles de contextualizar. En el extremo opuesto a la antigüedad histórica de las cirugías de nariz y de orejas, con la administración de toxina botulínica tipo A para fines estéticos contemplamos uno de los más recientes desarrollos técnicos del dispositivo. Sintetizada por primera vez en 1946, las aplicaciones médicas de esta sustancia comenzaron a experimentarse en el campo de la oftalmología durante la década del 70, en procura de un tratamiento farmacológico para el estrabismo. Fue solo a fines de los 80 que sus posibles usos cosméticos fueron percibidos por un matrimonio de dermatólogos canadienses, los doctores Alastair y Jean Carruthers, quienes comprobaron sus virtudes para relajar los músculos faciales. Esta intuición quedó finalmente plasmada en un artículo seminal que la pareja publicó en una edición de 1992 de la *Revista de cirugía y oncología dermatológica*: «Tratamiento de las líneas de expresión glabellares con la exotoxina C.Botulinum-A» (Kuczynski, 2006: 41). El crecimiento exponencial de esta práctica coincidiría pues con el furor desencadenado por su disponibilidad autorizada en el mercado, toda vez que el empleo de la neurotoxina *Clostridium botulinum-A* para tratamientos estéticos recién fue aprobado por la FDA³⁸ en 2002.

El laboratorio Allergan se convirtió entonces en la única compañía autorizada a comercializar esta sustancia en los Estados Unidos. El lanzamiento al mercado de Botox (consagrado en un grupo selecto de hitos lingüísticos en la historia del marketing, las marcas comerciales devenidas referentes del producto en sí) no tardó en proyectar a Allergan como un jugador de peso en el terreno de las grandes empresas farmacéuticas. Estas perspectivas sufrieron un revés con el surgimiento de un competidor en 2009, cuando la FDA aprobó para usos similares un derivado de la toxina patentado por otro laboratorio, y comercializado bajo el nombre Dysport. Pero merced a su ventajoso posicionamiento simbólico en el mercado, Botox no ha dejado de afianzarse como el rentable pilar que asegura la viabilidad en la industria de Allergan –según un pronóstico de la agencia Blumberg, las ventas de Botox llegarían a US\$ 3.000 millones en 2017, esto es, un aumento estimado del 67%– (Lachapelle, 2013).

El valor monetario sugiere, a esta luz, otro índice cuantificable pertinente para comprender la nueva configuración del dispositivo. Con un total gastado de US\$ 1.131.837.575, las inyecciones de toxina botulínica –tanto en su presentación Botox como Dysport– representan por mucho el procedimiento mínimamente invasivo al que los estadounidenses más dinero destinan (ASPS, 2013: 20). A esta escala, con todo, no es una cifra que supere considerablemente a los otros tantos billones (según la acepción española del término) gastados en aumentos mamarios y rinoplastias –US\$ 1.014.268.782 y US\$ 1.090.379.212, respectivamente³⁹. Pero la ecuación en términos de rentabilidad se plantea por completo diferente para el cirujano, algo comprensible si al horizonte de trabajosas horas pasadas en el quirófano, atendiendo además las complicaciones posibles de cualquier intervención quirúrgica, contraponemos más bien la perspectiva de una inyección administrable en no más de 10 minutos, y cuyos honorarios son directamente abonados por el paciente⁴⁰.

Así las cosas, alcanzado el límite de la objetivación pecuniaria, se impone un punto de inflexión en el análisis que nos devuelva –tras el necesario entrevero con las variables cuantitativas de la práctica– a la tarea de interpretar el sentido de los procedimientos que aquí nos conciernen. El despliegue de la argumentación nos conduce por un camino, con todo, inverso al adoptado para el análisis comparativo de rinoplastia, aumento mamario y otoplastia. En ese caso, una vez consideradas posición y trayectoria de las respectivas operaciones en la estructura simbólica del dispositivo, procedimos a determinar el modo en que esta valoración relativa era cuantitativamente reflejada por las estadísticas de la práctica. Como se puede advertir en esta sección, para el caso de los procedimientos mínimamente invasivos en general, y de las inyecciones de Botox en particular, nuestro análisis partió de la observación de las cifras correspondientes, marco al que hasta aquí su desarrollo estuvo circunscrito. De ahora en adelante, completar el argumento nos exigirá, por tanto, elaborar tales datos objetivos en los rasgos significativos que nos permitan establecer –en virtud de su emplazamiento relativo en nuestro cuadro semiótico– el valor simbólico de estas prácticas en la actual configuración del dispositivo.

El lugar de los procedimientos « mínimamente invasivos » en el cuadro semiótico

El primer dato a evaluar, desde luego, corresponde a su vertiginosa masificación. En la medida en que nueve de cada diez intervenciones practicadas por un cirujano plástico son ya de naturaleza mínimamente invasiva, podemos decir que estas validan sus fueros estadísticos en tanto nueva «norma» del dispositivo. Semejante dato cuantitativo sugeriría, ya en el plano simbólico, un cierto estatus «normalizado» para los procedimientos en cuestión. No es difícil identificar en ellos atributos homologables a los que llevaron a la rinoplastia a una valoración semejante. Tal como ilustra la práctica de los tratamientos dermatológicos con láser en adolescentes, la decisión de someterse a un procedimiento mínimamente invasivo admite encuadrarse con naturalidad en el proyecto, asumido por un paciente *efectivamente autónomo*, de corregir *imperfecciones ligeras* que de lo contrario entorpecerían el desarrollo y la expresión plenos de la identidad individual *auténtica*.

Ahora bien, en la misma medida desorbitada en que algunos de estos procedimientos se han expandido de un tiempo a esta parte discernimos, en rigor, un sentido de la «normalización» particularmente divergente respecto de aquel que analizamos predicado de la rinoplastia. Con un total de más de seis millones de intervenciones, las inyecciones de toxina botulínica estuvieron cerca de representar la mitad (47%) de todos los mínimamente invasivos (13.034.750). No sorprende que la categoría que las sucede en orden a popularidad corresponda, con casi dos millones, al total acumulado de todos los productos usados para el «relleno de tejido blando» («*soft tissue fillers*») (ASPS, 2013: 7). Se incluyen en esta categoría las distintas sustancias –por lo general, de origen orgánico⁴¹, como colágeno y ácido hialurónico– aplicadas para el tratamiento de arrugas, surcos y cicatrices en la cara. Pero no son solo el modo de aplicación (inyectable) y la finalidad buscada (eliminar signos faciales de envejecimiento) lo que estos productos comparten con la toxina botulínica. El aspecto definitorio que termina de aproximar ambas categorías es la naturaleza temporaria de sus efectos, cuya duración oscilará entre tres y seis meses desde la inyección. De este modo, el desproporcio-

nado peso que estos procedimientos registran en el balance anual de la práctica en su conjunto se comprenderá, en suma, a partir del cómputo de las intervenciones repetidas en este lapso por un mismo paciente.

Nos encontramos aquí otra vez en un extremo simbólico opuesto a la rinoplastia. Comparada con procedimientos quirúrgicos que modifican la apariencia de tejidos blandos, la cirugía de nariz –cuya superficie orgánica de intervención es el hueso y el cartílago– se distinguía por la relativa permanencia de sus efectos. Realizada, por lo demás, en un momento de la vida signado por una experiencia de cambios tumultuosos a nivel tanto corporal como existencial, el carácter estable –y también, en cierto modo, irreversible– de la transformación estética de la nariz contribuía a diluir la conciencia del procedimiento quirúrgico en sí. Vimos que, bajo estas condiciones, comenzaba a definirse el sentido atribuido a la «normalización» de la rinoplastia, singular encarnación de la lógica del dispositivo, consagrada en un punto como una de sus prácticas emblemáticas, cuyo valor en tanto cirugía estética, no obstante, desde la perspectiva del paciente «casi no se toma en cuenta».

Advertimos pues que este mismo rasgo se manifiesta también en los procedimientos mínimamente invasivos, pero bajo una forma radicalmente distinta cuya ilustración paradigmática nos la ofrece de nuevo el caso del Botox. La naturaleza repetitiva de esta intervención, así como su parcialidad hacia un contexto de realización grupal⁴², determinaban su configuración en una modalidad ritualista, articulada a prácticas de sociabilidad y recreación femeninas. Puesta a evaluar la fortuna de las tesis de Davis a la luz de la reciente masificación de las intervenciones «menos invasivas», Heyes (2007) llega a afirmar que «la posición de que *toda* cirugía cosmética está motivada por un tormento psicológico extremo es claramente insostenible», a favor de lo cual invocará precisamente a las Botox *Parties* en calidad de «*reductio ad absurdum*» del argumento (p. 106; énfasis en el original). Contemplamos aquí la imagen casi caricaturizada de una tendencia, con todo, cada vez más común a representar la cirugía estética como «no gran cosa» («*no big deal*»); fenómeno que queda en evidencia en los testimonios de «consumidores» que encuadran a

tales «procedimientos menores» dentro de sus prácticas rutinarias de «mantenimiento corporal», pertenecientes más propiamente «al salón de belleza que al hospital» (Heyes, 2007: 106).

Respecto a lo que sucedía con una intervención quirúrgica como la rinoplastia, la «normalización» de las mínimamente invasivas proyectaría ya al dispositivo hacia otro orden de significación. Renegados todos los vínculos simbólicos con la experiencia de *sufriamiento del paciente*, la práctica se escinde también de cualquier nexo práctico con el propósito del tratamiento de la patología, orientándose, antes bien, hacia el horizonte de una plena ganancia de *placer del consumidor*. De este modo, si en un caso la «normalización» de una cirugía se manifestaba en el hecho de que «no se cuenta» en tanto procedimiento *estético*, en el otro significará que las intervenciones no quirúrgicas están «normalizadas» en la medida en que «casi no cuentan» en tanto procedimientos *médicos*.

Las reflexiones de Jones nos sirven nuevamente para remarcar el modo en que estos desarrollos repercuten sobre el posicionamiento y la autoridad relativos del cirujano, particularmente en lo concerniente a las relaciones de poder en su vínculo con la paciente. Según la caracterización de lo que esta autora ha denominado «cultura del *makeover*», en el nuevo contexto la posición antaño privilegiada del cirujano plástico no solo está sometida al asedio combinado de parte de una competencia redoblada de sus colegas, y del número creciente de «clientes informadas» dispuestas a cuestionarlo (Jones, 2008: 74). La originalidad de la configuración presente del dispositivo de la cirugía estética radica en la emergencia disruptiva de un tercer actor en la díada médico-paciente; el cirujano deberá entonces aprender a lidiar con los efectos culturales del advenimiento de poderosos productos cuyo nuevo protagonismo simbólico en la práctica —arraigado por cierto en su matriz comercial constitutiva— relega a un segundo plano a quien realiza la intervención, y también, en cierto punto, a quien es intervenida. El caso testigo es aquí otra vez Botox, pero la observación resulta extensible al resto de las herramientas e insumos empleados en los procedimientos que componen la variopinta categoría de lo mínimamente invasivo. Según se infiere del estilo expositivo adoptado por los redactores del informe de la ASPS, la marca comercial es, por cierto, el modo en que los cirujanos plás-

ticos estadounidenses prefieren designar a las demás variedades de «inyectables» («Evolence», «Cosmoderm», «Restylane», etc.), pero también a los tratamientos para la celulitis («Velosmooth», «Endermology»), e incluso al procedimiento de *resurfacing* con láser («Fraxel») (ASPS, 2013: 7). Desplazado por el armazón expansivo de poder simbólico que la forja del marketing confiere a los materiales de su práctica, el cirujano –o para el caso, cualquier profesional médico involucrado– ve reducida su posición a la de mero «intermediario» entre la clienta que consume el producto, y la empresa encargada de su producción –esto es, en términos generales, lo que nosotros denominamos complejo médico-industrial– (Jones, 2008: 75)⁴³.

Pero este particular sentido que adquiere la «normalización» de los procedimientos mínimamente invasivos –afirmados, conforme relajan sus vínculos con la noción convencional de práctica médica, en tanto práctica de consumo sin más– tiene, por otro lado, un efecto concomitante en el posicionamiento simbólico de la cirugía estética en el campo de la medicina, así como en el contexto más amplio de la cultura en general. Una de las modalidades en que se materializa la «ligereza» cosmética de estos procedimientos es la concesión de márgenes de libertad para la experimentación mucho más amplios que en otras especialidades médicas. Los protocolos experimentales que supone el desarrollo de una sustancia inyectable para tratar las arrugas no solo resultan más accesibles que en el desarrollo de un tratamiento, digamos, oncológico; también las respectivas exigencias en términos de efectividad se sugieren inconmensurables, toda vez que los criterios para evaluar resultados cuando el objetivo buscado sea el rejuvenecimiento resultarán, por cierto, tanto menos rigurosos que cuando sea curar un cáncer. También en este sentido los procedimientos en cuestión reniegan de todo vínculo con la concepción biomédica clásica, proclamando, en cambio, su plena pertenencia a lo que se conoce como «medicina del estilo de vida» (Pitts-Taylor, 2007: 28). Respecto a su ritmo cronológico, en efecto, los procesos de invención y desarrollo de estas técnicas se conforman más propiamente a los regulares ciclos de renovación de la demanda de un bien de consumo, que a la temporalidad contingente –y en general, más dilatada– con que se despliegan los avances tecnocientíficos de la medicina.

En el mismo sentido, los mecanismos de regulación estatal, cuyo funcionamiento está sujeto a la proverbial parsimonia burocrática, se evaluarán una limitación anquilosada, incapaz de contener el verdadero dinamismo de estas nuevas –e innovadoras– prácticas médicas. Tal como se infiere del mero número de inyecciones de toxina botulínica aplicadas en 2000 (casi 800.000), el Botox se conseguía y era utilizado incluso antes de que la FDA lo autorizara. Entonces simplemente pasaba algo que luego se reiteraría en los casos de otros productos inyectables, el contrabando de la sustancia. Insubordinados ante los engorrosos procesos aprobatorios que imponen las agencias gubernamentales de su país, no son pocos los cirujanos plásticos que clandestinamente ofrecen a sus pacientes la aplicación de productos todavía no autorizados en los Estados Unidos, procurándose los a través de «mulas» que los ingresan desde el exterior (Kuczynski, 2006: 224). Prácticas de este tipo abonan a lo que Jones caracteriza –exagerando solo un poco– como la imagen de «semi-criminalidad glamorosa» con que popularmente se representa un aspecto de las actividades de estos profesionales médicos. De modo creciente, con todo, tal es también la imagen con que muchos cirujanos *desean* ser identificados: «a la vanguardia, por delante de los burócratas, dispuestos a tomar riesgos, los intrépidos ‘chicos malos’ del mundo médico» (Jones, 2009: 175).

Las inyecciones de toxina botulínica, previsiblemente, se ofrecen en tanto instancia ilustrativa de este comentario. El caso del Botox remite a un concepto –amén de cliché– con fuertes resonancias en la cultura popular: «un veneno que te promete hermosura, una sustancia peligrosa que te entrega belleza» (Kuczynski, 2006: 36). El acto médico en sentido integral queda así desplazado al orden simbólico de la *transgresión*. En los procedimientos mínimamente invasivos, no solo quien realiza la intervención se sitúa más allá de las expectativas deontológicas que tradicionalmente han pesado sobre la práctica médica; también quienes son intervenidas participan a consciencia de esta rebeldía, a través de la resignificación paródica de su encuadre médico en un contexto de realización calificado por el elemento lúdico y festivo. Replegada a un escenario de celebración grupal de la feminidad, la labor del profesional médico enfatiza la plena independencia adquirida respecto al mandato de la *curación*,

asumiendo abierta y jubilosamente el propósito exclusivo del *embelecimiento*. Desde esta perspectiva, en suma, son paradójicamente los «no quirúrgicos» –éticamente exonerados de la hipocrática imputación de seccionar el cuerpo sin necesidad– los procedimientos que por excelencia encarnan al dispositivo de la cirugía estética en su faceta «controvertida».

De la posición «utópica» de la Botox Party al «término neutro» de la reconstructiva (o sobre el incómodo vínculo de la cirugía estética con el sufrimiento)

Según lo expuesto en la sección anterior, y remitiéndonos a los términos del cuadro semiótico con cuyo planteo comenzamos el capítulo, la categoría «mínimamente invasivos» se compone de procedimientos que simultáneamente exhiben los atributos de lo «normalizado» y lo «controvertido» –vale decir, los dos polos contrapuestos en la oposición binaria original entre cuyos extremos se articulaba el eje semántico básico del dispositivo–. Tomar nota de esta simultaneidad nos enfrenta a lo que Greimas define como el problema de la «tercera generación de términos categoriales»; problema en virtud del cual abordamos la presencia, en una estructura de significación dada, de dos nuevas categorías diferenciadas por el establecimiento «de la relación ‘y... y’ entre contrarios» (Greimas y Courtés, 1982: 99). El análisis proseguirá entonces con la determinación –en lo que a la estructura de sentido de la cirugía estética concierne– de los correspondientes términos «complejos» y «neutros» del cuadro semiótico, categorías formadas a partir de la reunión de los términos del eje de los contrarios ($S1 + S2$) y del eje de los contradictorios ($\setminus 2 + \setminus 1$), respectivamente.

Ahora bien, si adoptamos el giro dialéctico que de cara a este problema propone la lectura historizante de Jameson, aceptaremos luego que identificar el «término complejo» de una determinada estructura de significación nos servirá para acceder «a la síntesis ideal que podría ‘resolver’ la oposición binaria inicial». La unión de los contrarios aparece aquí como la potencia para trascender el dualismo estructural fundante; desde esta perspectiva, la combinación de

los términos S1 y S2 del cuadro semiótico se proyecta, en efecto, al orden de lo «utópico» (Jameson, 1981: 154). La posición emblemática de la Botox *Party* a este respecto admite, en fin, una recapitulación analítica: por completo desentendida del propósito de aliviar el sufrimiento del paciente para abrazar sin complejos el horizonte de la ganancia de placer del consumidor, en tanto práctica médica ella se distingue por su carácter esencialmente «controvertido»; pero enfocada en su aspecto de celebración autónoma y autocontenida –amén de rutinaria– de la confraternidad femenina, el rasgo característico será su condición básicamente «normalizada». En esta singular combinación de términos contrarios radicaría la clave para entender el lugar de los procedimientos mínimamente invasivos en la estructura simbólica del dispositivo de la cirugía estética. Esta categoría de procedimientos se define –conforme a la antinomia constitutiva del sentido normalizador de la práctica– en virtud de semejante promesa de «resolver» la oposición entre una racionalidad individualizante, en cuyo marco la intervención será valorada como una tecnología de optimización de la sexualidad («controvertida»), y una racionalidad ajustada a determinados parámetros de regularidad corporal que le permiten funcionar, por otro lado, como una tecnología de corrección de imperfecciones ligeras («normalizada»).

Así las cosas, las cuestiones que suscita la conjunción de términos contrarios no dejan de proyectarse, lógicamente, también sobre el eje de los contradictorios. Pero si la potencia del término complejo (S1 + S2) radica justamente en su capacidad de *trascender* el dualismo fundante de la estructura, la combinación de rasgos que dan lugar al término neutro ($\setminus 2 + \setminus 1$) solo implicará la posibilidad de *negarlo*. Tal condicionamiento obedece, por cierto, al estatus lógico y gramatical de los elementos que convergen para su formación, convirtiendo a dicha posición del cuadro semiótico en el resultado de «la unión de términos puramente negativos y privativos que pueden subsumir a cada uno de los contradictorios» (Jameson, 1981: 154). El análisis nos pide, en consecuencia, identificar la categoría determinada por semejante negación conjunta –vale decir, los procedimientos al mismo tiempo «no controvertidos» y «no normalizados»–.

Excluida su manifestación del texto de Pasik, es en la lectura del mismo documento del dispositivo –el informe de la ASPS que ha

servido de marco de referencia estadístico para nuestro análisis—donde encontramos los elementos para precisar tal categoría. Una página en particular de dicho documento causa especial impresión, se destaca entre las que la rodean. La impresión obedece al peso y la densidad que la experiencia del sufrimiento humano adquiere circundada de tanta ligereza. Para ilustrar nuestro argumento, poco más arriba situamos a los procedimientos mínimamente invasivos —en cuanto a su valoración simbólica y terapéutica para el campo de la medicina— en el extremo diametralmente opuesto a la gravedad de un tratamiento contra el cáncer. Serán, por el contrario, los procedimientos «reconstructivos» los que designen la categoría en cuyos términos la práctica de la cirugía estética, merced a la complementariedad terapéutica, se revestirá literalmente de la seriedad e importancia de un procedimiento oncológico.

Según se consigna en la revulsiva página que recoge la información de tal categoría, tres de cada cuatro procedimientos reconstructivos realizados por un cirujano plástico consisten, en efecto, de la «extirpación de tumores (cáncer de piel incluido)» —esto es, 4.211.134 sobre un total de 5.612.549— (ASPS, 2013: 9). Semejante cantidad de intervenciones es indicativa del activo y comprometido involucramiento de los cirujanos plásticos en la modalidad paradigmáticamente «no controvertida» de su práctica. Desde un punto de vista más parcial y definido, es también causa de la imposibilidad material de establecer tendencias generales para dicho aspecto del dispositivo. Sin un registro específico de este tipo de intervenciones en el año 2000, la medida de la variación en el total de procedimientos reconstructivos en general se ve restringida a la escala interanual. Nuestro interés por delinear tendencias históricas de cambio deberá cernirse pues a la constatación de que el número de cirugías reconstructivas practicadas en 2012 (5.612.549) representa un aumento de 1% respecto al de 2011 (5.530.789).

Aquellas entradas específicas de la tabla que por su parte sí registran valores de referencia para el año 2000 complican, en rigor, la fiabilidad de cualquier progresión temporal a partir de intrincadas acotaciones. El número de operaciones practicadas para la «reparación de mordidas de perro» («*dog bite repair*») disminuyó un 7% desde ese año —pasando de 43.089 a 27.752—, pero haremos bien en

considerar la advertencia de que el total de intervenciones en 2000 por cierto «incluía a todas las mordidas de animales» (ASPS, 2013: 9). Con un descenso de cuatro puntos en el mismo período, también podríamos discernir una tendencia clara para la «reparación de laceraciones (aparte de las faciales)», de no ser por cuanto las 358.666 operaciones de 2000 de hecho sí «incluyen la reparación de laceraciones faciales». A la inversa, nos cuidaremos de inferir con certidumbre una tendencia a partir del aumento de 7% en la cantidad de «cirugías maxilofaciales» —desde solo 79.331 en 2000, hasta 209.464 en 2012—, habida cuenta del reconocimiento de que la cifra del comienzo en verdad «no incluía la reparación de laceraciones faciales».

Semejante equívocidad taxonómica ilumina, con todo, más de un aspecto relevante para el posicionamiento de las intervenciones reconstructivas en la estructura simbólica del dispositivo. Por un lado, es un reflejo de la incómoda —pero, en última instancia, inevitable— relación con toda imagen que remita la práctica de la cirugía estética a la experiencia de sufrimiento de un paciente aquejado de alguna patología. Por otro lado, en su misma superfluidad, la tortuosa seguidilla de acotaciones que venimos de considerar revela, antes bien, lo que realmente vale para comprender estos procedimientos. La indolencia con que los cirujanos plásticos en 2000 todavía parecían encarar la distinción entre las laceraciones de la cara y las laceraciones del resto del cuerpo, pone de relieve que, en lo que al dispositivo respecta, importa menos *dónde* está el defecto que se pretende corregir, que el hecho consumado e indiscutible de que el tal defecto —dondequiera se encuentre— por cierto *existe*. Es, en suma, consecuente con el sentido general de nuestros argumentos que la degradación del principio de la autonomía del paciente presupuesta en esta valoración, sea entendida además el rasgo que determina la posición «no normalizada» de los procedimientos reconstructivos en general.

Interesará por tanto remarcar la significativa trayectoria que en este contexto traza un elemento de dicha categoría en particular, vale decir, la «reconstrucción mamaria». Con 78.832 operaciones en 2000, y ya 91.655 en 2012, este es el único procedimiento reconstructivo cuyo incremento se consigna sin aclaraciones al margen. Obtenemos así acaso la única tendencia válidamente homologable con las otras categorías del dispositivo. En una trayectoria paralela a

la «mamoplastia de aumento», las mamoplastias reconstructivas exhiben un importante alza generalizada al cabo de este período, pero sufren una considerable caída en el último año (-7% y -5%, respectivamente). Así las cosas, aunque la proporción del crecimiento general de las intervenciones reconstructivas (16%) es de hecho bastante menor al que en el mismo período registran las operaciones de aumento (35%), deberemos tener en cuenta una modificación relevante en las circunstancias, cuya consideración no puede dejar de atenuar semejante diferencia: en el crecimiento relativamente mayor del número de mamoplastias «de aumento» repercute el hecho de que, en el año 2000, el uso de implantes de gel de silicona para fines meramente estéticos estaba prohibido en los Estados Unidos, pero al mismo tiempo autorizado siempre que el fin de la intervención fuera la reconstrucción del pecho tras una mastectomía.

Eventualmente, el sentido de esta distinción de la FDA se revelaría arbitrario. En el reconocimiento de su misma arbitrariedad arraiga la observación del hecho de que, toda vez que la autonomía subjetiva se convierte en un elemento ineludible para comprender *también* los procedimientos reconstructivos, el límite simbólico que separa a estos de los estéticos sin más queda, a todos los efectos prácticos, revocado. Hecha esta aclaración, un último término resta sin atender en nuestro cuadro semiótico, reclamando con su inquisitiva vacancia analítica la identificación del procedimiento que nos permitirá completar la estructura de sentido del dispositivo.

La «explosiva» cuarta posición del cuadro: los procedimientos «no normalizados»

Abordamos ahora el procedimiento definido por el rasgo de lo «no normalizado», esto es, la posición $\vee 2$ de nuestro cuadro semiótico. Aquí también nuestra mirada es informada por la lectura dialéctica de Jameson (1972), quien describe a esta cuarta posición –la «negación de la negación»– como la más «enigmática» y «explosiva» del cuadro (p. 166). Se entiende que el término que define a esta posición solo se manifiesta hacia el final del proceso interpretativo, por cuanto su identificación será la que complete el análisis, presentán-

dose así como su instancia más «crítica» y «creativa», aquella que se ofrece en tanto plataforma desde la cual plantear la posibilidad de un «salto productivo» hacia la elaboración de un nuevo sistema de significados (Jameson; Lenoir, 1994). En lo que aquí concierne, abordamos el discernimiento de los procedimientos estéticos en cuestión con el objetivo de obtener la premisa fáctica que nos permita formular una proyección teórica de las líneas de fuerza —simbólicas y materiales— que definirán una probable evolución futura para la práctica.

El cirujano plástico, por la naturaleza misma de su función y de sus intereses en el dispositivo, se muestra especialmente atento a los horizontes que despejan las más recientes innovaciones técnicas de su especialidad; será, por tanto, desde su punto de vista que mejor se nos revelará la identidad de esta particular variedad de procedimientos, los «no normalizados». A este respecto, el análisis nos exige volver a invocar a una figura cuya voz ya hemos sabido citar en instancias previas de nuestros argumentos, el doctor Jorge Pedro. Contemplamos aquí a un profesional de fuertes opiniones en torno a la situación actual de la práctica, despojado, por lo demás, de mayores reparos a la hora de enunciarlas desde una posición de autoridad. Lo recordaremos impugnando a las más jóvenes de sus pacientes de aumento mamario, quienes, a pesar de la mayoría de edad que legalmente podían ostentar, todavía encaraban la experiencia quirúrgica con la disposición típica de una «adolescente que adolece de muchas cosas». Ahora vemos que el doctor Pedro orientará semejante afán reprobatorio hacia otro segmento demográfico de su clientela; consecuentemente, el objeto de la censura ya no será la actitud desaprensiva de las más inmaduras, sino el conservadurismo y la falta de osadía de las mayores.

La denuncia en este caso recibe un encuadre más parroquial; su modalidad será pues el juicio evaluativo implicado en el desfavorable contraste con el parámetro universal. Tal parámetro se enuncia aquí como el progreso generalizado que ciertos aspectos del dispositivo exhiben en otros países: «Se realizan millones de intervenciones que hasta hace poco no se solicitaban» (Pasik, 2010: 129). A la luz de esta masiva y diversificada expansión de la cirugía estética a nivel mundial, las pacientes argentinas aparecen presas de una inercia cultural a la que se imputa la persistencia de lo «no normalizado» en la

imagen que la práctica mantiene a nivel local: «Yo creo que, en un punto, muchas cosas que en otras sociedades son normales acá siguen siendo como tabú, a pesar de lo incorporada que está la estética en el país» (Pasik, 2010: 129). Como vemos, el blanco de la diatriba del doctor Pedro será ahora la hipócrita pacatería de una sociedad que –ensoberbecida por su propia fascinación con determinadas expresiones, si se quiere, domesticadas de lo «controvertido»– de hecho es la que impide la «normalización» de los procedimientos aún juzgados «tabú»: a saber, «Hoy lipoaspiramos el Monte de Venus, reducimos los labios menores y, en mujeres mayores que han tenido un desgarro por algún embarazo o que tuvieron varios chicos, hacemos lo que se llama ‘rejuvenecimiento vaginal’» (Pasik, 2010: 129).

He aquí los procedimientos que identificamos, en fin, con esa «explosiva» cuarta posición del cuadro calificada por lo «no normalizado». Proceder a la interpretación de esta categoría nos exige, en principio, cuestionar la heterogeneidad parroquial en que se fundan los lamentos del cirujano argentino. La literatura anglosajona se refiere a esta clase de intervenciones como «cirugía cosmética de los genitales femeninos», ofreciendo así una etiqueta académica para un fenómeno que emergió en el discurso mediático bajo el mote de «vagina de diseñador» –a efectos de la claridad expositiva, en lo que sigue adoptamos la original formulación en inglés de las siglas de aquella etiqueta: FGCS⁴⁴. En cualquier caso, una denominación genérica se sugiere la forma más apropiada de designar una serie de procedimientos que, desde su aparición reciente en el dispositivo, no han dejado de diversificarse en lo que respecta «tanto al sitio de alteración como a la técnica quirúrgica, con todas las partes de los genitales femeninos sujetas a un potencial mejoramiento estético (y ‘funcional’» (Braun, 2009: 134)⁴⁵.

Aunque algunas de estas técnicas han sido aplicadas desde hace ya casi 30 años, la noción de un procedimiento quirúrgico electivo para alterar la apariencia y funcionalidad de la vagina vio la luz en el discurso público anglosajón a fines de la década de 1990, cuando el tema empezó a ser tratado por los medios masivos –encabalgados, por su parte, a la nueva exposición que para el dispositivo significaron las páginas Web promocionales de los propios cirujanos–. Desde entonces, buena parte de la opinión pública estadounidense,

lejos de acogerlos con la desprejuiciada naturalidad que le celebra el cirujano argentino, más bien reaccionó ante estos procedimientos «como si fueran horrendos, ridículos, auto-evidentemente peligrosos, y un ejemplo extremo de medicalización nociva» (Tiefer, 2008: 466). Refutando el aspecto de tranquilizadora «normalidad» que, según el Dr. Pedro, las sociedades más abiertas y avanzadas sabrían reconocer en estas intervenciones, en general los enfoques académicos y feministas sobre la práctica coinciden en calificarla de «increíble», enfatizando más bien que «*hay* continuidades entre la FGCS ‘elegida’ de las mujeres occidentales, y la ‘mutilación’ genital de las mujeres no occidentales» (Braun, 2009: 135).

La alteración quirúrgica de los genitales femeninos, mal que le pese a nuestro airado cirujano, también en «otras sociedades» sigue siendo «tabú». Si el estatus pretendidamente «normal» del procedimiento se afirma a cuenta de los «millones» que en otras latitudes se realizarían, constataremos, por el contrario, la persistencia fáctica de su condición «no normalizada» en la bajísima cantidad que en efecto se computa a nivel mundial, equivalente a una proporción ínfima de todas la cirugías: con 67.655 intervenciones realizadas, el «rejuvenecimiento vaginal» representó apenas el 0,007% de la suma total del año 2010 (9.462.391) (ISAPS, 2011: 4). A propósito, según el citado informe, incluso podríamos objetar las quejas del Dr. Pedro alegando con razones que dicha práctica estaría relativamente más aceptada en la Argentina que en los Estados Unidos —en la medida en que los 1.124 rejuvenecimientos vaginales llevados a cabo por los cirujanos argentinos equivalen a un 0,009% de todas las cirugías del país (117.140), frente al 0,003% que apenas alcanzan a representar las 5.194 (sobre 1.620.865) que estuvieron a cargo de los cirujanos estadounidenses— (ISAPS, 2011: 11-12). De este modo, en el contexto de la medicina de los Estados Unidos, encontramos una prueba definitiva de la marginalidad y resistencia que enfrenta el «rejuvenecimiento vaginal» —o, para el caso, cualquier FGCS— en el hecho de que el informe de la ASPS, en rigor, ni siquiera lo menciona.

La medicalización de la apariencia y funcionalidad de los genitales femeninos es una tendencia impugnada, en efecto, desde el seno mismo de la profesión médica. En 2007, las FGCS se convir-

tieron en objeto de la abierta e inequívoca condena del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, cuyos integrantes emitieron un comunicado aclarando que estas no constituyan procedimientos «médicamente indicados», y resultaba por tanto «engañoso dar la impresión de que son prácticas quirúrgicas aceptadas» (citado en Tiefer, 2008: 470). Semejante marginación profesional tiene significativas consecuencias sobre el modo en que se articula el sentido de la FGCS *en tanto* cirugía estética. Uno de los efectos más elocuentes radica en el particular énfasis que adquiere la dualidad simbólica constitutiva de su racionalidad en tanto práctica *médica* –vale decir, la distinción establecida entre las facetas de «tratamiento» (para volver a lo normal) y de «mejoramiento» (para sobrepasarlo) que caracterizan a esa especialidad–. Casi en paralelo a la representación de un embellecimiento, en principio, absolutamente *electivo* –oportunidad para una reafirmación autónoma de la propia individualidad–, las dudosas credenciales médicas de la FGCS exigen, a modo de justificación presupuesta de su mera existencia, la representación concomitante de nuevas especies de disfunción fisiológica, cuyo tratamiento se sugerirá más bien *imperativo*.

Como advertimos repasando los sitios Web promocionales de centros de estética y de los propios cirujanos –en las condiciones actuales, principal fuente del discurso «autorizado» sobre la cuestión–, el encuadre en que estos procedimientos son presentados se caracteriza por la enunciación casi pedagógica de una norma corporal específica, en cuyos términos proceden luego a patologizar abiertamente cualquier variación (Braun, 2009: 138). Según las mismas palabras del Dr. Pedro indican, la apariencia de los labios de la vagina recibe, en este contexto, una inédita atención. Citar una página típica bastará aquí para confirmar que pequeños, contenidos y simétricos son los nuevos parámetros de la «normalidad» hacia la que el procedimiento quirúrgico procurará aproximar: «Labioplastia, vulvoplastia o ninfoplastia consiste en la reducción o modelación de los labios menores (internos) de la vagina que son demasiado grandes o de longitudes desiguales». La firme turgencia de la juventud, por lo demás, es un atributo que, una vez perdido, no deberá dejar de ser recuperado: «También se puede inyectar grasa autóloga a los labios mayores para resaltarlos y darles un aspecto más juvenil»⁴⁶.

Bajo el peso del precario posicionamiento de estas prácticas en el campo de la medicina en general –pero asimismo en el de la cirugía estética en particular–, semejantes desviaciones morfológicas serán habitualmente replicadas en el orden de las limitaciones fisiológicas a la funcionalidad óptima. De este modo, la FGCS se convierte en un crudo reflejo del mecanismo que la filósofa Kathryn Morgan (2009) describe, en el marco de su crítica a los efectos disciplinarios de la cirugía estética, como la «doble patologización» del cuerpo femenino –mecanismo cuya ilustración textual correspondiente abordamos en el Capítulo uno. No dejarán de ser destacables, a propósito, las pragmáticas razones atribuidas a la «labioplastia» en la página de una de las pocas *cirujanas* que una búsqueda de Internet devuelve, a saber, la Dra. María Cristina Picón: «Este procedimiento trata los labios menores de la vagina, reduciendo su tamaño, no sólo por estética, sino porque produce irritación crónica, dolor, molestia con la ropa ajustada, la actividad deportiva y la sexual»⁴⁷.

Ahora bien, la enunciación de tales limitaciones leves al modelo de la funcionalidad óptima palidece, por cierto, frente a las categóricas denominaciones que ofrece ese vasto y fértil territorio para la medicalización que es la maternidad. Sobre ese terreno, la legitimidad de un procedimiento como la «vaginoplastia» podrá ya predicarse en virtud de su capacidad para tratar una condición cuya relevancia médica se plasmará hasta en el uso de las mayúsculas: la «Amplitud Vaginal Sintomática». He aquí el grandilocuente síndrome que, desde hace menos de una década, estos flancos (todavía) marginales del mundo médico han comenzado a enarbolar, y cuya manifestación evidente sería la «relajación» de los músculos y fascias de la vagina provocada por «los partos y el embarazo». La seriedad del problema es confirmada toda vez que, en estos casos, la intervención quirúrgica se propone de hecho como una alternativa terapéutica ante el fracaso –inevitable, por lo demás– de otros tratamientos: «Primero, se indican a la paciente los ejercicios de Kegel para tratar de solucionar su patología, pero si no tienen resultado, se considera la posibilidad de un procedimiento quirúrgico».

Y aunque la sintomatología que presentan las pacientes aquejadas de esta afección es «polimorfa» –abarcando el espectro que va desde una enervante «vaginitis a repetición», hasta la poco decorosa

«aparición de flatos vaginales»—, su aspecto patológico determinante se manifestará en lo que la profesión médica juzga el signo fisiológico inequívoco de una sexualidad deteriorada, la «disminución de su sensibilidad vaginal (falta de sensación de roce)»⁴⁸. El procedimiento estético que se ocupará de resolver semejante problema puede entenderse, a este respecto, una instancia llamativamente literal del proceso que Morgan (2009) describe como la «inversión patológica de lo normal» (p. 61). En este contexto, conforme se impone el «imperativo tecnológico de la belleza», es precisamente la decisión de *no* someterse a las tecnologías de transformación del cuerpo la que se convierte en indicador de una identidad problemática, a la que se evaluará «desviada de uno u otro modo» (Morgan, 2009: 60). Un modo característico de tal desviación consistirá, por cierto, en rechazar la perspectiva de una ganancia de placer sexual —demostrando, en verdad, falta de interés por la expresión y el desarrollo de una personalidad plena—. El avance de este proceso se refleja pues en el hecho de que las mujeres que se niegan a aceptar las promesas de mejoramiento personal con que las interpela el dispositivo, «ya están siendo estigmatizadas como ‘no liberadas’, ‘no preocupadas por su apariencia’ (signo de trastornos en la identidad de género y de baja autoestima, según diversos profesionales de la salud), [o] como ‘negándose a ser todo lo que podrían ser’» (Morgan, 2009: 60)⁴⁹.

La página Web de la doctora Picón sigue oficiando aquí como la significativa fuente del material discursivo con que ilustraremos estas observaciones. En ese marco, el carácter redoblado del proceso de patologización a que está expuesto el cuerpo femenino encontrará su expresivo emblema en el procedimiento denominado «reconstrucción del punto G». Como vemos, la racionalidad de esta intervención se inscribe de entrada en el orden de la ganancia de placer sexual, propósito simbólicamente equiparado a la posesión de una moral «liberada» en cuestiones de sexualidad: «Este procedimiento permite la reconstrucción del punto G en la mujer, brindándole un aumento del placer sexual. Ernest Granfenberg, hace 60 años, investigó y estableció el punto G, pero por tabúes, su investigación no tuvo repercusión»⁵⁰. La naturaleza por defecto patológica del cuerpo femenino presupone que este deberá ser «reconstruido» para disfrutar al máximo de su sexualidad; se ofrece entonces el tratamiento

que promete las condiciones corporales para una experiencia ideal de placer sexual; promesa cuyo rechazo, en suma, solo podrá ser señal de una correlativa limitación psicológica, la timorata estrechez que arraiga en un carácter prejuicioso y moralista.

En la denominación misma de este procedimiento discernimos además un revelador comentario sobre la posición simbólica de la FGCS en general. Aludimos a la improbable coincidencia de opuestos que se ha forjado al acuñar el nombre «reconstrucción del punto G». El marginal y todavía disputado lugar que este tipo de intervenciones asume en el dispositivo cristaliza, a propósito, en la predisposición discursiva a presentar el *mejoramiento de la sexualidad* a través de semejante anclaje imaginario en el plano del *tratamiento de la enfermedad*. Así las cosas, respecto a la intervención que aquí nos concierne en particular, este nexo adquiere una expresión, por cierto, paradójica –en la medida en que toda la gravedad del proceso *reconstructivo* que su título anuncia, se resuelve sin más a través de la liviandad de lo *mínimamente invasivo*–. En efecto, antes de que pueda de hecho alarmarse, la potencial paciente es reconfortada: el tratamiento para la «reconstrucción» de su punto G no consiste en una cruenta intervención quirúrgica, sino apenas de una «inyección de ácido hialurónico», aplicada con «anestesia local» y de forma «ambulatoria».

Pero no es solo la pretensión de ser «prácticas quirúrgicas aceptadas» lo que sectores establecidos de la profesión objetan a la FGCS. La verdadera relevancia médica de estas operaciones, según el referido comunicado de la Asociación Americana de Obstetricia y Ginecología, lejos está de constituir su único aspecto polémico: «También son preocupantes los temas éticos asociados con el marketing de estos procedimientos y con el proceso nacional de franquiciamiento (*franchising*) en este campo». Es motivo para preocuparse, sin duda, la aplicación –históricamente inaudita– del sistema de franquicias sobre la enseñanza y el ejercicio de la medicina: «Semejante modelo comercial que controla la diseminación del conocimiento científico es alarmante» (citado en Tiefer, 2008: 470). La referencia alude, en rigor, a la práctica de quien se ha convertido en una suerte de gurú del ramo de la FGCS, el Dr. David Matlock. Este notorio cirujano plástico de Los Ángeles⁵¹, en efecto, es el propietario de las

patentes sobre los procedimientos conocidos por sus marcas comerciales registradas: «*G-Spot Amplification*» (también llamado «*G-SHOT*»)⁵² y «*Designer Laser Vaginoplasty*» –para cuya realización autorizada cualquier profesional médico debe previamente adquirir la franquicia «*Laser Vaginal Rejuvenation*»–.

Así las cosas, en el marco de nuestro análisis, una búsqueda en Internet de la frase en español «rejuvenecimiento vaginal láser» nos devolverá una expresión notable de ese «paisaje mediático saturado de información» que con Jones (2008) hemos caracterizado como uno de los elementos clave para entender la cirugía estética en el presente. El texto de Pasik se nos ofrece, otra vez, como un pertinente registro discursivo de la cada vez más penetrante y sustantiva sobredeterminación comercial a la que el esquema de saber-poder del dispositivo actualmente está sometido. El protagonista de nuestra incidental –pero no por ello menos reveladora– observación es una figura ya recurrente en estas páginas. Como una de las primeras respuestas a nuestra demanda, Google nos ha remitido a la página Web del Instituto Argentino de Rejuvenecimiento Vaginal Láser (IARVAL), entre cuyos titulares encontramos nada menos que al doctor Jorge Pedro⁵³.

El disgusto que este cirujano plástico en particular profesa hacia el pacato conservadurismo de una sociedad que se rehúsa a abrazar masivamente las virtudes de la FGCS, cobra así un sentido más concreto. En tales palabras entenderemos, aparte de la voz del profesional consustanciado con los avances de su especialidad, el vehemente reclamo de quien es responsable de velar por los intereses materiales de un negocio familiar. Si nos remitimos a la composición del «cuerpo médico» del IARVAL, vemos que el parentesco es, por cierto, el elemento que califica a sus integrantes, así como el criterio sexual, por otro lado, el que regularía la división de sus funciones profesionales: junto con el ya mencionado, encontramos al Dr. Gustavo Pedro, también cirujano, y a la Dra. Ana María Pedro, ginecóloga. Sin embargo, ya el primer párrafo del texto informativo publicado en la página Web nos señala que no estamos ante la empresa familiar típica. El uso del símbolo de la marca registrada (®) nos confirma, antes bien, que el IARVAL es parte de una cadena internacional de «*Laser Vaginal Rejuvenation Institutes*», y que los doc-

tores Pedro –como de hecho sucede con todos los profesionales médicos que adquieren su franquicia– deben de haber sido entrenados por el doctor David Matlock en persona. Transcribimos pues el párrafo en cuestión, cuyo análisis nos brindará, en fin, la oportunidad de sintetizar nuestra interpretación del sentido «no normalizado» que (todavía) define al estatus de las FGCS hoy en día:

El Rejuvenecimiento Vaginal con Láser (LVR®)⁵⁴ mejora eficazmente el tono muscular, la elasticidad y el control de la vagina. También disminuye eficazmente los diámetros interno y externo de la vagina y refuerza el cuerpo perineal (el área que se encuentra entre los órganos genitales y el ano). La satisfacción sexual para la mujer, según Masters y Johnson, está relacionada directamente con la cantidad de fricción generada. Podemos lograr esto con LVR®⁵⁵.

Pero antes de proceder a la interpretación definitiva del sentido de lo «no normalizado» en la estructura simbólica del dispositivo, interesa observar lo que este párrafo nos revela sobre el mecanismo general de normalización quirúrgica del cuerpo de las mujeres. Aquí se nos expone otro aspecto fuertemente disputado de lo que podemos describir como la «astucia de la razón disciplinadora» en virtud de cuyo despliegue las operaciones que aún son «tabú» aspirarían, en rigor, a volverse «prácticas quirúrgicas aceptadas». La representatividad de este aspecto de la FGCS concierne a que tal trayectoria en el desarrollo del dispositivo, en términos generales, es la que ya han recorrido los procedimientos que la preceden en la historia de la cirugía estética.

Nuestra observación alude al modo en que los discursos que pretenden volver «aceptables» a estos procedimientos explotan una actitud cultural generalizada de desprecio y rechazo hacia las propiedades estéticas de los genitales femeninos, en particular la vagina –actitud para la cual existe en idioma inglés una designación específica, cuya mortificada traducción literal al español sería «asco pudendo» («*pudendal disgust*»)-. Sobre el trasfondo de tal rechazo, se perfila la circunstancia en la que el dispositivo ha cifrado su apuesta de capturar más cuerpos dispuestos a someterse dócilmente al poder disciplinario de los procedimientos en cuestión⁵⁶. Un conjunto «pre-

existente de percepciones genitales negativas», de este modo, se vería «exacerbado» ante la emergencia de nuevos parámetros culturales de visibilidad para una parte del cuerpo tradicionalmente condenada –por motivos justamente asociados al *pudor*– a su total ocultamiento (Tiefer, 2008: 467). Con la aceptación creciente de esta nueva norma de estética corporal –la «vulva lampiña (*hairless*)»⁵⁷, se expanden a su vez los horizontes anatómicos para avanzar con la normalización quirúrgica del cuerpo femenino.

Ahora bien, en sentido homólogo a la marginalidad simbólica que todavía padecen los procedimientos quirúrgicos encargados de realizarla, la flamante incorporación al cada vez más integral y diversificado ideal estético de la feminidad normativa aún enfrenta, por su parte, entendibles resistencias para ser abiertamente acogida en el seno del complejo moda-belleza. Tales resistencias obedecen, por cierto, a que la enunciación de aquella norma acontece en el marco de un género discursivo cuyo valor –por oposición a la magnitud masiva de su expansión material en el sistema mediático contemporáneo– es más bien despreciado: a saber, la pornografía. El desprestigio simbólico del que el género es víctima en general, con todo, no pareciera ser óbice para que los efectos de la nueva norma ya puedan materializarse a través de algunas de sus instancias discursivas en particular. Si nos guiamos de hecho por lo que afirma el sitio Web del IARVAL, los reparos a la hora de reconocer la naturaleza y el origen de semejante aspiración estética estarían en franco desvanecimiento: «La mayoría de las mujeres nos dicen que no quieren que los labios menores internos sean más largos que los labios mayores externos. Muchas nos traen revistas *Playboy* y dicen que quieren verse así».

No sorprende que esta referencia a un género discursivo definido precisamente por la representación explícita del sexo, se ofrezca como ocasión de observar una imagen particularmente clara de la lógica normalizadora que aquí se pone en juego. Por otro lado, a esta altura de nuestro análisis tampoco puede extrañarnos que la intervención que promete alcanzar ese ideal –enfática y regularmente reproducido a doble página en cada edición de la revista–, se propone, no obstante, singular y diversa para cada caso individual, como su propio nombre comercial registrado lo indica: «Vaginoplastia con

Láser Personalizada». El sitio introduce a continuación un enunciado explicativo característicamente paradójico: «Con este procedimiento podemos modelar los labios menores (o labios internos) que son demasiado grandes, o de longitudes desiguales, según las especificaciones de la paciente». Despojado del prurito de la consistencia lógica (o acaso como prueba de la ciega fe depositada en la autoterminación estética de sus pacientes), poco importará al cirujano que los parámetros estéticos del procedimiento hayan sido explícitamente identificados con los de una determinada representación mediática –la revista *Playboy*, para el caso–. Aun en tales circunstancias –nada pareciera impedir afirmarlo– sigue siendo «la paciente» la verdadera autora de las «especificaciones» a cuyo cumplimiento la operación se reconocerá sometida. A propósito, siempre vale dejar en claro que la tecnología ha sido concebida para satisfacer, no al cosificante ojo consumidor de pornografía, ni tampoco al evaluador ojo experto del cirujano plástico, sino tan solo a la voluntad femenina en y por sí misma: «Con la labioplastia reductora con láser podemos *cumplir los deseos de la mujer*» (énfasis nuestro)⁵⁸. Pero en última instancia también deberá apuntarse que la decisión de reducir los labios vaginales no tiene por qué obedecer siempre al irrestricto –y mediáticamente enardecido– arbitrio del «deseo»; quienes tengan la necesidad de «reconstruir condiciones debidas al proceso de envejecimiento, el trauma del parto o lesiones sufridas», aunque más urgentes, no por ello dejarán de beneficiarse de la intervención⁵⁹.

La autonomía de la paciente de FGCS: un atributo simbólico políticamente disputado

Sometida a un régimen de inédita y virulenta visibilidad, y desde hace poco objetivada en cuanto a su evaluación estética y funcional por el discurso de la medicina, la nunca bien ponderada vagina es el más reciente aporte del dispositivo de la cirugía estética al enrarecimiento de la atmósfera de auto-escrutinio y ansiedad corporal generalizada que caracteriza a la feminidad normativa. Tal es el motivo, por otro lado, responsable de que la práctica de la FGCS se haya convertido en uno de los objetos de denuncia de la «Campaña Nueva

Visión» (NVC: «*New View Campaign*»), un movimiento de base originado en los Estados Unidos con el propósito de «desafiar la medicalización del sexo». El blanco original de las críticas de quienes componen el «grupo de trabajo» de este movimiento —profesionales de la salud y académicas feministas—⁶⁰ han sido «los distorsionados y simplistas mensajes sobre la sexualidad de los que depende la industria farmacéutica para vender sus nuevos medicamentos»⁶¹. Atizados por el furor que en los últimos años despertaron los avances farmacológicos en el tratamiento de la disfunción eréctil, los grandes laboratorios han puesto sus miras en el desarrollo de un «Viagra femenino». La objeción de la NVC se dirige a lo que la lógica subyacente en esta (vieja) visión de la sexualidad femenina suprime, vale decir, las diferencias «básicas» que separan a los problemas sexuales de las mujeres de aquellos que aquejan a los hombres. Según el *Manifiesto* de la campaña, una «fundamental barrera» que obstaculiza la comprensión adecuada de la sexualidad femenina es el «esquema médico de clasificación» que la Asociación Psiquiátrica Americana —a través de su mundialmente homologado *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*— impone a la hora de catalogar las manifestaciones de la «disfunción sexual». Conforme a este esquema general, los problemas sexuales del ser humano, tanto hombre como mujer, se clasifican en cuatro categorías de «desorden»: del «deseo sexual», de la «excitación sexual», «orgásmico», y del «dolor sexual». Como se advierte, esta clasificación deriva de las distintas alteraciones posibles respecto de un supuesto «patrón fisiológico de respuesta sexual universal», establecido en la década del 60 por el equipo de investigación de Masters y Johnson⁶². La NVC impugna esta «falsa noción de equivalencia sexual entre hombres y mujeres», proclamando la necesidad de una «nueva visión» sobre el asunto; la campaña pretende, en efecto, una visión alternativa al enfoque científicista cuyos postulados reducen la sexualidad humana a los parámetros de una «función normal» arraigada en la biología. Conforme a semejante reduccionismo fisiológico, el «patrón universal de la respuesta sexual humana» —a partir de cuyo desvío toda «disfunción» se explica— comienza en teoría con el «apetito sexual» («*sexual drive*»), para luego desenvolverse a través de las etapas sucesivas del «deseo», la «excitación» («*arousal*») y, en suma, el «orgasmo». Se entiende que la investi-

gación de Masters y Johnson sea la palabra de autoridad invocada para promocionar, ya no solo el tratamiento farmacológico de los problemas de la sexualidad femenina, sino también la opción quirúrgica toda vez que unos genitales demasiado «relajados» serán juzgados un impedimento físico a la finalización «normal» de aquel patrón, esto es, la satisfacción sexual de la mujer, materializada en el orgasmo que sobreviene tras generar en su vagina la «cantidad de fricción» necesaria⁶³.

Pero no es solo este común «encuadre estrictamente fisiológico de las disfunciones sexuales» lo que la FGCS comparte con los medicamentos para mejorar la sexualidad femenina, y por lo que la NVC ha considerado conveniente extender sus críticas a estos procedimientos quirúrgicos. El otro rasgo que determina la fundamental convergencia de ambas tecnologías radica, desde luego, en la subordinación del ejercicio de la medicina a un modelo comercializado, y a una lógica empresarial basada en la difusión publicitaria y el marketing de los tratamientos médicos. Estados Unidos y Nueva Zelanda son los dos únicos países del mundo en que la publicidad de medicamentos «directa al consumidor» está permitida. Reeditando un debate que había tenido lugar a propósito de la cirugía estética más de una década antes, durante los años 80 se acentuaron los reclamos de la sociedad civil –incluida la Asociación Médica Americana– para que la FDA regulara esta práctica comercial de los laboratorios. Bajo tal presión, en 1985 la agencia dispuso que toda publicidad estaría obligada a incluir exhaustivas advertencias sobre los riesgos posibles de la medicina promocionada –adjuntando una carga de contenido informativo equivalente a numerosas páginas en avisos gráficos, y a varios minutos en los televisivos–. La FDA finalmente revocó esta disposición en 1997, a partir de lo cual el dinero que los laboratorios dedicaron a campañas publicitarias pasó de US\$ 220 millones ese año a US\$ 2.800 millones en 2002.

Cuestionando los discursos autorizados de la cirugía estética desde una perspectiva filosófica, vimos que Morgan destaca el mecanismo de «doble patologización» a que el cuerpo de las mujeres es sometido en el marco de este particular dispositivo médico. Desde una perspectiva política, por su parte, la NVC denuncia que una de las prácticas emergentes de este dispositivo, la FGCS, necesaria-

mente se encuadra –tal como con las medicinas para mejorar la sexualidad– en un proceso de «construcción y promoción de disfunciones» por el cual el cuerpo femenino medicalizado se revela tributario, en rigor, del cuerpo femenino mercantilizado (Tiefer, 2008: 471). La paciente de estos procedimientos no solo somete aspectos diversos de su subjetividad –corporales y psicológicos– al juicio normalizador del saber médico; también implícitamente accede a que los parámetros de la normalidad a cuya luz será evaluada estén, en última instancia, determinados por el imperativo de la rentabilidad que rige el despliegue del complejo médico-industrial. En este sentido, el movimiento se reconocerá en principio consagrado a poner en evidencia el más amplio sistema de dominación económica con que el proceso de medicalización del sexo está consustanciado: «El objetivo de la Campaña Nueva Visión es sacar a la luz los tendenciosos métodos de investigación y promoción que sirven a la ganancia de las corporaciones más que al placer y satisfacción de las personas».

Contra el trasfondo de este sometimiento recrudescido a una colusión de intereses médicos y empresariales, el interés de esta red de académicas feministas, por el contrario, se asumirá «comprometido con la educación, el activismo y el empoderamiento». Como vemos, la voluntad de movilización política es naturalmente emparejada con el propósito crítico y hasta pedagógico de la organización: «Los invitamos a beneficiarse de la información que hay en esta página Web, e invitamos vuestro apoyo y participación». A la luz de semejante compromiso militante con la ilustración y el empoderamiento de las mujeres, no puede dejar de sorprender la aparente comunión de motivaciones que hermanaría a este movimiento feminista de base con los doctores del IARVAL, tal como estos afirman en su propia página Web: «Nuestro objetivo es brindarles a las mujeres educación, alternativas y poder de elección. Alentamos a nuestras pacientes a participar en su atención médica y diseño quirúrgico»⁶⁴.

El planteo de esta reveladora –y no exenta de ironía– instancia de intertextualidad nos enfrenta así de lleno a la cuestión del significado que la noción de *libertad de elección* puede de hecho adquirir en el contexto de la «medicina del estilo de vida» (Pitts-Taylor, 2007). Como Nikolas Rose ha señalado a propósito del dispositivo psicone-

rapéutico, toda vez que los individuos se plantean el cometido de una «calidad de vida mejorada» a través del cultivo de un cierto «estilo de vida», consienten además su inevitable sujeción a las distintas constelaciones de expertos encargados de dar una definición autorizada de lo que dicho «estilo» comporta, y de prestar en consecuencia los servicios que lo materialicen. Tales proyectos existenciales aparecen pues fundamentalmente mediados por el «mercado», por cuanto este es el ámbito en que ha de articularse –merced al «intercambio 'libre' entre aquellos con un servicio para vender y aquellos a los que se ha hecho querer comprar»– el nexo entre los individuos y los expertos que prometen disponer de los medios para mejorar sus existencias (Rose, 1998: 157).

No es difícil apreciar la afinidad ideológica entre el cometido –tan fervientemente alentado por los promotores del «rejuvenecimiento vaginal»– de que la paciente se convierta en partícipe activa de la «atención médica» y el «diseño quirúrgico» de su propio tratamiento, y los preceptos de esa «ética de la individualidad (*selfhood*) autónoma» que según Rose constituye la clave para entender el gobierno de la subjetividad en las modernas democracias liberales. El «empoderamiento» a que las integrantes de la NVC se asumen comprometidas, si bien formulado en la misma gramática y vocabulario políticos, se proyecta en un horizonte emancipador por cierto antagónico al «poder de elección» que la página Web del IARVAL se afirma decidida a brindar. Aunque la vocación pedagógica se reitera en ambas posiciones, desde la perspectiva de los expertos la «educación» se entiende un recurso que ayudará al sujeto a elegir entre las distintas «alternativas» para mejorar su calidad de vida que ofrece el mercado; mientras que desde la perspectiva de las activistas la «educación» se entiende una herramienta que procurará «sacar a la luz» esas mismas estructuras de dominio inherentes a un contexto donde «los sujetos no son meramente 'libres de elegir', sino *obligados a ser libres*» (Rose, 1998: 17; énfasis en el original).

Ahora bien, la consideración de estas posiciones enfrentadas sobre un mismo terreno discursivo nos sirve, en un sentido más amplio, para remarcar el atributo simbólico cuya naturaleza políticamente disputada es, en rigor, lo que separa a los procedimientos «no normalizados» de los «controvertidos». De aquí inferiremos que será

solo cuando la alteración quirúrgica de los genitales pueda comprenderse, de manera (relativamente) indiscutida, como la decisión *autónoma y responsable* de una mujer, que ha de llegar el momento en que la FGCS se convierta en una «práctica quirúrgica aceptada». Comparada con la oposición que hasta alcanzar tal estatus en la estructura simbólica del dispositivo enfrentó el aumento mamario, barreras culturales por cierto más poderosas parecen interponerse a la aceptación de los nuevos procedimientos –la inquietud que acaso pueda generar la alteración quirúrgica de los pechos, una «característica sexual secundaria» de la mujer, empequeñece ante la ansiedad que provoca la idea de hacerlo en los genitales, centro anatómico del aparato sexual propiamente dicho–. Expuesta a nuevos y desafiantes obstáculos para el avance del poder normalizador del dispositivo, la fortuna de la FGCS aparece todavía incierta. Afirmamos con certeza, sin embargo, que sus perspectivas de alcanzar una posición más valorizada dependen de que quienes la promocionan cercenen, en efecto, los nexos simbólicos que aún permiten afirmar «continuidades» verosímiles entre esta práctica y la mutilación ritual de los genitales femeninos en sociedades «primitivas».

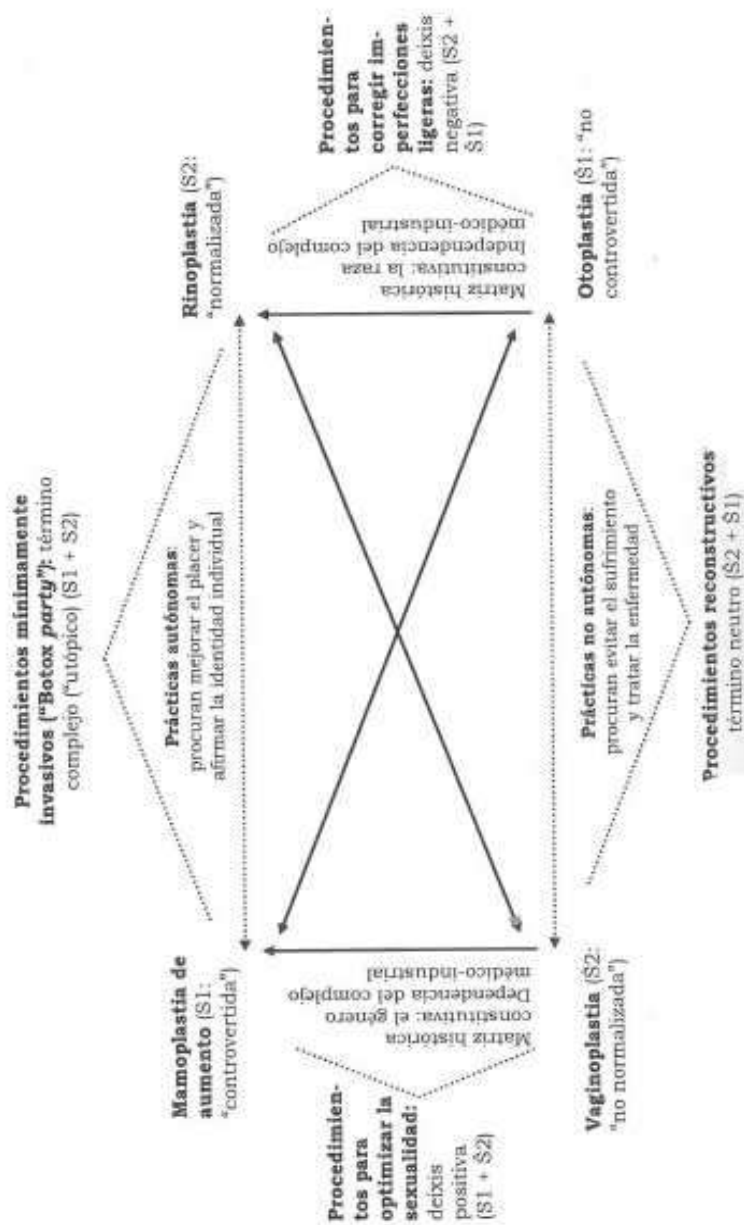
Ya sobre el plano de las conjeturas razonadas, podemos imaginar los efectos que una atribución indiscutida de la cualidad de la autonomía ejercería sobre la valoración de la FGCS en tanto cirugía estética –y, por extensión, en tanto práctica médica–. Consagrados como la inobjetable decisión de una paciente plenamente autónoma y responsable, los procedimientos quirúrgicos concebidos para permitirle «estar a la altura» de las expectativas que impone el nuevo régimen de visibilidad genital podrán librarse, en definitiva, de su gravoso anclaje imaginario en el orden del *tratamiento de la enfermedad*. De este modo, despojadas del lastre de tener que dar cuenta de su relevancia y legitimidad en tanto prácticas médicas convencionales, la FGCS estará ya en condiciones de asumir sin complejos su lugar en el contexto de la «medicina del estilo de vida», orientando su racionalidad inequívocamente hacia el horizonte de la *ganancia de placer*.

Conclusión: la estructura simbólica del dispositivo, una recapitulación esquemática

Llegados a este punto, hemos completado el itinerario analítico que nuestra original aplicación del cuadro semiótico nos dio la oportunidad de cartografiar. La disposición gráfica de este desarrollo, en suma, servirá a un doble propósito. Por un lado, merced a la economía y claridad expositiva que el propio Jameson destaca como grandes virtudes del cuadro semiótico, será la recapitulación esquemática de los argumentos desarrollados a lo largo de este capítulo pero ya planteados, en lo que a la oposición inicial «controvertidos» / «normalizados» concierne, en el capítulo anterior. Por otro, será una representación icónica determinada de la estructura simbólica del dispositivo, ofreciéndose pues como un patrón interpretativo con arreglo al cual elaborar imágenes sobre el sentido presente, y la posible evolución futura, del amplio y diverso espectro de labores que componen la práctica del cirujano plástico.

Concluimos así un capítulo cuya dilatada extensión ha obedecido, paradójicamente, a su intención de síntesis. En él, en efecto, hemos pretendido recapitular la visión diacrónica sobre la formación del dispositivo desarrollada a lo largo de los dos primeros, sintetizándola –tal fue su principal apuesta argumentativa– en un enfoque sincrónico desde el cual procuramos discernir las líneas de fuerza simbólicas y materiales que lo estructuran en el presente. Precisamos este objetivo, de entrada, con arreglo a nuestro interés en abordar una lectura «sintomática» del sentido de la práctica, cuya premisa no sería otra que el estatus «normalizado» de la rinoplastia que analizamos en el Capítulo dos. El reconocimiento de aquella doble faz –simbólica y material– de las fuerzas estructurantes del dispositivo nos alentó, con todo, a desviarnos momentáneamente de las sutilezas interpretativas del análisis textual, para encarar de lleno la cruda objetividad de los datos cuantitativos.

Emergimos de este inevitable entrevero con las variables estadísticas de la cirugía estética asumiendo el desafío de dar sentido al hecho de que la masiva expansión reciente del dispositivo, en su mayor medida se explica por prácticas, en rigor, no quirúrgicas. Frente a esta cuestión, establecimos arraigada en las mismas condi-



ciones materiales de producción, circulación y consumo de los procedimientos «mínimamente invasivos», la alquimia simbólica responsable de elevar dichas prácticas a una nueva escala de masividad numérica. Señalamos, a propósito, la poderosa simbiosis forjada entre las eficientes ocurrencias del marketing de los productores, y la siempre avispada disposición de las mujeres a subsumir el consumo de mercancías en una puesta en escena del género.

La práctica de la *Botox Party* encarna, por cierto, el más conspicuo vástago de este fecundo apareamiento, del que parecieran depender las perspectivas de proyectar el dispositivo a un nuevo orden de significación, un orden «utópico» evocado precisamente por la imagen de un procedimiento capaz de trascender, en una síntesis superadora, la antinomia fundante del sentido de la cirugía estética en tanto práctica médica, esto es, la oposición «controvertido» / «normalizado». El desmedido auge de las intervenciones mínimamente invasivas nos indicó, a este respecto, la línea de fuga en cuya dirección el dispositivo de la cirugía estética avanzaría hacia su definitivo desarraigo del orden de las prácticas biomédicas convencionales. A esta luz se nos planteó el problema de entender cómo es que este acelerado desplazamiento hacia el modelo comercializado de la «medicina del estilo de vida» se materializa, por su parte, en nuevas modalidades de ejercicio del poder normalizador, magnificadas en su virulencia examinadora y perfeccionadas en su sofisticación disciplinante

Enfrentados a tal desafío interpretativo, uno de los efectos más notables que pudimos atribuir a la masificación de las intervenciones mínimamente invasivas ha sido la disruptiva emergencia de un tercer actor, el producto comercial, capaz incluso de opacar la —ya de por sí cuestionada— autoridad del médico en su vínculo con la paciente. Comprender el vertiginoso y desorbitado crecimiento de las prácticas no quirúrgicas nos sirvió, en consecuencia, para advertir el modo en que la dimensión simbólica del género —en tanto encuadre normativo estructurante del sentido de estas tecnologías— resulta de hecho sobredeterminada por el interés económico en la reproducción ampliada del complejo médico-industrial. La susceptibilidad del esquema de saber-poder de la cirugía estética a los avances conquistadores del imperativo de la rentabilidad empresarial, se re-

veló así un rasgo distintivo de aquellos procedimientos específicamente consagrados a cumplir los mandatos corporales de la feminidad normativa. El galopante proceso de mercantilización del dispositivo –y por extensión, de los cuerpos sobre los que este opera– se registró, en fin, como la «dependencia del complejo médico-industrial» en que se inscribe la deixis positiva (S1 – \2) de nuestro cuadro semiótico, aquella dimensión conformada por los procedimientos cuya finalidad no es otra que «optimizar la sexualidad».

Por contraste, establecimos que la «relativa independencia del complejo médico-industrial» es uno de los rasgos que distinguen a la deixis negativa (S2 – \1). Contemplamos aquí a la categoría de los procedimientos determinados en sus orígenes por la racionalidad homogeneizadora de la asimilación racial, pero en el presente subordinados al propósito de «corregir imperfecciones ligeras» conforme a un régimen de subjetivación individualizante. Tal es el trasfondo histórico de la relación lógica de complementariedad que contraen las posiciones de lo «normalizado» y lo «no controvertido» en la estructura simbólica del dispositivo. Interpretando, en este contexto, el estatus simbólico de la otoplastia (\1) en tanto término contradictorio de la «mamoplastia de aumento» (S1), pudimos iluminar la contradicción jerárquicamente superior que existe entre el eje de los contrarios (S1 – S2) y el de los subcontrarios (\2 – \1). El principio de la plena autonomía individual y el horizonte de la ganancia de placer del consumidor se proyectaron, en consecuencia, como negación superadora de una categoría de procedimientos definidos precisamente por un sentido menoscabado de la autonomía, en tanto se los entiende sujetos al imperativo de evitar el sufrimiento y tratar la enfermedad del paciente. Este es el contraste cuyo esclarecimiento nos permitió discernir –además de la imposibilidad simbólica para la otoplastia de acceder a una posición «normalizada» en el dispositivo– la manifestación que adquieren los «metaterminos contradictorios» de nuestro cuadro semiótico. Remarcamos así el eje en torno al cual se articula la oposición entre la categoría que conforma al término complejo (S1 + S2) –los «procedimientos mínimamente invasivos»– y aquella que representa el término neutro (\2 + \1) en la estructura simbólica de la cirugía estética –los «procedimientos reconstructivos»–.

A esta luz también inferimos los rasgos que explican la subalterna posición en el cuadro (12) de la categoría que hemos decidido lexicalizar como «vaginoplastia». Dos grandes desafíos discursivos afrontarían, en este sentido, quienes pretendan elevar estos procedimientos al rango de «prácticas quirúrgicas aceptadas», proyectándolos pues hacia una posición positivamente valorizada en la estructura simbólica del dispositivo. El primero es un desafío netamente político, y concierne a las perspectivas de sobreponerse en la disputa por el significado concreto de la «autonomía» que en principio asiste a la mujer que —ejerciendo su «libertad de elegir» entre las distintas «alternativas» para optimizar su calidad de vida ofrecidas por el mercado— decide someterse a una intervención quirúrgica con la intención de mejorar la forma y función de sus genitales. El segundo desafío se plantea en la esfera del posicionamiento profesional, y apuntará a resolver la tensión discursiva en que todavía se desenvuelve el encuadre de estos procedimientos, cuya racionalidad —tal como es articulada por las páginas Web promocionales— alterna de manera disonante entre los patologizantes términos del paradigma biomédico tradicional, y el emergente horizonte de autocomplacencia consumista de la «medicina del estilo de vida».

Desembarazada del lastre que supone su forzado anclaje imaginario en el orden del «tratamiento de la enfermedad», y públicamente reivindicada en su estatus de elección individual autónoma y responsable, la vaginoplastia abandonaría su posición «no normalizada», accediendo así a las condiciones simbólicas necesarias para aspirar a la popularidad de que hoy gozan aquellos procedimientos situados en el eje «complejo» del cuadro, tanto en su modalidad «controvertida» (aumento mamario), como también, en menor medida, «normalizada» (rinoplastia). Se plasma en esta conjetura nuestra ya anunciada intención de abordar la práctica de la FGCS en tanto premisa fáctica para elaborar inferencias teóricas sobre el horizonte al que marcha la especialidad médica de la cirugía estética. La visión sincrónica que hemos desplegado a lo largo de este capítulo concluirá, en definitiva, suscitando nuevamente la adopción de un enfoque diacrónico, un enfoque particularmente orientado, en lo que aquí respecta, ya no a reconstruir procesos pasados, sino a proyectar futuros posibles.

Luego de un inicio signado por la aridez lógica del pensamiento estructuralista, y de un desarrollo en muchos tramos expuesto a la crudeza expositiva de la demostración estadística, para el final reservamos un sugestivo recurso al libérrimo reino de la imaginación. Por cierto, la validez de cualquier pronóstico sobre la evolución futura del dispositivo se verá comprometida, a priori, en virtud de un fundamental reparo teórico, cuya puntualización nunca está de más. A propósito, muchas de las referencias en que sustentamos nuestra interpretación del furor reciente del Botox tienen como fuente las agudas crónicas que la periodista Alex Kuczynski —ella misma una víctima de «botulinofilia»— publicara originalmente en la sección «Estilo» del *New York Times*. Una de estas crónicas —dedicada a los «antepasados» («*forefathers*») de la cirugía estética— comienza con una muestra del *wit* característico de la intelectualidad de Manhattan, nunca del todo exento de cinismo cuando se trata de cuestionar prácticas identificadas con la frivolidad de Beverly Hills: «Si unos terroristas serbios no hubieran asesinado al Archiduque Francisco Fernando un día de primavera en 1914, es altamente posible que nunca hubiésemos tenido a Pamela Anderson» (Kuczynski, 2006: 61). Si bien la ocurrencia vale para presentar el hecho de que «la mayoría de las técnicas de la cirugía cosmética moderna», en efecto, «se originaron durante la I Guerra Mundial» (no es el caso, hemos visto, del aumento mamario), aquí preferimos tomar el planteo de este curioso ejercicio contrafáctico como una advertencia alusiva al azar y la inescrutable contingencia que, desde un tiempo a esta parte, hemos aprendido a reconocer subyacen a todo proceso de «articulación del cuerpo y de la historia» (Foucault, 1995: 79).

Formulado este reparo teórico, no nos privaremos, sin embargo, de sugerir los escenarios posibles para el devenir de la práctica que se cifran en la optimista visión histórica profesada por los promotores de la vaginoplastia. Según afirman los cirujanos afiliados a la transnacional cadena de *Laser Vaginal Institutes*, nadie duda ya que el exclusivo servicio que ellos ofrecen constituye una «gran tendencia». Entendible más bien en tanto expresión de deseo que como constatación fáctica, tras el augurio de popularización venidera para la cirugía vaginal reconoceremos, con todo, el sustento que semejante anhelo encuentra en los precedentes históricos del dispositivo:

«Está como en proceso de salir del clóset. Básicamente está donde el aumento mamario estaba hace treinta años» (Gurley, 2003: 2). (Tal como la referencia indica, no ha de pasar inadvertido que estas palabras fueron pronunciadas hace más de una década.)

Desde el último cuarto del siglo pasado, por cierto, se desplegaron ciertos procesos culturales y tecnocientíficos que generaron las condiciones de posibilidad para que la intervención de aumento mamario fuera erigida al estatus de «práctica quirúrgica aceptada» que hoy en día le es dado orgullosamente ostentar. Establecida una contingente convergencia de efectos e intereses entre los complejos moda-belleza y médico-industrial, se dieron las circunstancias históricas que han permitido asociar el sentido de esta práctica quirúrgica a una experiencia paradigmática de autoafirmación de la identidad femenina.

Semejante contexto histórico es el que vuelve inteligible un enunciado como el de «Laura» («35 años»), recogido en el más reciente de los textos analizados: «Tengo, como todas, las lolas hechas» (Pasik, 2010: 149). Así las cosas, el tono desafiante de la –por lo demás impertérrita– confirmación, no deja de ser sugestivo respecto a la actitud del sujeto femenino ante un procedimiento que, si bien lanzado en una evidente trayectoria de «normalización», aún se resiste a ser por completo despojado de su aspecto «controvertido». Concebir las formulaciones alternativas que el enunciado de Laura podrá adquirir de acá a un par de décadas, cuando se entienda será el aumento quirúrgico de los pechos la práctica que esté «normalizada», y la cirugía vaginal la que «se militará» con «orgullo»: he aquí la estimulante tarea que, antes de pasar a las conclusiones de esta investigación, encomendamos a la imaginación del lector.

Notas

²⁷ De hecho, Gilman no consigna la filiación étnica del paciente de Joseph, simplemente da a entender que se trataba de un niño judío. La valencia racial de las orejas prominentes adquirirá una manifestación diversa en otro contexto histórico, los grandes centros urbanos de los Estados Unidos a comienzos del siglo XX. Si bien el estereotipo no dejó de arraigar allí donde predominó la inmigración judía procedente de Europa central –particularmente, Nueva York–, las tensiones culturales que en este país generaron los

masivos flujos de inmigrantes irlandeses pueden verse reflejadas en las caricaturas del «*Paddy*» (expresión peyorativa para designar al varón irlandés), representado a través de rasgos de fenotipo codificados como «primitivos»: la «nariz fiata» («*pug-nose*») y las «orejas de soplillo» («*jug-ears*») (Gilman, 2001: 127).

²⁸ En los Estados Unidos de hoy en día, por cierto, la otoplastia es una operación que las mujeres solicitan con una frecuencia levemente superior a los hombres. Las pacientes femeninas representan el 59% del total para este procedimiento, ascendiendo ya al 75% para la rinoplastia; respecto al aumento mamario, va de suyo, son el 100% (ASPS, 2013: 23).

²⁹ Un entretenido experimento imaginativo consiste en preguntarse si acaso Brad Pitt sería el ícono absoluto de la belleza masculina que es hoy, de no haberse sometido, durante su juventud, a una otoplastia.

³⁰ La indicación es recurrente en las páginas Web promocionales de los cirujanos plásticos. Postergadas a una de las últimas secciones –junto con las de otros procedimientos a los que no encontró oportunidad de abordar previamente–, las especificaciones de la otoplastia también son referidas por el texto de Pasik (2010), que recomienda, por «una cuestión de estigmatización y complejos», realizarla «antes del comienzo de la escolaridad» (p. 229).

³¹ La expresión corresponde a una de las páginas promocionales consultadas. Cabe apuntar –algo que también se aplica, desde luego, a la rinoplastia– que hasta alcanzar la mayoría de edad, el consentimiento legalmente válido es solo el de los padres del menor.

³² Este comentario presupone, por cierto, la distinción entre procedimientos estéticos, que buscan meramente «embellecer», y reconstructivos, cuyo objeto serían las verdaderas «deformidades». A efectos argumentativos, nos abstenemos aquí de problematizar esta distinción, interrogando pues la circunstancia de que una otoplastia por razones estéticas se asimila a una intervención reconstructiva en el hecho de ser preferible cuanto antes en la vida. Así planteada, la cuestión no puede dejar de poner en evidencia el doloroso *double bind* al que se enfrentan los pacientes con «microtia». La microtia es una malformación congénita caracterizada por la ausencia de alguna de las partes de la oreja o de la oreja completa. Definida como una deformidad ostensible, su tratamiento se inscribe directamente en el orden de la cirugía reconstructiva. Las complicaciones orgánicas inherentes al desarrollo anómalo, con todo, explican que los cirujanos prescriban aguardar hasta los ocho años de edad para la operación. El niño sin orejas, lamentablemente, a diferencia de aquel apenas «en desacuerdo» con la forma de las suyas, recién podrá someterse a una otoplastia al promediar la escuela primaria.

³³ La «dermolipectomía» es el procedimiento quirúrgico consistente en la extirpación de los excesos de grasa y piel de la zona intervenida. Su aplicación más habitual es en el abdomen, en cuyo caso también recibe el nombre de «abdominoplastia». La «gluteoplastia», tal como su nombre lo indica, es la cirugía plástica realizada en los glúteos con el propósito de aumentar su volumen y/o elevarlos. A tales efectos, se pueden implantar prótesis de gel de silicona, o bien aplicar inyecciones de grasa autóloga, en cuyo caso la técnica recibe el popular apelativo de «*Brazilian Butt Lift*».

³⁴ El trasfondo de este aumento son sin duda las restricciones que en 2000 todavía pesaban en los Estados Unidos sobre el uso de implantes mamarios de gel de silicona.

³⁵ Aunque el informe nada más dice acerca de las circunstancias de la intervención, inferimos que el motivo para someterse a un «*resurfacing* de la piel con láser», en el caso

del paciente adolescente, es la eliminación de marcas de acné. La misma técnica es normalmente empleada, por cierto, como una alternativa menos cruenta que el lifting en el tratamiento de las arrugas.

³⁶ La proporción se acentúa incluso en los dos segmentos subsiguientes. En el comprendido por pacientes entre 40 y 54 —el que concentra la mayor cantidad de procedimientos cosméticos en general—, los mínimamente invasivos llegan a 6.272.341 sobre un global de 6.790.306; y en aquel comprendido por los de más de 55, son 3.270.306 sobre 3.633.817 (ASPS, 2013: 17-8).

³⁷ La vulnerabilidad a que por este proceso queda expuesta la posición de los cirujanos plásticos también fue observada en el Capítulo uno. Liquidada ya cualquier pretensión de exclusividad profesional sobre el usufructo legítimo de las técnicas en cuestión, la actitud del cirujano ante los procedimientos mínimamente invasivos reflejaba el recelo contra la competencia de otras especialidades médicas —e incluso contra la procedente de fuera del propio campo de la medicina, encarnada por la infame «esteticista»—.

³⁸ Por la *Food and Drug Administration*, la agencia del gobierno federal estadounidense encargada de la regulación de alimentos y medicinas, así como de todo instrumento y prótesis de uso médico. La relación que este organismo gubernamental contrajo históricamente con el dispositivo de la cirugía estética ha sido —a raíz de su potestad fiscalizadora sobre el complejo médico-industrial— tensa y muchas veces conflictiva.

³⁹ En tercer lugar aparece el lifting facial con US\$ 837.501.600. En un lejano puesto 12 —por debajo de los 86 millones gastados en «transplantes capilares»— recién encontramos a la otoplastia, con un total de US\$ 79.737.270, y un «honorario promedio a nivel nacional por cirujano» de US\$ 3.099.

⁴⁰ En 2005, un profesional médico en los Estados Unidos conseguía un frasco de Botox a US\$ 488; aplicando las 20 inyecciones que este contiene, podía llegar a obtener una ganancia de US\$ 3.000 (Kuczynski, 2006: 39).

⁴¹ El informe también especifica el uso de Radiesse, una solución sintética compuesta de partículas de «hidroxilapatita de calcio», cuyo efecto es estimular la formación de colágeno por el propio organismo del receptor.

⁴² Una vez abierto un frasco de 20 dosis de toxina botulínica A, aquellas que no se apliquen de inmediato deberán ser desechadas. De aquí la conveniencia estrictamente monetaria de su consumo colectivo, distribuyendo el costo del producto entre el máximo número de consumidores que puedan beneficiarse de él.

⁴³ El poder simbólico de la marca comercial, por el momento, parece restringido a las prácticas no quirúrgicas. Sin embargo, la exposición al avance conquistador de esta lógica es crítica en aquellos procedimientos quirúrgicos cuyas condiciones técnicas de posibilidad dependen de las realizaciones del complejo médico-industrial. El aumento mamario, por cierto, es la práctica emblemática a este respecto. Jones describe el diseño gráfico de la página Web de Inamed Aesthetics, uno de los principales productores mundiales de implantes mamarios. De entrada, estos son caracterizados como «extrañamente desencarnados de cuerpos y cirujías»: «Son evocativos de platos voladores, contenedores Tupperware, flores y creaturas marinas, y son representados como cualquier cosa menos 'médicos'. Los objetos son presentados como bellos en sí mismos, plenos y autocontenidos, incluso animados...». Luego de apuntar estas impresiones, en fin, un sibilino interrogante: «¿Cuánto tiempo pasará hasta que la marca comercial de los implantes mamarios sea parte de su atractivo?» (Jones, 2008: 74).

Se perfila así una escala ascendente en el proceso de sometimiento del dispositivo a una lógica comercial. El aumento mamario se encontraría en un estadio preliminar a la instancia de su mercantilización definitiva, más cercano al modelo de la alta costura, si se quiere, que al *prêt-à porter* de los procedimientos no quirúrgicos. La periodista Alex Kuczynski observa que, en los niveles más altos de la profesión, el nombre del cirujano plástico se ha convertido en sinónimo de su producto –de modo análogo, por ejemplo, a las mujeres que orgullosamente se refieren a sus costosísimos zapatos de Manolo Blahnik como los «Manolos»—. La observación es ilustrada a partir del recuento de una anécdota, cuyo escenario fue una cena en el American Ballet Theatre de Nueva York. Se trata del encuentro casual con una conocida, quien, habiéndose sometido recientemente a un aumento mamario con el reconocido cirujano Manuel Hidalgo, aborda a la cronista, y mientras abre su blusa, anuncia exultante (con el idioma original, conservamos en parte la característica entonación de la burguesía neoyorquina): «*Darling... Just look at my Hidalgos! I got them two weeks ago!*» (Kuczynski, 2006: 11).

⁴⁴ Pero no está de más apuntar el llamativo eufemismo usado en la página Web promocional de un centro de estética argentino: «cirugía íntima», anodino engendro idiomático de la por lo demás siempre punzante hibridación imaginaria entre intervención quirúrgica y placer genital.

⁴⁵ En particular, esta clase de procedimientos incluye a las intervenciones quirúrgicas conocidas como «vaginoplastia», «labioplastia», e «himenoplastia». Como veremos, el abanico de alternativas para «mejorar» los genitales femeninos también incluye la opción «no quirúrgica».

⁴⁶ Fuente: <http://www.sublimis.com/rejuvenecimiento-vaginal-argentina/cirugia-intima-cordoba.html> [Consulta: 14/01/2014].

⁴⁷ Fuente: <http://www.mcipicon.com.ar/cirugia-vaginal.html> [Consulta: 14/01/2014].

⁴⁸ Fuente: <http://www.tuginecologo.com.ar/> [Consulta: 14/01/2014].

⁴⁹ En el original, Morgan añade una última etiqueta estigmatizante que no hemos incluido en la cita por cuanto su equivalencia en español es mucho menos directa que las anteriores, pero cuya curiosa manifestación merece, con todo, ser anotada. Se trata de la expresión «*granola head*», modismo coloquial del inglés norteamericano por el que se evocan ciertos aspectos peyorativos atribuidos estereotipadamente al estilo de vida «hippie»: desapego a pautas básicas de higiene corporal, rudimentario sentido de la moda, consumo excesivo de psicotrópicos y precariedad en los hábitos alimenticios.

⁵⁰ Fuente: <http://www.mcipicon.com.ar/cirugia-vaginal.html> [Consulta: 14/01/2014].

⁵¹ El cirujano David Matlock es reconocido por su participación en *Dr. 90210*, un *reality show* emitido entre 2004 y 2008 por la cadena televisiva *E! Entertainment*. Más allá de su protagonismo en este programa, y aparte de su condición de pionero del embellecimiento quirúrgico de la vagina, la notoriedad mediática que lo precede ahora también arraiga en su encarnación *literal* del mito de Pygmalión.

En 2007, una mujer llamada Veronica acudió a la consulta de Matlock para recibir una vaginoplastia. Veronica tenía 32 años y, a ojos del cirujano que le llevaba una década, algunos kilos de más. Pero la visión artística de este último pudo trascender la superficie, percibiendo, antes bien, una potencial obra maestra debajo del exceso de masa corporal. Además de la operación que Veronica entonces pretendía, Matlock se permitió recomendarle el paquete de intervenciones que promocionaba bajo el heroico título de «*Wonder*

Woman Makeover» - liposucción generalizada, con el complemento de un levantamiento de glúteos «brasileño».

La paciente atendió la recomendación del cirujano y, tras la serie de intervenciones que la esculpió hasta su figura «ideal», este le propuso matrimonio. Ya como su esposa, Veronica volvió a ser operada por Matlock en repetidas ocasiones, convirtiéndose así en el «anuncio publicitario viviente» de su práctica quirúrgica (Fuente: <http://gawker.com/meet-the-plastic-surgeon-who-sculpted-himself-the-perf-1215166725> [Consulta: 16/01/2014]).

⁵² «*G-SHOT*» es el más coloquial –y efectista en términos de marketing– alias comercial de la inyección de ácido hialurónico en esa zona erógena ubicada, según las mensuradas precisiones de la doctora Picón, «en la pared frontal de la vagina, a 5 cm de la entrada de la uretra de la mujer». Se advierte pues que nuestro análisis de la expresión «reconstrucción del punto G» no se aplica al nombre original –registrado– del procedimiento en inglés («*G-Spot Amplification*»).

⁵³ Fuente: <http://www.rejuvenecervaginal.com/> [Consulta: 16/01/2014].

⁵⁴ Contrariamente a lo que el expreso empleo de la tecnología láser pueda sugerir –y a que de entrada se hace hincapié en que la intervención apenas «dura 1 hora»– no se trata de un procedimiento mínimamente invasivo; se nos aclara, antes bien, que el «mejoramiento estético» se logra «por medios quirúrgicos». Por cierto, cualquier referencia técnica que pretenda trascender tal grado de generalidad, inevitablemente se topará con las férreas barreras comunicativas encargadas de resguardar los derechos de propiedad intelectual del Dr. Marlock.

⁵⁵ Fuente: <http://www.rejuvenecervaginal.com/spanish/informacion.htm> [Consulta: 16/01/2014].

⁵⁶ La elección terminológica plasmada en este enunciado suscita una nunca inoportuna aclaración teórica: al invocar la noción de «apuesta» –tal como antes lo hicimos con la de «astucia»– más allá de las asociaciones semánticas con una cierta disposición estratégica que estas imágenes puedan evocar, no pretendemos sugerir en absoluto la presencia de algún tipo de *intencionalidad* definida tras el despliegue histórico del dispositivo.

⁵⁷ La particular formulación que adquiere este nuevo mandato de estética corporal nos alerta sobre otro aspecto relevante para comprender la (todavía) anómala posición de la FGCS en la estructura simbólica del dispositivo. Una de las promesas de cabecera de los promotores del «rejuvenecimiento vaginal» es lograr que la mujer «vuelva a ser como a los 16» (Gurley, 2003: 2). Entre las diversas alternativas de «cirugía vaginal» ofrecidas en la página de la Dra. Picón está la «himenoplastia», un procedimiento que «reconstruye la membrana fibrosa y elástica que cubre la entrada de la vagina». Se advierte la disonancia: si el sentido normativo de la rinoplastia se cifraba en la experiencia subjetiva de la pubertad, y el del aumento mamario en el acceso a la sexualidad adulta, la norma de la FGCS prescribiría la supresión física de toda marca de experiencia sexual, emulando la regresión a una etapa de desarrollo prepuberal –la ausencia de vello pubiano es una de las características del grado I de Tanner.

⁵⁸ El Dr. Matlock, dicho sea de paso, es un declarado «feminista». La incondicionalidad de su credo queda plenamente manifiesta en el idioma original: «... *I'm here for the woman and I'm all about the woman*» (citado en Tiefer, 2008: 468).

⁵⁹ Fuente: <http://www.rejuvenecervaginal.com/spanish/informacion.htm> [Consulta: 16/01/2014].

⁶⁰ Cabe apuntar, a este respecto, que uno de los dos artículos académicos que nos han servido de referencia para el análisis de la sección anterior –«*Female Genital Cosmetic Surgery: Freakish or Inevitable?*», de la psicóloga estadounidense Leonor Tiefer (2008)– se inscribe explícitamente en el marco de la NVC.

⁶¹ Página Web: <http://www.newviewcampaign.org/> [Consulta: 16/01/2014].

⁶² El doctor William Masters conoció a la psicóloga Virginia Johnson en 1956, mientras seleccionaba a los colaboradores para un equipo interdisciplinario de investigación que se dedicaría al estudio integral de la vida sexual del ser humano. En 1971, Masters se divorció de su esposa para casarse con Johnson, quien desde entonces se convirtió oficialmente en codirectora del equipo –cuyas labores, por su parte, se prolongaron hasta el divorcio de la pareja, en 1992–.

En un comienzo, el proyecto de Masters y Johnson resultó pionero en su intención de investigar los distintos aspectos de la sexualidad humana en condiciones de laboratorio, para lo cual diseñaron experimentos cuyos primeros participantes fueron prostitutas contratadas a tales efectos. El establecimiento y análisis de lo que denominaron «ciclo de la respuesta sexual humana» ha sido el fruto conceptual de esta ambiciosa y singular empresa científica (amén de sentimental); fruto plasmado en dos textos fundacionales para el campo de la sexología: *Human Sexual Response* de 1966, y *Human Sexual Inadequacy* de 1970.

⁶³ El discurso de los discípulos del Dr. Matlock también revela el linaje de sus pretensiones de autoridad por medios menos directos. A propósito, el modo en que se enuncia la nueva norma es evocativo de esa peculiar mezcla de escrupulosidad metodológica y candorosa indiscreción que en el imaginario popular ha llegado a caracterizar a las míticas entrevistas de Alfred Kinsey: «En una de las encuestas que realizamos con nuestras pacientes les preguntamos a las mujeres si quieren estar relajadas o estrechas, y 100% contestaron que quieren estar estrechas» (IARVAL).

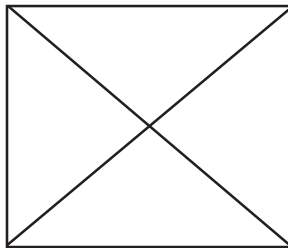
⁶⁴ Fuente: <http://www.rejuvenecervaginal.com/spanish/informacion.htm> [Consulta: 16/01/2014].

Conclusión. La cirugía estética y la normalización de la imaginación

El comienzo del fin lo encontramos en un apunte teórico. Según la teoría de la narratividad, los «modos de existencia» que el actante narrativo atraviesa en el transcurso de su recorrido se articulan en una serie repertoriada de tres roles sucesivos: el sujeto *virtualizado*, el sujeto *actualizado* y el sujeto *realizado*. La sucesión de estos roles es correlativa a las transformaciones efectuadas en el tipo de relación predicativa con el objeto de valor –obedece, esto es, a los cambios correspondientes en el marco de la categoría de la junción–. Ahora bien, a la luz del problema –cuyos postulados hemos referido en el Capítulo tres– de la «generación de los términos categoriales», se advierte el planteo deductivo de una cuarta posición, un cuarto rol no contemplado hasta aquí por la teoría; vale decir, gráficamente expresado:

CONJUNCIÓN
Sujeto realizado

DISJUNCIÓN
Sujeto actualizado



NO DISJUNCIÓN
¿Sujeto...?

NO CONJUNCIÓN
Sujeto virtualizado

En la medida en que es el producto de la negación del sujeto actualizado, y en que el sujeto realizado lo presupone, se ha propuesto denominar a este cuarto rol emergente «sujeto *potencializado*» (Greimas y Fontanille, 2002: 50). El giro hacia la dimensión pasional del discurso, y el interés consecuente por las «precondiciones» sensibles de la significación, incorporan así la consideración teórica de un nuevo nivel de existencia —el de la *potencialidad*— al enfoque de la semiótica estructuralista sobre el proceso generativo del sentido.

En el marco del recorrido narrativo, los modos de existencia —concebidos como estados— presuponen hacer es que los producen: la operación de la «manipulación» es necesaria para producir al sujeto virtualizado; la atribución del saber y el poder por parte del Destinador lo es para producir al sujeto actualizado; y la performance objetiva, en fin, lo es para producir al sujeto realizado. Desde el punto de vista de la semiótica de la acción, el principio de la presuposición permite reconstruir este encadenamiento sintagmático de estados conforme a las reglas de la sintaxis elemental. Sin embargo, la operación encargada de *potencializar* al sujeto resultaría irreductible a semejante deducción lógico-sintáctica. Esta irreductibilidad solo pudo ser discernida desde el punto de vista de la semiótica de las pasiones, toda vez que el efecto de la *potencialización* se manifestará justamente como la apertura —en el seno del recorrido narrativo— de un acceso al imaginario y al universo pasional. Se comprende, de este modo, que la pasión frecuentemente aparezca como una «escapada» delante de la performance: «una vez manipulado, o persuadido, o vuelto apto, el sujeto apasionado se refugia o se encuentra arrastrado por su imaginario, antes de renunciar a la acción o de precipitarse en ella» (Greimas y Fontanille, 2002: 125).

Hecho este apunte teórico, la cuestión de los niveles y modos de existencia nos remite ahora a ciertas observaciones inicialmente planteadas en el primer capítulo de esta investigación. Observamos allí, siguiendo a Canguilhem (1978), que la experiencia de lo patológico —el «sentimiento de vida contrariada»— se definía a partir de la referencia inherente a una determinada «normatividad vital», fundándose pues en un «juicio de valor virtual» del propio paciente (p. 88). La conciencia del mal, en efecto, no tiene por objeto tanto el padecimiento de un valor negativo *actual*, sino más bien la *eventuali-*

dad de «todos los valores negativos posibles» sancionados por las ideas dominantes en un medio ambiente social dado. Asimismo, con Foucault (2007) establecimos que el poder disciplinario se activa «antes del cuerpo», a nivel de la «voluntad», esto es, del «alma» (p. 73). Toda vez que este nivel designa a la «disposición» subjetiva –manifestada ora como deseo, ora como miedo de cambiar–, la normalización, instrumentada a este respecto por el dispositivo psicoterapéutico (la «función psi»), comienza a operar, por cierto, en «el plano de la virtualidad».

Así las cosas, nuestra aproximación semiótica a la articulación narrativa de la experiencia de la cirugía estética⁶⁵ nos permite inferir que la consagración histórica de esta particular práctica médica como dispositivo de normalización ha estado condicionada al efectivo disciplinamiento de otro nivel de existencia, anterior incluso, si se quiere, al mismo «plano de la virtualidad». Tal como pusiera en evidencia el discernimiento de la necesaria función del «sentimiento de carencia» –y el consecuente reconocimiento del crucial papel de la dimensión pasional en el despliegue sintáctico de la experiencia–, el nivel que a esta luz se advierte expuesto a la potestad reguladora del poder corresponde, en rigor, al *plano de la potencialidad*. Toda vez que constituye una puerta abierta al imaginario y al universo pasional, la potencialización del sujeto introduce un factor de irreductible «indeterminación» e «invención» en el despliegue de su racionalidad narrativa, de aquí que a priori precise ser normativamente encauzada a fin de evitar desarrollos desviados, antagónicos y potencialmente desafiantes, en efecto, a las relaciones de poder y dominio establecidas. La normalización de la imaginación femenina representa, en este sentido, la condición ideológica de posibilidad para que la cirugía estética funcione como una tecnología de género normalizadora.

El planteo de esta proposición nos remite al problema que Paul Ricœur (1978) ha descrito como «el rol semántico de la imaginación (y por implicación, del sentimiento)» en el proceso de interpretación del sentido metafórico (p. 144). La definición de la metáfora en términos de «desviación» semántica obedece a la tradición de la retórica clásica. Tradicionalmente, con todo, este «desvío» se consideró respecto a la función denominativa, el proceso metafórico

consistiría en atribuir un nombre «extraño» a una cosa determinada, atribución basada en cierta similitud percibida entra esta y esa otra cosa que el nombre designa naturalmente. Ricœur (1978) suscribirá, en cambio, un enfoque que entiende tal desviación como afectando más bien a «la propia estructura predicativa»; la metáfora, pues, antes que una denominación desviada, sería una «predicación desviada» (p. 145).

El efecto de sentido del enunciado metafórico se actualizaría así, primero y principalmente, a nivel sintagmático —y no a nivel paradigmático como había sostenido la concepción retórica clásica—, resultando en el establecimiento de una nueva pertinencia entre los términos que la estructura predicativa había articulado, en un principio, desviadamente. Tal sería el fundamento de su verdadero poder «innovador», la capacidad para estimular la imaginación *productiva* a discernir nuevas congruencias entre los campos semánticos que el enunciado metafórico ha asimilado, a advertir *semejanzas* susceptibles de trascender las diferencias establecidas. De este modo, generando la posibilidad de «ver» similitudes *a pesar y a través* de las diferencias, el aspecto icónico de la metáfora sirve además de precursor de la capacidad de «pensar» nuevos tipos asimilables; de aquí que la hermenéutica filosófica haya llegado a postular a esta figura retórica como una suerte de modelo general del procedimiento cognoscitivo por el cual se producen los conceptos (Ricœur, 1978: 149).

El rol de la imaginación en el establecimiento del sentido metafórico aparece mediado por el rol de la *suspensión* —o *epojé*— que el discurso poético impone a la función referencial y descriptiva del lenguaje cotidiano. Entre estos roles existe una relación de solidaridad. La imaginación productiva consiste justamente en la *epojé* de la referencia ordinaria, y en la consecuente *proyección* de nuevas posibilidades y formas de redescubrir el mundo. Tal como Sartre argumentara, lo propio de la imagen es su *negatividad*; imaginar, en este sentido, es «dirigirse uno mismo a lo que no es... ausentarse de la totalidad del ser» (Ricœur, 1978: 154). Ahora bien, la imagen como *ausencia* no es sino el reverso negativo de la imagen como *ficción*. Considerada en su función productiva —esto es, en su capacidad de «rehacer» el mundo a partir de la proyección de otros mundos posibles—, la imagen como ficción no hace sino interpelar «las potencia-

lidades profundamente arraigadas de la realidad, en la medida en que ellas se encuentran ausentes de las actualidades con que lidiamos en la vida cotidiana bajo el modo de la manipulación y el control empíricos» (Ricœur, 1978: 154-155).

Evaluando la lectura que propone el texto de Davis sobre la historia de Ruth (la «*she-devil*» de la novela de Fay Weldon) tuvimos oportunidad⁶⁶ de observar una instancia concreta de la neutralización ideológica de esta capacidad *productiva* de la ficción. El emblecimiento quirúrgico del cuerpo femenino –para la mirada ideológicamente determinada de Davis– solo puede aparecer como un instrumento para que la mujer acceda a la posición de «agente femenina»; una forma estratégicamente calculada de «tomar las riendas» de una vida hasta entonces signada por la frustración y el sufrimiento, por la impotencia de juzgarse inescapablemente sujeta a una materialidad y una morfología corporal culturalmente despreciadas. La inteligibilidad de la cirugía estética –desde una perspectiva ideológica como la de Davis– solo es concebible, en efecto, en tanto experiencia de *afirmación de sí*.

La suspensión o *epojé* de la función *productiva* de la imaginación narrativa –operada por el efecto ideológico– se nos revela así en su estrechamente solidaria relación con el despliegue de un proceso metafórico *reproductivo*. Correlativamente, sería la imagen como *presencia* –reflejo positivo de las estructuras de poder y dominio establecidas en la realidad cotidiana– la que esta relación no dejaría de refrendar. Nos hemos aproximado a las regularidades intertextuales discernibles entre el discurso de la «agencia» –en tanto hipostatización sociológica de la modalidad del poder– y el discurso de la feminidad normativa⁶⁷ –vehiculado hegemónicamente por las revistas femeninas–, en cuyos términos la encendida apología épica de la experiencia de la cirugía estética podía considerarse ya naturalmente cristalizada en el sentido común. La efectiva presencia, en este contexto, de la metáfora reificada por el habla cotidiana (cuya ilustración emblemática encontramos en la exhortación a «tomar el toro por las astas») nos mostró una instancia concreta de la imaginación figurativa puesta al servicio de la *reproducción* empírica de la actualidad del control y la manipulación ejercidos sobre el cuerpo femenino. La metáfora ideológica del discurso de masas obliga a «ver» las semejan-

zas entre la facticidad «indisciplinada» de este cuerpo y la animalidad recalcitrante bajo el impulso de la fuerza natural; exigiendo luego «pensar» como necesario y deseable su sometimiento a la voluntad del «yo femenino autónomo y responsable», en cuanto agente de la normatividad cultural asistido por las fuerzas liberadoras de la ciencia y la tecnología.

El desarrollo dialéctico de nuestra argumentación, por lo demás, nos condujo a reparar en el trasfondo «patémico» —la dimensión pasional propiamente dicha de la experiencia— que una imagen ideológicamente sesgada tampoco puede dejar de distorsionar. Presa de una imaginación sociológica —digamos— *domesticada*, Davis es incapaz de concebir la «libertad» que asiste a la paciente de cirugía estética autónoma y responsable (esto es, el poder-hacer de «la agente femenina») por fuera del encuadre epistémico-normativo que trazan los supuestos concurrentes de la «metafísica de la sustancia» y la «narrativa ontológica». La *libertad del sujeto femenino*, en este marco, no puede entenderse sino como la *trascendencia del espíritu* más allá de las limitaciones impuestas por la materialidad del cuerpo; posibilidad cuya concreción institucional no sería otra que el «derecho» individual a «aprovechar las tecnologías disponibles» para reformar un parecer corporal engañoso de acuerdo al «auténtico» ser subjetivo interior. En el mismo sentido, el «sufrimiento» presente y el «placer» proyectado de la virtual paciente de cirugía estética resultan ininteligibles por fuera de la economía libidinal y simbólica del falogocentrismo, vale decir, de la matriz patriarcal de la heterosexualidad obligatoria. Toda vez que profiere la alabanza de la mujer que se imagina a sí misma llevando su deseo de transformación física de la «fantasía» a la «realidad» —el panegírico de «la agente femenina» que se representa tratando de *liquidar quirúrgicamente su carencia*—, el texto de Davis no ha hecho otra cosa que contribuir a la reproducción del mismo contexto ideológico responsable de la *generalización del sentimiento de carencia*, convirtiendo a todo sujeto femenino «normal» en una paciente de cirugía estética potencial.

El enfoque semiótico del problema de la modalización nos brinda una oportuna aproximación a las razones de semejante estrechamiento ideológico de la mirada. La neutralización del potencial de interpelación crítica de la ficción que comporta la construcción

«pacificante» de «la agente femenina» se explicaría, en este sentido, a partir del énfasis excluyente sobre el *saber* y el *poder*, considerados como las competencias modales necesarias para actualizar el programa narrativo que la atribución de la modalidad «autonomizante» del *querer* ha virtualizado. Un revelador paralelismo puede trazarse, nuevamente, respecto al propio derrotero teórico de la semiótica estructuralista. Puesta a desentrañar los fundamentos de lo que llegó a describirse como «el armazón modal del sentido», esta enfrentó el desafío de establecer un ordenamiento jerárquico en la conceptualización de las modalidades canónicas (Bertrand, 2009).

De entrada, el anclaje teórico en el proyecto de la gramática narrativa erigió al *querer* –categóricamente desdoblado en su manifestación entre las figuras sensibles del «deseo» y el «temor»– como el valor modal primordial para la intelección del sentido discursivamente articulado. Sin embargo, el giro hacia la dimensión pasional –y la consecuente apertura a las aportaciones conceptuales de la fenomenología de la corporeidad– conllevaron también un replanteo de tal jerarquía, posicionando en el lugar de privilegio a una modalidad que había permanecido desatendida desde la perspectiva de la sintaxis narrativa elemental. El *creer*, en efecto, se convirtió entonces en el valor modal determinante de las «precondiciones» de la significación (fundamento de la «fiducia» que hace posible el *sentir mínimo* de la valencia), asumido en el marco del recorrido generativo como modalidad «potencializante». Y la retórica desplazó a la lógica, en fin, como disciplina modelo para el desciframiento de la organización semiótica del universo inteligible.

La fijación de la creencia es, por cierto, la función de la ideología, y la denegación de su carácter ideológico, la evidencia innegable de que ella se ha consumado con éxito. Reivindicando *el querer autónomo y responsable* de la mujer individual (comprometida con el proyecto «activo» y «sapiente» de transformación corporal que le procurará la satisfacción de participar de «los placeres de la feminidad»), el discurso «postfeminista» celebratorio de la «agencia femenina» terminó legitimando *el creer coercitivo y disciplinante* que está en el origen del «descontento con el cuerpo» de las mujeres en general. Es el análisis del texto de Pasik el que nos ha permitido argumentar la consumación exitosa de tal trayectoria ideológica.

Vimos, a propósito, que los múltiples «dilemas» que según el texto de Macgregor deparaba, durante la década del 70, la «cirugía cosmética» (tanto para los «calificados» cirujanos plásticos que se veían obligados a desviar tiempo y energía a un interés tan «trivial», cuanto para el estudioso en ciencias sociales dispuesto a desentrañar el sentido de una práctica tan extravagante), se redujeron ya, durante la década del 90, al solo y único «dilema» que, según el texto de Davis (1995), ella plantea a ojos de una socióloga feminista, vale decir, «¿por qué las mujeres desean y deciden someterse a una práctica que es tan peligrosa como opresiva?» (p. 163). Ahora podemos advertir que, en el presente, este ha sido definitivamente zanjado. Es la inferencia que nos es dado extraer, en efecto, del subtítulo con que el texto de Pasik (2010) da comienzo a la penúltima de sus «escenas»: a saber, «La encrucijada no es tal» (p. 215). Vemos en la declarada obsolescencia de la cirugía estética como «dilema» para una conciencia informada por «principios» y «convicciones» feministas, un testimonio de la propia efectividad del dispositivo, materializada en cuanto tal en la experiencia en cuyo reconocimiento se plasma la transformación de la identidad subjetiva de la misma narradora:

Meterme o no en un quirófano, a esta altura, ya pasa más por el temor infantil al escalpelo que por una postura social, moral, ideológica. Tantas voces en la cabeza, tanto para pensar sobre este tema, me hizo bien. Y mal. O sea. Hoy ya no soy yo. Soy otra diferente a la que fui (Pasik, 2010: 216).

Así las cosas, la conciencia atormentada de polifonía de la narradora encuentra, pocas líneas más abajo, una liberadora exteriorización textual. Bajo el subtítulo «Quién puede operarse», procurará responder a la cuestión de marras a través de una puesta en escena dialógica, montada con las voces directamente referidas de tres cirujanos plásticos –y de sí misma, como otra–.

El texto cede sucesivamente la palabra, en primer término, a una dupla de renombrados profesionales argentinos, citados regularmente, por cierto, a lo largo de todo su desarrollo, y presentados en un comienzo como «los *Nip/Tuck* locales» (Pasik, 2010: 216) –en referencia al exitoso drama televisivo emitido globalmente entre 2003 y 2010, centrado en los avatares de sus dos personajes principales,

los excéntricos cirujanos plásticos Sean McNamara y Christian Troy, cuya controvertida práctica se desplaza, conforme avanza la trama del programa, del tropicalismo ostentoso de las playas de Miami a esa metrópoli donde millones purgan sus aspiraciones estelares, Los Ángeles-. La réplica argentina, para el caso, no es otra que la también televisiva pareja de los doctores Diego Schavelzon y Guillermo Blugerman⁶⁸.

Comienza pues la reveladora sucesión polifónica, destinada a esclarecer quién está en condiciones de considerarse, en efecto, un paciente de cirugía estética potencial:

De la charla con el doctor Schavelzon: «Hace poco vino una chica en silla de ruedas, cuadripléjica, que quiere ponerse implantes mamarios. Tiene 18 años. Lo hablamos con el anestesista y dijo que no había problema, así que en algún momento la operaremos» (Pasik, 2010: 217).

Prueba elocuente de cuánto ha evolucionado la sensibilidad moral de la sociedad desde la década del 70: hoy en día también el cirujano plástico que realiza el aumento mamario se erige como un indiscutido dechado de compasión. Toda vez que se lo ha reconocido en su calidad de remedio para la crisis de la identidad adolescente, dicho procedimiento conlleva beneficios que ya nadie ha de menospreciar como meramente «cosméticos», viendo en su realización, antes bien, la posibilidad ahora indiscriminadamente concedida a cualquier mujer de disfrutar sin problemas de los roles de la sexualidad femenina adulta.

De inmediato, la voz del segundo cirujano citado prosigue la misma vena compasiva de su socio:

De la charla con el doctor Blugerman: «El otro día vino un paciente que trabajaba en una gran editorial y hace años perdió los dos brazos en una rotativa. Desde entonces usa brazos ortopédicos. Y ahora quiere hacerse un lifting» (Pasik, 2010: 217).

Testimonio, nuevamente, del inestimable aporte a la apertura mental generalizada que la labor de los cirujanos plásticos ha contri-

buido en el curso de las últimas décadas. La naturalidad en el tono de este enunciado –por contraste al destemplado lamento con que Margaret Mead deploraba, en la introducción al texto de Macgregor, que la sociedad fuera incapaz de «lidiar con caras reconstruidas tan fácilmente como lidia con brazos y piernas ortopédicos» (1974: xiv)– da cuenta de que, al cabo de 40 años, hemos aprendido, al fin, a aceptar a la cirugía estética con tanta facilidad como a cualquier otra intervención médica para reformar el cuerpo malogrado.

Y en tercer lugar, nuestro favorito, un cirujano desde cuya iluminada perspectiva el deseo femenino de optimización quirúrgica emerge inequívocamente naturalizado, fundado en la firme base de una determinada creencia incuestionable:

De la charla con el doctor Pedro: «Al que le gusta verse bien y ve que hay cosas para hacer al respecto, las va sumando. Es como si fueras a comprarte un vestido y de pronto hay un par de zapatos que hacen juego. Los vas a querer» (Pasik, 2010: 217).

El creer incuestionado que ideológicamente sustenta un querer naturalizado no es otro que la hipostatizada pertenencia a sí mismo del individuo, noción a su vez consustancial a la concepción mercantilmente reificada del cuerpo femenino. Será pues la voz referida de la propia narradora –enunciación expresiva del yo femenino en cuanto paciente potencial– la que remate esta puesta en escena dialógica, decretando la incontestable legitimidad del deseo autónomo y responsable de la paciente virtual:

De mi cuaderno de notas: «Obviamente que el tema no es si una mujer se tiene o no que hacer la cirugía estética. Es evidente, a esta altura del libro y de la investigación, que la respuesta es sí, si desea hacerlo, lo mejor es que lo haga» (Pasik, 2010: 217).

Una conclusión tan categórica, enunciada sin ningún perjuicio de los propios «principios» y «convicciones», pone en evidencia cuánto más en sintonía con su presente –pero sobre todo con las tendencias culturales que perfilarían su porvenir inmediato– se halla-

ba la postura sociológica de Davis respecto a la de sus colegas feministas de inspiración foucaultiana, críticas estas de los patrones sistémicos opresivos del «proyecto disciplinario de la feminidad». Solo desde aquella postura podía presentirse, en efecto, que el «dilema» de la cirugía estética dejaría de ser tal a la luz de la cuestión de la «agencia femenina», es decir, una vez que se lo abordara «en el contexto de la experiencia corpórea de la mujer individual», y se aceptara, por consiguiente, que «aunque la decisión no se toma a la ligera, y, de hecho, permanece problemática, puede ser el mejor curso de acción...» (Davis, 1995: 163).

Ironías al margen, concluimos remarcando que no se trata de criticar el querer de la mujer individual, desde luego, sino el creer cultural que convierte al objeto de ese querer en un valor —y a su ausencia, pues, en una carencia— *sentidos* como tales, induciendo a las mujeres en general a imaginarse como pacientes de cirugía estética potenciales. Semejante crítica habrá pues de desarrollarse en el mismo plano de la potencialidad, por cuanto consistirá en imaginar nuevas metáforas, distintas a aquellas que decretan la transparente e inobjetable semejanza entre la corporeidad femenina «indisciplinada» y una naturaleza desbocada necesitada del debido sojuzgamiento. Esto supone encarar el desafío de concebir imágenes innovadoras, de construir ficciones no «pacíficas», capaces, justamente, de *poner en crisis la creencia* que postula a la cirugía estética como un heroico acto de autoafirmación y autoexpresión subjetiva del núcleo «auténtico» de la identidad, y al cuerpo femenino como una mercancía cuyo destino estratégico —una vez disciplinado— ha de ser naturalmente la valorización instrumental.

Tal como hemos procurado argumentar a lo largo de esta investigación, sostenidos en los resultados del análisis textual, la cirugía estética se consagró —en el curso del último cuarto del siglo pasado— como un dispositivo normalizador de la subjetividad femenina. Semejante proceso histórico pudo consumarse cuando la racionalidad discursiva de esta particular práctica médica consiguió abjurar definitivamente de la odiosa discriminación entre pacientes reestructivos (aquejados de problemas físicos genuinos, y dotados además de un «coraje» admirable), y pacientes con necesidades meramente «cosméticas» (a quienes se concedía, en el mejor de los casos,

un interés psicológico por sosegar su narcisismo exacerbado). Una vez que hubo alcanzado reconocimiento social el considerable grado de «valentía» que la decisión de someterse a un aumento mamario –tanto como a una operación reconstructiva– exigía, quedaron establecidas las condiciones ideológicas de posibilidad para legitimar a la cirugía estética en cuanto tecnología de género individualizadora. Esta se consolidó entonces como un conjunto de prácticas y representaciones instrumentalmente subordinadas a un fin normativamente sancionado: a saber, *el proyecto autónomo y responsable de alterar el parecer corporal exterior con arreglo al ser subjetivo interior de cada mujer individual*.

Así las cosas, advertimos que, en sus páginas postreras, el texto de Pasik no deja de articular –con característica desaprensión respecto a las fuentes de las premisas fácticas invocadas– un cierto diagnóstico y evaluación de los patrones de género tradicionalmente establecidos para el funcionamiento del dispositivo, cuya lectura sugeriría el despuntar de un nuevo horizonte para su devenir histórico:

Según la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica, que alcanza a 42 países, el grueso de pacientes todavía son mujeres, pero los hombres cada vez parecen más dispuestos a operarse para mejorar su apariencia. Según el último sondeo realizado, en la Argentina dos de cada 10 personas que se hacen estética son hombres, cuando la cifra llegaba sólo al 13 por ciento total hace tres años. Bastante más valientes que en el resto de América latina, donde los varones que se hacen cirugías estéticas representan el 11 (Pasik, 2010: 239-240).

Alertamos, en fin, contra el porvenir proyectado para el dispositivo: la normalización quirúrgica de la subjetividad masculina, propósito deseado –de manera, va de suyo, *autónoma y responsable*– por mor del «valor» y el «coraje». Si pretendemos evitar que tal prognosis se concrete, los hombres argentinos deberemos concebir nuevas formas de entender la relación entre el yo y el cuerpo masculino; antes de precipitarnos a la realización de la cirugía estética, deberemos proyectar imágenes innovadoras, susceptibles de poner en crisis la deseabilidad de tal programa, así como –fundamentalmente– la razonabilidad del *sentimiento de carencia* en que arraiga su necesaria

motivación pasional. A tales efectos, será necesario usar la imaginación, pero en un sentido siempre «desviado», no normativo. La imaginación solo vale, por cierto, en la medida en que sea indócil e indisciplinada, en una palabra —si se quiere—, *subversiva*.

Notas

⁶⁵ Esta aproximación está desarrollada en los dos capítulos finales de la tesis de doctorado, los cuales debieron ser suprimidos de esta edición publicada por cuestiones de espacio.

⁶⁶ La referencia es a la novela *The life and loves of a she-devil*, de la escritora estadounidense Fay Weldon, cuyo análisis desarrollamos en uno de los capítulos suprimidos de esta edición. La novela narra la historia de una mujer que se somete a una serie de cirugías plásticas para reformar radicalmente su apariencia física, con el propósito de reconquistar a su ex marido. En términos narratológicos, es una clara ilustración de un «programa narrativo de venganza».

⁶⁷ Dicha aproximación también fue desarrollada en los dos últimos capítulos de la tesis, suprimidos de esta edición. En esos capítulos trascendimos el análisis de nuestros tres textos de referencia, para abordar la representación de la cirugía estética en la prensa gráfica femenina.

⁶⁸ Si bien, desde luego, el paralelismo con McNamara y Troy comporta una fundamental divergencia en el género mediático, tal como apunta el mismo texto, Blugerman y Schavelzon se han vuelto «famosos por su protagonismo en el programa *«Transformaciones»*, adaptación argentina del *reality show* de origen estadounidense *Extreme Makeover*.

Bibliografía

- American Society of Plastic Surgeons (2013). «Plastic Surgery Statistics Report». [En línea] www.plasticsurgery.org
- Bajtín, Mijaíl (2002). «El problema del texto en la lingüística, la filología y otras ciencias humanas. Ensayo de análisis filosófico». En M. Bajtín, *Estética de la creación verbal* (pp. 294-323). Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Balsamo, Anne (1996). *Technologies of the Gendered Body. Reading Cyborg Women*. Durham: Duke University Press.
- Bartky, Sandra L. (1990). *Femininity and Domination. Studies in the Phenomenology of Oppression*. New York: Routledge.
- Bertrand, Denis (2009). «Croyance et Simulacre». *Actes du colloque «Modalités du croire: croyance, créanse, crédit»*, pp. 1-10. [En línea] denisbertrand.unblog.fr/textes-en-ligne/
- Blum, Virginia L. (2005). *Flesh Wounds. The Culture of Cosmetic Surgery*. Berkeley: University of California Press.
- Bordo, Susan (2009). «Twenty Years in the Twilight Zone». En C. Heyes y M. Jones (Eds.), *Cosmetic Surgery. A Feminist Primer* (pp. 21-33). Farnham: Ashgate Publishing.
- Bourdieu, Pierre (1998). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Braun, Virginia (2009). «Selling the 'Perfect' Vulva». En C. Heyes y M. Jones (Eds.), *Cosmetic Surgery. A Feminist Primer* (pp. 133-49). Farnham: Ashgate Publishing.
- Brooks, Abigail (2004). «'Under the Knife and Proud of It': An Analysis of the Normalization of Cosmetic Surgery». *Critical Sociology*, 30 (2), 207-239.

- Canguilhem, Georges (1978). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Davis, Kathy (1995). *Reshaping the Female Body. The Dilemma of Cosmetic Surgery*. New York: Routledge.
- Davis, Kathy (2003a). «Surgical Stories: Constructing the Body, Constructing the Self». En K. Davis, *Dubious Equalities & Embodied Differences. Cultural Studies on Cosmetic Surgery* (pp. 73-85). Lanham: Rowman & Littlefiels Publishers.
- Davis, Kathy (2003b). «Surgical Passing: Why Michael Jackson's Nose Makes 'Us' Uneasy». En K. Davis, *Dubious Equalities & Embodied Differences. Cultural Studies on Cosmetic Surgery* (pp. 87-103). Lanham: Rowman & Littlefiels Publishers.
- Edmonds, Alexander (2009). «'Engineering the Erotic': Aesthetic Medicine and Modernization in Brazil». En Cressida Heyes y Meredith Jones (Eds.), *Cosmetic Surgery. A Feminist Primer* (pp. 153-69). Farnham: Ashgate Publishing.
- Erikson, Erik (1980). *Identity and the Life Cycle I*. New York: Norton & Company.
- Foucault, Michel (1995). «Nietzsche, la Genealogía, la Historia». En Oscar Terán (Comp.), *Discurso, poder y subjetividad* (pp. 71-95). Buenos Aires: Ediciones El Cielo Por Asalto.
- Foucault, Michel (2002a). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Foucault, Michel (2002b). *Historia de la sexualidad 1: La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Foucault, Michel (2003). *Historia de la sexualidad 2: El uso de los placeres*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Foucault, Michel (2007). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fraser, Nancy (1987). «Women, Welfare and the Politics of Need Interpretation». *Thesis Eleven*, 17, 88-106.
- Giddens, Anthony (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Editorial Alianza.

- Giddens, Anthony (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Ediciones Península.
- Gilman, Sander L. (1998). *Creating Beauty to Cure the Soul. Race and Psychology in the Shaping of Aesthetic Surgery*. Durham: Duke University Press.
- Gilman, Sander L. (2001). *Making the Body Beautiful. A Cultural History of Aesthetic Surgery*. Princeton: Princeton University Press.
- Greimas, Algirdas (1987). *Semántica estructural. Investigación metodológica*. Madrid: Editorial Gredos.
- Greimas, Algirdas y Courtés, Joseph (1982). *Semiótica I. Diccionario razonado de la teoría del lenguaje*. Madrid: Gredos.
- Greimas, Algirdas y Fontanille, Jacques (2002). *Semiótica de las pasiones. De los estados de cosas a los estados de ánimo*. México DF: Siglo XXI editores.
- Greimas, Algirdas y Rastier, François (1968). «The Interaction of Semiotic Constraints». *Yale French Studies*, 41, 86-105.
- Gurley, George (2003). «My Vagina Monologue». *New York Observer*, 26/10, 2, [En línea] www.observer.com/2003/10/my-vagina-monologue/
- Haiken, Elizabeth (1997). *Venus Envy. A History of Cosmetic Surgery*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Haraway, Donna (1999). «Las promesas de los monstruos: Una política regeneradora para otro inapropiados/bles». *Política y Sociedad*, 30, 121-163.
- Herman-Giddens, Marcia; Slora, Eric; Wasserman, Richard; Bourdony, Carlos; Bhapkar, Manju; Koch, Gary; Hasemeier, Cynthia (1997). «Secondary Sexual Characteristics and Menses in Young Girls Seen in Office Practice: A Study from the Pediatric Research in Office Settings Network». *Pediatrics*, 99 (4), 505-512.
- Heyes, Cressida (2007). *Self-Transformations. Foucault, Ethics, and Normalized Bodies*. New York: Oxford University Press.

- International Society of Aesthetic Plastic Surgery (2011). «International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2010». [En línea] www.isaps.org
- Jameson, Fredric (1972). *The Prison-house of Language: A Critical Account of Structuralism and Russian Formalism*. Princeton University Press.
- Jameson, Fredric (1981). *The Political Unconscious: Narrative as Socially Symbolic Act*. Ithaca: Cornell University Press.
- Jones, Meredith (2008). *Skintight. An Anatomy of Cosmetic Surgery*. New York: Berg Publishers.
- Jones, Meredith (2009). «Pygmalion's Many Faces». En C. Heyes y M. Jones (Eds.), *Cosmetic Surgery. A Feminist Primer* (pp. 171-89). Farnham: Ashgate Publishing.
- Kaw, Eugenia (1993). «Medicalization of Racial Features: Asian American Women and Cosmetic Surgery». *Medical Anthropology Quarterly*, 7 (1), 74-89.
- Kuczynski, Alex (2006). *Beauty Junkies. Inside Our \$15 Billion Obsession with Cosmetic Surgery*. New York: Doubleday.
- Lachapelle, Tara (2013). «Botox Gets \$10 Billion Cheaper for Allergan Bidders: Real M&A». *Blumberg Businessweek*. [En línea] <https://www.bloomberg.com/news/articles/2013-07-08/botox-gets-10-billion-cheaper-for-acquirers-real-m-a> [Consulta: 02/01/2014]
- Le Breton, David (2010). *Rostros. Ensayo de antropología*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Lenoir, Thimoty (1994). «Was that Last Turn a Right Turn? The Semiotic Turn and A. J. Greimas». *Configurations*, 2, 119-36.
- Lipovetsky, Gilles (1999). *La tercera mujer. Permanencia y revolución de lo femenino*. Barcelona: Anagrama.
- Lotman, Iuri (1996). *La semiósfera I*. Madrid: Cátedra.
- Macgregor, Frances C. (1974). *Transformation and Identity. The Face and Plastic Surgery*. Nueva York: Quadrangle/The New York Times Book Company.
- Marcia, James (1980). «Identity in Adolescence». En J. Adelson (Ed.),

- Handbook of Adolescent Psychology* (pp. 159-187). New York: Wiley & Sons.
- Morgan, Kathryn Pauly (2009). «Women and the Knife: Cosmetic Surgery and the Colonization of Women's Bodies». En C. Heyes y M. Jones (Eds.), *Cosmetic Surgery. A Feminist Primer* (pp. 49-77). Farnham: Ashgate Publishing.
- Muñiz, Elsa (2010). *Transformaciones corporales: La etnocirugía*. Barcelona: Editorial OUC.
- Pasik, Daniela (2010). *Hacerse. El viaje de una mujer en busca de la cirugía perfecta*. Buenos Aires: Grijalbo.
- Pitts-Taylor, Victoria (2007). *Surgery Junkies. Wellness and Pathology in Cosmetic Culture*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Ricœur, Paul (1978). «The Metaphorical Process as Cognition, Imagination, and Feeling». *Critical Inquiry*, 5 (1), 143-159.
- Rose, Nikolas (1998). *Inventing our selves. Psychology, power, and personhood*. Cambridge: University Press.
- Rose, Nikolas (2001). «The Politics of Life Itself». *Theory, Culture and Society*, 18 (6), 1-30.
- Sociedad Argentina de Pediatría (2001). *Guías para la evaluación del crecimiento*. Buenos Aires: Ideográfica.
- Sullivan, Deborah (2001). *Cosmetic Surgery: The Cutting Edge of Commercial Medicine in America*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Tiefer, Leonor (2008). «Female Genital Cosmetic Surgery: Freakish or Inevitable?». *Feminism & Psychology*, 18 (4), 466-479.
- Vigarello, Georges (2009). *Historia de la belleza. El cuerpo y el arte de embellecer desde el Renacimiento hasta nuestros días*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Weldon, Fay (1983). *The Life and Loves of a She-Devil*. New York: The Random House Publishing.
- Wolf, Naomi (1990). *The Beauty Myth. How Images of Beauty Are Used Against Women*. London: Vintage.
- Young, Iris Marion (1990). «Women and the Welfare State». En I.M. Young, *Throwing Like a Girl and Other Essays in Feminist Phi-*

osophy and Social Theory (pp. 62-67). Indianapolis: Indiana University Press.

Zizek, Slavoj (2003). *El sublime objeto de la ideología*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Colección Tesis

Títulos publicados

Educación y construcción de ciudadanía. Estudio de caso en una escuela de nivel medio de la ciudad de Córdoba, 2007-2008

Georgia E. Blanas

Biocombustibles argentinos: ¿oportunidad o amenaza? La exportación de biocombustibles y sus implicancias políticas, económicas y sociales. El caso argentino

Mónica Buraschi

El foro virtual como recurso integrado a estrategias didácticas para el aprendizaje significativo

María Teresa Garibay

Género y trabajo: Mujeres en el Poder Judicial

María Eugenia Gastiazoro

Luchas, derechos y justicia en clínicas de salud recuperadas

Lucía Gavernet

La colectividad coreana y sus modos de incorporación en el contexto de la ciudad de Córdoba. Un estudio de casos realizado en el año 2005

Carmen Cecilia González

Transformaciones sindicales y pedagógicas en la década del cincuen-

ta. Del ocaso de la AMPC a la emergencia de UEPC
Gonzalo Gutiérrez

«Me quiere... mucho, poquito, nada...». Construcciones socioafectivas entre estudiantes de escuela secundaria
Guadalupe Molina

Estrategias discursivas emergentes y organizaciones intersectoriales.
Caso *Ningún Hogar Pobre en Argentina*
Mariana Jesús Ortecho

El par conceptual pueblo - multitud en la teoría política de Thomas Hobbes
Marcela Rosales

Vacilaciones del género. Construcción de identidades en revistas femeninas
María Magdalena Uzín

Literatura / enfermedad. Escrituras sobre sida en América Latina
Alicia Vaggione

El bloquismo en San Juan: Presencia y participación en la transición democrática (1980-1985)
María Mónica Veramendi Pont

«Se vamo' a la de dios». Migración y trabajo en la reproducción social de familias bolivianas hortícolas en el Alto Valle del Río Negro
Ana María Ciarallo

La política migratoria colombiana en el período 2002-2010: el programa Colombia Nos Une (CNU)
Janneth Karime Clavijo Padilla

Radios, música de cuarteto y sectores populares. Análisis de casos. Córdoba 2010-2011
Enrique Santiago Martínez Luque

Soberanía popular y derecho. Ontologías del consenso y del conflicto en la construcción de la norma

Santiago José Polop

Cambios en los patrones de segregación residencial socioeconómica en la ciudad de Córdoba. Años 1991, 2001 y 2008

Florencia Molinatti

Seguridad, violencia y medios. Un estado de la cuestión a partir de la articulación entre comunicación y ciudadanía

Susana M. Morales

Reproducción alimentaria-nutricional de las familias de Villa La Tela, Córdoba

Juliana Huergo

Witoldo y sus otros yo. Consideraciones acerca del sujeto textual y social en la novelística de Witold Gombrowicz

Cristian Cardozo

Enseñar Tecnología con TIC: Saberes y formación docente

María Eugenia Danieli

De vida o muerte. Patriarcado, heteronormatividad y el discurso de la vida del activismo «Pro-Vida» en la Argentina

José Manuel Morán Faúndes

Lógica del riesgo y patrón de desarrollo sustentable en América Latina. Políticas de gestión ambientalmente adecuada de residuos peligrosos en la ciudad de Córdoba (1991-2011)

Jorge Gabriel Foa Torres

El neoliberalismo cordobés. La trayectoria identitaria del peronismo provincial entre 1987 y 2003

Juan Manuel Reynares

Marxismo y Derechos Humanos: el planteo clásico y la revisión pos-marxista de Claude Lefort

Matías Cristobo

El software libre y su difusión en la Argentina. Aproximación desde la sociología de los movimientos sociales

Agustín Zanotti

Democracia radical en Habermas y Mouffé: el pensamiento político entre consenso y conflicto

Julián González

Las formas de hacer política en las elecciones municipales 2007 de Villa del Rosario

Edgardo Julio Rivarola

La integración de la Región Norte de San Juan y la IV Región de Chile (La Serena y Coquimbo)

Laura Agüero Balmaceda

El Partido Nuevo de Córdoba. Origen e institucionalización (2003-2011)

Virginia Tomassini

El turno noche: tensiones y desafíos ante la desigualdad en la escuela secundaria.

Estudio etnográfico en una escuela de la provincia de Córdoba

Adriana Bosio

«No era solo una campaña de alfabetización». Las huellas de la CREAM en Córdoba

Mariana A. Tosolini

Estrategias de organización político-gremial de secundarios/as: prácticas políticas y ciudadanía en la escuela

Gabriela Beatriz Rotondi

¿Qué es la escuela secundaria para sus jóvenes? Un estudio sociohermenéutico sobre sentidos situados en disímiles condiciones de vida y escolaridad

Florencia D'Aloisio