

CIRUGÍA ESTÉTICA: ¿CUERPOS A MEDIDA?
TENSIONES ENTRE AUTONOMÍA EXPERTA
Y EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES EN
LA CIRUGÍA PLÁSTICA ARGENTINA DE
LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

*CIRURGIA ESTÉTICA: CORPOS FEITOS SOB
MEDIDA? TENSÕES ENTRE A AUTONOMIA
DO ESPECIALISTA E AS EXPECTATIVAS DO
PACIENTE NA CIRURGIA PLÁSTICA ARGENTINA
NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX*

*AESTHETIC SURGERY: CUSTOM-MADE
BODIES? TENSIONS BETWEEN EXPERT
AUTONOMY AND PATIENT EXPECTATIONS
IN ARGENTINE PLASTIC SURGERY IN THE
FIRST HALF OF THE 20TH CENTURY*

*Molina JOAQUÍN**

RESUMEN: Los cirujanos estéticos lidian con pacientes que disponen de expectativas estéticas y que pueden evaluar el resultado de la operación con un golpe de vista. Partiendo de esta premisa, este artículo se propone analizar una serie de publicaciones médicas argentinas sobre rinoplastias de la primera mitad del siglo XX con el objeto de identificar las prácticas, dispositivos y rutinas ideadas por estos profesionales para gestionar las expectativas de los candidatos a la operación. El artículo se organiza en cuatro partes, que dan cuenta de distintas instancias de la interacción médico-paciente: el examen diagnóstico y la indicación quirúrgica; la evaluación psicológica de los pacientes; la “verdad” y la “mentira” en las consultas prequirúrgicas; y el lugar de la fotografía médica en el diagnóstico, la proyección y

* Doutor em Sociologia. UNSAM-Universidad Nacional de San Martín. Buenos Aires - Argentina / EHESS-École des Hautes Études en Sciences Sociales. París - França. Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-5416-8210>. Contato: joaquin_molina86@hotmail.com.

la evaluación de resultados. El artículo despliega un enfoque original al abordar un objeto de estudio que ha sido escasamente explorado desde una perspectiva histórica.

PALABRAS CLAVE: Cirugía estética. Argentina. Primera mitad del siglo XX. Relación médico-paciente.

RESUMO: *Os cirurgiões cosméticos lidam com pacientes que têm expectativas estéticas e que podem avaliar o resultado da operação em um piscar de olhos. Com base nessa premissa, este artigo tem como objetivo analisar uma série de publicações médicas argentinas sobre rinoplastia da primeira metade do século XX, a fim de identificar as práticas, os dispositivos e as rotinas elaboradas por esses profissionais para gerenciar as expectativas dos candidatos à operação. O artigo está organizado em quatro partes, que abrangem diferentes instâncias da interação médico-paciente: o exame diagnóstico e a indicação cirúrgica; a avaliação psicológica dos pacientes; a “verdade” e a “mentira” nas consultas pré-cirúrgicas; e o lugar da fotografia médica no diagnóstico, na projeção e na avaliação dos resultados. O artigo emprega uma abordagem original ao tratar de um objeto de estudo que tem sido pouco explorado em uma perspectiva histórica.*

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia cosmética. Argentina. Primeira metade do século XX. Relação médico-paciente.

ABSTRACT: *Aesthetic surgeons deal with patients who have aesthetic expectations and who can evaluate the result of the operation at a glance. Starting from this premise, this article sets out to analyze a series of Argentine medical publications on rhinoplasty from the first half of the 20th century with the aim of identifying the practices, devices and routines devised by these professionals to manage the expectations of candidates for the operation. The article is organized in four parts, which account for different instances of doctor-patient interaction: the diagnostic examination and surgical indication; the psychological evaluation of patients; the “truth” and the “lie” in pre-surgical consultations; and the place of medical photography in the diagnosis, projection and evaluation of results. The article deploys an original approach by addressing an object of study that has been scarcely explored from a historical perspective.*

KEY WORDS: *Aesthetic surgery. Argentina. First half of the 20th century. Physician-patient relationship.*

Introducción

En *Anecdotario de un cirujano plástico* (1972), el médico argentino Ernesto Malbec rememora distintas situaciones dramáticas y cómicas que se le presentaron a lo largo de su carrera en el ejercicio de la cirugía estética. En una de estas breves narrativas señala que se encontraba en el quirófano a punto de iniciar una rinoplastia (cirugía de nariz) en una joven de 20 años, cuando una enfermera se aproximó a su lado para informarle que el padre de la paciente lo requería urgentemente. Creyendo que se trataba de un asunto de gravedad, fue a su encuentro. Sin embargo, ante la mirada atónita de Malbec, el hombre sacó cuatro fotografías que había escogido de distintas revistas e inquirió acerca de cuál de esos cuatro modelos de nariz era el mejor para hacerle a su hija. Inmediatamente, y sin esperar respuesta, se apresuró a explicitar su demanda: “Yo creo que es ésta. Es, por lo menos, la que a mí más me agrada. Yo le pido entonces, por favor, que le haga a mi hija una nariz exactamente igual”. Como corolario de este relato, Malbec finaliza con la siguiente reflexión: “El hombre quizás suponía que las narices se hacían como los soldaditos de plomo, a molde y por encargo” (MALBEC, 1972, p. 137-138).

En apariencia cómico e intrascendente, el relato revela las tensiones que enfrentan los cirujanos estéticos. Estos deben lidiar con pacientes que tienen una definición previa de su problema, expectativas sobre el cambio que desean y la capacidad de evaluar el resultado de la intervención con un golpe de vista. En este artículo, me propongo realizar una lectura de las publicaciones médicas argentinas sobre cirugía plástica de la primera mitad del siglo XX con el objetivo de identificar las prácticas, dispositivos y rutinas ideadas por estos profesionales para lidiar con el deseo de cambio estético de los candidatos a la operación. Me focalizo en la literatura de la primera mitad del siglo pasado, en la medida en que durante este período emerge y se institucionaliza la especialidad en Argentina. Asimismo, cabe destacar que el corpus empírico analizado versa sobre rinoplastias, en tanto constituía el procedimiento más realizado durante la etapa mencionada.

El artículo se organiza en cuatro partes, cada una de las cuales da cuenta de distintas instancias de la interacción médico-paciente en cirugía estética. La primera sección analiza las prácticas de examen, diagnóstico e indicación quirúrgica presente en la literatura médica de la primera mitad del siglo XX. Según veremos, lejos de aspirar a la producción de cuerpo en serie, el material examinado deja entrever la importancia del examen caso por caso y de realizar correcciones locales que armonicen con el resto de los rasgos que presenta el paciente. La segunda sección aborda el proceso de categorización y selección “psicológica” de los candidatos, plasmado en una serie de advertencias y recomendaciones que contribuyen a que los cirujanos plásticos puedan distinguir a los “buenos” de los “malos” los candidatos a la cirugía estética. La tercera toma por objeto las prácticas orientadas a modular

las expectativas de los operados, destacando el lugar central de la “verdad” y la “mentira” en las consultas prequirúrgicas. Al cierre, indago acerca del lugar de la fotografía médica en el diagnóstico, la proyección y la evaluación de resultados en la interacción médico-paciente.

El artículo se propone desplegar un enfoque original para el abordaje de un objeto de estudio que ha sido escasamente explorado desde una perspectiva histórica. En Latinoamérica, la mayor parte de las publicaciones sobre estas prácticas médicas provienen del campo de las ciencias sociales brasileras. Salvo raras excepciones, el foco de análisis está puesto en el desenvolvimiento contemporáneo de la tensión entre estética y salud que suscitan estos procedimientos (ANTONIO, 2008; EDMONDS, 2010; JARRIN, 2017; SCHMITT y ROHDEN, 2020). A nivel internacional, algunas investigaciones provenientes de las ciencias sociales norteamericana y europea adoptan una mirada de largo plazo, estudiando el proceso de legitimación de la cirugía estética en el transcurso del siglo XX (HAIKEN, 1997; GILMAN, 1998; GUIRIMAND, 2005; BARBOT y CAILBAULT, 2010). Dichas publicaciones destacan los beneficios psicológicos y económicos que los cirujanos plásticos pretendieron imprimirles a sus prácticas para conferirles una finalidad terapéutica. Aunque se trata de contribuciones valiosas, considero que estos trabajos analizan las publicaciones médicas como justificaciones destinadas a persuadir a terceros, descuidando el carácter pedagógico de la literatura médica. Las páginas que siguen aspiran a llenar esta laguna, concibiendo el corpus empírico como un reservorio de experiencias destinado a transmitir procedimientos de examen diagnóstico y sugerencias prácticas para gestionar las demandas estéticas de los candidatos a la operación.

El examen diagnóstico del paciente

La cirugía estética suele ser problematizada por las ciencias sociales como una práctica que aspira a “normalizar” a los pacientes, modelando sus cuerpos de acuerdo a un canon de belleza dominante y homogéneo. Desde esta perspectiva, las rinoplastias constituirían el ejemplo histórico por excelencia de la imposición de un canon blanco y occidental sobre narices racialmente divergentes. Sobre este punto, destaca particularmente la obra de Gilman (1999), historiador de la cultura norteamericano que acuñó la noción de *surgical passing* para referir al modo en que la cirugía estética (especialmente de la nariz) constituyó una estrategia utilizada por las minorías étnicas y raciales para asimilarse a los patrones estéticos de los WASP (*White, Anglo-Saxon, Protestant*) en la sociedad estadounidense de principios del siglo XX. En este apartado, aspiro a mostrar que la literatura médica argentina convalida la nariz occidental y caucásica como arquetipo de perfección, pero que

esto no significa que dicho patrón se imponga indiferenciadamente a todos los individuos. Más concretamente, lejos de aspirar a la producción de cuerpos en serie, las publicaciones analizadas instan a los cirujanos a efectuar correcciones nasales que armonicen con la raza, la contextura física y la conformación general del rostro del operado.

Para comenzar a sumergirnos en esta materia, resulta interesante destacar que el examen del defecto nasal involucra distintos sentidos del experto, condiciones materiales para llevarlo a cabo y la disposición del cuerpo del paciente en diferentes posiciones. Así, según Carlos Rivas (1946), en un primer tiempo el candidato a la cirugía debe estar sentado frente al observador, con la cabeza perpendicular a los hombros y exento de rigideces que impidan la rotación necesaria para el estudio de ambos perfiles. En un segundo momento, el profesional valora el defecto en posición operatoria: el paciente acostado en decúbito dorsal, con un apoyo que proyecte su cabeza, y que mantenga en un mismo plano el mentón y la frente (RIVAS, 1956, p. 55-56).

Cada una de las posiciones de examen, permiten al cirujano apreciar el sector anatómico de la nariz en el que se asienta la irregularidad. Las irregularidades pueden ser por exceso, deficiencia y/o asimetría, y pueden afectar una o varias de las zonas anatómicas que componen el apéndice nasal. De la combinación de estos aspectos, emerge un diagnóstico para el cual se apela al uso de categorías expertas. Los esquemas de clasificación varían de un texto a otro y presentan distintos niveles de complejidad. Una de las consideraciones que saltan a la vista, es que la clasificación de los defectos nasales tiene un carácter relativo; esto es, se efectúa en relación a un modelo ideal (la “nariz normal”). Dos son las fuentes principales a partir de las cuales la literatura sobre cirugía plástica construye este modelo: el arte y la biotipología. En línea ello, no es casual que el profesional argentino Juan Andrés Codazzi Aguirre señale que al cirujano estético “[las] condiciones de médico cirujano, de biotipologista y anatomista artístico, le han de ser ampliamente exigidas.” (CODAZZI AGUIRRE, 1938, p. 28).

Dicho patrón de belleza encuentra expresión práctica en la difusión de procedimientos orientados a medir el apéndice nasal del paciente. Dichos procedimientos consisten en el estudio de los ángulos del perfil facial, tales como el ángulo fronto-nasal, el ángulo naso-labial y el ángulo dorso nasal o ángulo de perfil estético. En este marco, la nariz ideal es definida geométricamente tomando como pauta de referencia los cánones de belleza provistos por el arte clásico. Veamos algunos ejemplos. Según el cirujano argentino Palacio Posse “la venus de Milo tiene un ángulo estético de perfil de $27^{\circ} \frac{1}{2}$ ”, proponiendo para mensurarlo el uso del perfilómetro ideado por el médico alemán Jacques Joseph (PALACIO POSSE, 1946, p. 31) (Figura 1). Por su parte, Viale del Carril afirma que el ángulo fronto-nasal “es considerado desde Da Vinci, como signo importante de armonía fisonómica, siendo

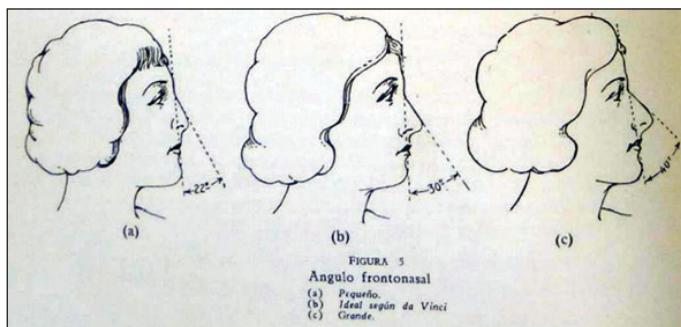
su abertura ideal de 30°". Para demostrar la relevancia de esta medida, el cirujano reproduce una ilustración (Figura 2) en la que exhibe los "grandes cambios en las características del perfil" producidos a partir de variaciones de pocos grados (VIALE DEL CARRIL, 1935, p. 25).

Ilustración 1 – Perfilómetro de Jacques Joseph



Fuente: Forero, 1929, p. 29.

Ilustración 2 – Desviaciones del ángulo frontonasal en relación al canon establecido por da Vinci



Fuente: Viale del Carril, 1935, p. 24.

Según lo que hemos visto hasta aquí, los cirujanos estéticos no serían más que productores en serie de cuerpos ideales. Solo que, en lugar de apelar a la moda cambiante de la cultura popular, realizarían modificaciones plásticas con arreglo a modelos de belleza supuestamente eternos e inmutables provistos por el arte clásico. El mismo aserto sería válido para la biotipología, cuya sola mención remite inmediatamente al predominio de un canon blanco y occidental como patrón de referencia de estas prácticas (VALLEJO, 2004). Sin embargo, según la literatura

médica de la primera mitad del siglo XX, el examen y modificación de los defectos nasales debería realizarse en “armonía” con las particularidades raciales, físicas y fisonómicas de cada paciente.

En lo que refiere a las características raciales, Juan Andrés Codazzi Aguirre señala que “la Cirugía Estética, dentro de cada tipo de belleza corporal en las respectivas razas y en la medida de lo relativo, corrige, rectifica las deformidades” (CODAZZI AGUIRRE, 1938: 37). El argentino Ramón Scavuzzo (1939) especifica este principio al señalar que los cánones o ideales no son ajustables a todas las razas y que no es posible aplicar el “cánon blanco nórdico” a “un mongol” (SCAVUZZO, 1939, p. 145). Para finalizar, es interesante destacar que Lluesma Uranga (1958) contextualiza esta reflexión al señalar que “las aportaciones por aposición y cruces sucesivos” propias de “sociedades aluvionales” han tendido a desdibujar los caracteres raciales arquetípicos. Por este motivo, sugiere a los cirujanos “conocer y ponderar los antecedentes étnicos, sociales y raciales de sus ‘casos’ clínicos”, para evitar “resultados grotescos o imprevistos, ya que sólo debería tenderse a corregir y depurar una personalidad, pero no a cambiarla” (LLUESMA URANGA, 1958, p. 69).

Al igual que la raza, la complexión física y el rostro del paciente son aspectos que la literatura médica incluye en el marco del diagnóstico y la indicación quirúrgica en las rinoplastias. La noción más frecuentemente utilizada para dar cuenta de esta apreciación morfológica global del paciente es la “armonía”, según la cual las partes deben guardar correspondencia con el todo. Más precisamente, los defectos de la nariz son relativos a las características físicas y fisonómicas del paciente, y deben corregirse guardando una relación de proporción con dichos aspectos. Carlos Rivas (1952) sintetiza este punto al afirmar que siempre debe “primar el concepto de armonía” y que lo importante no es lograr una “nariz perfecta” sino “dominar científicamente cada uno de los sectores de la rinoplastia, para adecuar la nueva nariz al resto de la cara” (RIVAS, 1952, p. 35).

Para dar asidero al extracto precedente, retomo un artículo publicado por Ernesto Malbec en el que puntualiza una serie de consideraciones prácticas acerca de cuándo y cómo debe proceder el cirujano estético ante distintos tipos de defectos nasales. En *Función del sentido estético en las intervenciones plásticas* (1940), Malbec comienza por señalar que los defectos deben considerarse primero aisladamente y luego en relación con las demás partes de la figura. La primera consideración práctica, tiene por objeto apreciar el apéndice nasal en sus distintas partes componentes para establecer en qué sitios se ubican los defectos y, de esta manera, obtener una nariz proporcionada sin necesidad de recurrir a retoques ulteriores.

La segunda consideración sitúa la nariz en relación a las demás partes de la figura, asumiendo preeminencia el examen de la frente y el mentón a los efectos de realizar una rinoplastia con resultado armónico. Con el objeto de instruir a los

potenciales lectores en este principio, Malbec formula una serie de situaciones hipotéticas, a partir de las cuales establece que aún ante un mismo defecto es menester indicar distintos tipos de correcciones. Veamos, entonces, algunos de los ejemplos que plantea. Para comenzar, “supongamos que estamos en presencia de una nariz larga”. Considerando su “geometría irregular”, la indicación que correspondería sería acortarla de acuerdo a los criterios que establece la “geometría correcta”. Sin embargo, el defecto y la indicación se tornan relativos al introducir en el examen la contextura física y la fisonomía del paciente. De este modo, mientras que la nariz alargada encuadra “dentro de la anatomía de un sujeto alto, de contornos ligeros, [y] de cara también alargada”, en personas de “baja estatura, gruesas [...] [y] de cara redonda” asume un carácter “grotesco”.

Supongamos ahora, siguiendo la argumentación de Malbec, que estamos en presencia de una nariz “con una curva bien pronunciada”. En este caso, extirpar la giba nasal es el procedimiento indicado. Sin embargo, para determinar cuán lejos debe llevarse a cabo esta corrección, es indispensable incluir en el examen la disposición de la frente y el mentón. Cuando estos últimos tienen un carácter poco prominente, el cirujano puede aspirar a llevar la nariz de convexo a cóncavo. Más sutil debe ser la conducta terapéutica ante pacientes de nariz convexa, pero con una frente y un mentón que exhiben una curvatura análoga. Según Malbec, lo indicado para estos individuos es “reducir el tamaño del apéndice nasal [...] pero procurando imprimirle al dorso una forma suavemente arqueada para que coincida y armonice con el resto de la imagen que es toda curva”. De lo contrario, se corre el riesgo de “crear artificialmente una nueva imperfección o una nueva anomalía” (MALBEC, 1940, p. 163-165).

A partir de lo expresado hasta aquí, podríamos señalar que la literatura médica argentina de la primera mitad del siglo XX establece determinadas pautas “objetivas” de belleza cuya traducción práctica exige un examen caso por caso para ajustarlas a las particularidades raciales, corporales y fisonómicas de cada paciente. Sin embargo, el tipo de corrección estética indicada que surge de esta manera de proceder en el examen médico no necesariamente coinciden con la percepción y el deseo de transformación de los pacientes. Dedico los próximos apartados a identificar las prácticas sugeridas en la literatura para lidiar con las expectativas de los candidatos a la operación.

La evaluación psicológica

La cirugía estética tiene una característica que la diferencia del resto de las ramas quirúrgicas: la visibilidad del resultado. Este contraste aparece sintetizado de modo elocuente por el cirujano plástico argentino Julián Fernández en las páginas

de la *Revista Argentina de Cirugía Plástica*: "...el cirujano general trabaja en la trastienda, lugar oculto a todas las miradas, mientras el cirujano plástico lo hace en la vidriera, dejando en ésta su obra expuesta a la vista, al juicio, a la curiosidad y a la crítica de todo el mundo, legos y eruditos." (FERNÁNDEZ, 1978, p. 36). La visibilidad de los resultados introduce una tensión central en el ejercicio de la especialidad: los cirujanos plásticos disponen de un criterio experto para establecer el tipo de correcciones más adecuadas a la singularidad del caso, pero deben lidiar con pacientes que tienen determinadas expectativas de cambio estético y que pueden evaluar si el resultado se adecúa al que habían proyectado.

En este marco, las publicaciones médicas despliegan una serie de prácticas, dispositivos y rutinas orientadas a identificar y gestionar las expectativas de los pacientes. Un tema recurrentemente abordado en la literatura examinada, se relaciona con la importancia de realizar una evaluación psicológica de los candidatos. El cruce entre psicología y cirugía estética ha sido ampliamente documentado por las ciencias sociales, ya sea para reconstruir la historia de la legitimación de estas prácticas médicas (HAIKEN, 1997; GILMAN, 1998; GUIRIMAND, 2005; BARBOT Y CAILBAULT, 2010) o con el objeto de explorar las justificaciones esgrimidas contemporáneamente (ANTONIO, 2008; EDMONDS, 2010; JARRIN, 2017; SCHMITT Y ROHDEN, 2020). Sin embargo, estas producciones no han conferido un lugar central a una constatación omnipresente en las publicaciones de los cirujanos plásticos: así como buena parte de los intervenidos curan sus complejos o elevan su autoestima con la cirugía estética, hay otros que se muestran insatisfechos con los resultados de la intervención y generan situaciones conflictivas. De allí que, para los autores de los textos médicos analizados en este trabajo, resultara relevante transmitir principios de categorización y selección orientados a distinguir entre los "buenos" y los "malos" candidatos a la cirugía estética (PITTS-TAYLOR, 2007; LE HÉNAFF, 2013; PARKER, 2009; CARPIGO, 2016).

Para comenzar a introducirnos en la materia, cabe destacar que la literatura médica define como "buenos" candidatos a aquellos pacientes que se mostrarán agradecidos con el resultado de la cirugía. En contraste, los "malos" candidatos son aquellos que estarán disconformes y, en lugar de operarlos, resulta más conveniente enviarlos a una consulta psiquiátrica. La pregunta que surge en este punto es: ¿cuáles son los indicios que permitirían establecer esta distinción? El criterio mencionado con mayor frecuencia refiere a la distancia entre gravedad del defecto "objetivo" y nivel de "padecimiento" subjetivo experimentado por el paciente. Según expresa la mayoría de los profesionales, cuando hay una correspondencia entre estos dos niveles, conviene operar. Lo contrario acontece cuando se trata de candidatos que atribuyen una importancia desmesurada a defectos mínimos o inexistentes. En línea con ello, el cirujano plástico argentino Humberto Bianculli señala la conveniencia de operar a los "portadores de grandes deformaciones nasales" y advierte acerca

de “los portadores de pequeños defectos” que “tienen la obsesión de que su nariz no es perfecta” (BIANCULLI, 1931, p. 21). En la misma fecha, Alejandro Forero previene acerca de este último perfil de pacientes a los que define como “verdaderos subdementes que no abandonan el espejo; que exageran sus defectos, o encuentran el que no tienen; a quienes ni una ni varias operaciones les curará su obsesión” (FORERO, 1929, p. 1468).

Más sistemático en la propuesta, en el libro *Cirugía estética* (1946), Ramón Palacio Posse clasifica a los candidatos en cuatro categorías: “I) El de sentido estético subnormal o Hipo-estético. II) El de sentido estético normal u Orto-estético. III) El de sentido estético supernormal o Hiper-estético. IV) El de sentido estético pervertido o Para-estético”. Los candidatos que pertenecen a las dos primeras categorías son aquellos que “sienten marcadamente la deformación, pero sin dejarse oprimir mucho por ella; después de la operación se sienten como librados de una pesada carga y son agradecidos para con el operador”. La tercera categoría refiere a los “enfermos en los cuales, si bien los trastornos físicos no son grandes, las manifestaciones psíquicas son considerables”. Palacio Posse advierte que estos individuos “resultan muy difíciles de tratar por las grandes exigencias de éxito que tienen, por lo cual cuando la deformación no es muy grande es mejor para ellos y para el médico no operarlos”. Al cierre, identifica a los candidatos “que se quejan de una deformación que en realidad no tienen”, sugiriendo que lo mejor en estos casos “es indicarles una vida sana de deportes y diversiones para mejorarles el fondo mental” (PALACIO POSSE, 1946, p. 22-23).

Otro de los principios de categorización que emerge de las publicaciones también se relaciona con las expectativas, pero ya no en términos estéticos, sino más bien en lo referente a las aspiraciones de cambio en la situación económica o sentimental que expresa el paciente. En muchas ocasiones, señalan los cirujanos plásticos, los pacientes esperan resolver sus fracasos amorosos o profesionales mediante una operación. Sin embargo, dado que el problema de fondo reside en la psicología del candidato, la cirugía no surtirá ningún cambio positivo y el operado descargará su frustración en el médico interviniente. Mario Berta, en el marco de una disertación que tuvo lugar en el *Cuarto Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica* (1947), brinda un ejemplo que ilustra este punto a la perfección. El caso en cuestión involucró a un joven soltero de 28 años que siempre se sintió preocupado por las “alusiones a su nariz” y que manifestaba un “sentimiento de inferioridad” en sus relaciones amorosas (“nunca tuvo novias y solucionaba sus problemas sexuales con profesionales”). Aunque la operación redundó en una “mejoría estética evidente”, el paciente mostró “un estado de verdadera ansiedad con ideas de autoeliminación y de heteroagresividad con respecto al médico que lo operó”. La enseñanza que Berta extrae de este caso es que se debe tener en cuenta el ideal que el candidato “se ha forjado de sí mismo una vez realizada la intervención”, dado

que si está situado muy alto experimentará una constante insatisfacción que puede “conducirlo a reacciones patológicas peligrosas para él y para su médico” (BERTA, 1947, p. 318).

La misma advertencia se hace presente en el plano de las expectativas económicas, tal como lo deja sentado el cirujano plástico Carlos Rivas: “es inexcusable conocer por anticipado cuál es la ansiedad del paciente” y mostrar cautela ante “aquellos que quieren embellecer su aspecto para ser artistas o mejorar su condición social, y el logro de la mejora física, si no se acompaña de otro éxito, los vuelve insatisfechos” (RIVAS, 1952, p. 24). De esto último, no se deriva que la cirugía estética no pueda contribuir a mejorar la inserción laboral, pero para que ello acontezca resulta indispensable que el paciente muestre una disposición al trabajo y al esfuerzo.

En este apartado pudimos constatar que la literatura médica de la primera mitad del siglo XX aspiró a transmitir principios de categorización y selección que contribuyeran a distinguir a los “buenos” de los “malos” candidatos a la cirugía. Estos últimos, presentan una serie de características contrapuestas a las virtuosas víctimas que la cirugía estética viene a redimir: no son razonables, no son meritorios y no son agradecidos. Por el contrario, suelen ser personas que ven defectos donde no los hay y que son exigentes hasta la distorsión en la percepción de los resultados. Son fracasados, pero no por su defecto estético, sino porque se refugian en este para disfrazar su inherente falta de voluntad para el progreso. Por último, al no ver realizadas sus expectativas de cambio estético y socio-económico, achacan sus propias frustraciones sobre las espaldas de los cirujanos y generan situaciones conflictivas. Son, en pocas palabras, individuos problemáticos a los que conviene no operar. En el próximo apartado nos desplazamos del terreno de las contraindicaciones en cirugía estética para analizar las prácticas orientadas a lidiar con aquellos pacientes pasibles de ser operados.

La “verdad” y la “mentira” en cirugía estética

Como se mencionó anteriormente, la evaluación psicológica de los candidatos a la cirugía es un pilar fundamental en la práctica de los cirujanos plásticos. Pero además de advertir acerca de determinado perfil de personas problemáticas, la literatura médica brinda una serie de sugerencias prácticas acerca de cómo modular las expectativas en las consultas prequirúrgicas y arribar a acuerdos intersubjetivos en la evaluación del resultado. Abordar este punto resulta relevante, no sólo porque constituye un aporte al campo de estudios históricos de estas prácticas en particular, sino también en la medida en que permite introducir un matiz a la manera en que suele problematizarse la relación médico-paciente en las ciencias sociales. Buena parte de estas producciones describen un cambio histórico que consiste en el pasaje

del paternalismo (PARSONS, 1951) al modelo del paciente consumidor (LUPTON ET. AL., 1997; HENWOOD ET. AL, 2003) o la coproducción de la atención médica (CATHY, GAFNI Y WHELAN, 1999). Sin embargo, según emerge del análisis de las fuentes, la participación del paciente en el proceso de planificación quirúrgica constituiría una característica estable del modo en que se estructura el vínculo médico-paciente en la especialidad.

Una vez más, el cirujano plástico Ernesto Malbec da cuenta de este punto al referirse a las demandas de cambio estético que suelen realizar los pacientes y a la postura que debe asumir el cirujano frente a estos pedidos. Según argumenta, muchos de ellos se ven influidos en sus aspiraciones estéticas por “las corrientes plásticas que imperan en el cinematógrafo o en el teatro y quieren parecerse a tal o cual astro de la pantalla o a tal o cual estrella del escenario”. Asimismo, exigen correcciones radicales, sin reparar en la desproporción que surgiría de ellas: “Ya se sabe que el sueño dorado de todo narigón es ser ñato. La indicación más corriente que escuchamos por boca de todos ellos es siempre la misma: que se le acorte la nariz lo más posible”. Ante este panorama, lejos de plantear una cerrazón que reafirme la autonomía experta (FREIDSON, 1978), destaca la centralidad de las consultas previas a la cirugía para negociar el tipo de corrección a efectuarse: “A pesar de todo, no quiere decir esto, que el juicio del cirujano sea inapelable ni que deba prevalecer forzosamente en última instancia. La consulta con el paciente suele ser muy provechosa y conveniente” (MALBEC, 1940, p. 1006-1007).

Según el corpus empírico examinado, uno de los aspectos importantes de la consulta prequirúrgica refiere al necesario balance entre la “verdad” y la “mentira” en la proyección de los resultados. De manera unánime, en todos los textos se identifica un fuerte rechazo a la denominada “mentira comercial”. Esta última, generalmente es atribuida a personas que no disponían de una formación médica y que ofrecían productos para el embellecimiento a través de avisos grandilocuentes. En este sentido, Malbec formula una crítica a los “salones e institutos” que, administrados por “profesores de belleza”, garantizaban transformaciones espectaculares con insignificantes operaciones. Asimismo, advierte acerca de un pujante mercado de “pomadas, emplastos, unturas y linimientos” que no hacían más que defraudar a los esperanzados compradores y enriquecer a “comerciantes inescrupulosos que trafican miserablemente con el dolor moral” (MALBEC, 1938, p. 38-39). Un año después, sintetiza esta posición de la siguiente manera: “Si desde un primer momento, se engaña al enfermo, se parte indiscutiblemente de un punto falso, porque prometer lo que no se puede es engañar al paciente, es sorprenderle en su buena fe, es mentirle deshonestamente que es lo que el médico no puede ni debe hacer” (MALBEC, 1939, p. 88).

Sin embargo, aunque la “honestidad” es situada como una norma práctica y moral que debe guiar la conducta de los cirujanos, ello no significa que el médico

deba apelar a una “honestidad brutal”. En línea con ello, el cirujano plástico argentino Miguel Correa Iturraspe (1978) sugiere que las explicaciones del profesional no deben estar teñidas de un “negro pesimismo”, pues hacer un relato “lúgubre y dramático de todos los percances y fracasos que registra la bibliografía para la operación” solo “horripilaría al paciente” privándolo de la posibilidad de acceder a los beneficios de la cirugía plástica. Igual de inconveniente resulta la actitud opuesta que, fundada en un “temperamental entusiasmo” o en el “miedo a perder al cliente”, pinta un panorama marcado de un “rosado optimismo”. Procediendo de esta manera, se alientan ilusiones desmedidas que pueden derivar en angustia y reclamos “en caso de que el resultado no llegara a estar a tono con los quiméricos sueños que se lo estimuló a concebir”. De aquí, el autor concluye que la “verdad” en cirugía estética debe “tener y saber transmitir una razonable confianza en los recursos de su arte” (CORREA ITURRASPE, 1978, p. 5-6).

Retomando el planteo de Correa Iturraspe, podemos decir entonces que una “verdad” razonable es aquella que no instila demasiado pesimismo, ni demasiado optimismo en el paciente. En lo que concierne al resultado estético pasible de obtenerse a través de la operación, este principio general puede sinterizarse en una fórmula recurrentemente mencionada en la literatura analizada: “siempre prometer menos de lo que puede conseguirse” (Palacio Posse, 1946: 23). De esta manera, se alienta al candidato a pasar por la intervención, pero moderando las expectativas de manera que exista un margen de tolerancia a la contingencia y para que la evaluación del resultado se realice a partir de un punto de referencia modesto. En el próximo apartado, veremos que la modulación de las expectativas trasciende las palabras para materializarse en un dispositivo clave en el consultorio de los cirujanos plásticos: la fotografía médica.

Promesas en papel: el rol de la fotografía en la consulta médica

En 1928, Ernesto Malbec publica *Cirugía Estética. Conceptos Fundamentales*, libro orientado a divulgar los problemas abordados por la nascente disciplina quirúrgica. Según relata en el segundo volumen de su *Anecdotario de un cirujano plástico* (1972), por aquel entonces envió ejemplares de dicha publicación a distintos colegas. Como respuesta, recibió algunas cartas en las que aparecían vertidas opiniones de distinto signo acerca de la calidad de su trabajo. Entre ellas, una extensa misiva de un cirujano plástico francés, en la que le advertía acerca de la calidad moral de un “ilustre médico que a fuerza de promocionarse en los diarios y escribiendo libros había logrado en París una fama extraordinaria”. Según el emisor de la carta, este supuesto “maestro” que Malbec cita en su libro era “redondamente un charlatán científico”.

Para sustentar su crítica, el cirujano francés invita a Malbec a examinar los registros fotográficos del “charlatán”, que revelan manipulaciones evidentes al observarlos con detalle. En apariencia, argumenta el eminente cirujano francés, estos documentos visuales certifican resultados brillantes. Así, por ejemplo, en “la página 64” pueden observarse dos fotografías de un niño: “En la primera toma aparece... con las orejas extremadamente separadas del cráneo, como si fueran un par de pantallas, mientras que, en la segunda, ya operado, el resultado obtenido es inobjetable”. Pero a poco de aguzar la vista con la ayuda de una lupa puede comprobarse “que las orejas fueron hábilmente atadas con un hilo muy fino para ser mantenidas, frente a la cámara fotográfica, en buena posición” (MALBEC, 1972, p. 139-142).

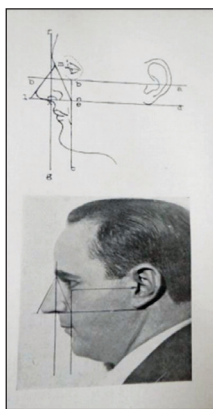
Lo que surge del relato precedente es que las fotografías en cirugía estética aspiran a representar el cambio experimentado por el paciente a partir del contraste entre el registro previo y posterior a la intervención. De esta manera, se construye evidencia médica acerca de la eficacia de determinada técnica en manos de determinado operador. Adulterar estos registros implica, en el marco de encuentros y publicaciones expertas, esgrimir falsa evidencia comprometiendo con ello el reconocimiento de los colegas. Por su parte, apelar a estos artilugios en encuentros y publicaciones populares, fomenta falsas expectativas entre los potenciales candidatos a la cirugía. El propio Malbec profundiza este punto al describir el proceder de los “charlatanes”, señalando que a los candidatos: “se les prometen cosas falsas, se les hace ver fotografías falsas, que no son nada más que trucos fotográficos, que los impulsan a someterse a la operación, llevados por el entusiasmo lógico y humano que les produce al ver un monstruo transformado en forma tan perfecta por una operación” (MALBEC, 1938, p. 37).

De lo afirmado en última instancia, se deriva que la fotografía médica puede ser utilizada para modular las expectativas de los candidatos a la cirugía estética y que para cumplir con ese cometido debe ser un registro fiel del cambio estético del paciente. Dicha fidelidad viene definida por un conjunto de principios prácticos que establecen cómo captar el cambio estético y las condiciones bajo las cuales debe producirse el registro para asegurar su comparabilidad. En lo referente a la documentación de las rinoplastias, es habitual que aparezca representada la totalidad del rostro del paciente en diferentes posiciones de examen, siendo las más habituales las tomas de frente y de perfil. De esta manera, es posible apreciar forma y volumen de los componentes del apéndice nasal, y su relación con el resto de los rasgos faciales. Por otra parte, caben destacar una serie de requisitos que deben repetirse rigurosamente, tales como “las condiciones de luz, foco, distancia, fondo, tamaño, de plano y orientación de las imágenes” (LLUEMA URANGA, 1958, p. 76).

Disponer de un registro que cumpla con dichas características asegura la comparabilidad intra e inter casos, permitiendo su circulación en ámbitos expertos.

Asimismo, según las publicaciones analizadas, habilita su instrumentación en distintas etapas de la consulta médica: el diagnóstico, la proyección de resultados y la evaluación del cambio estético en el posoperatorio. En lo referente al diagnóstico, las fotografías del paciente permitirían hacer una lectura distanciada y meditada de la geometría facial. Sobre este punto, el cirujano plástico argentino Cora Eliseth sugiere la utilización de fotografías que captan el perfil de los futuros operados para realizar un estudio angular de la nariz y, de esta manera, efectuar una corrección que involucre todos los componentes del apéndice nasal (CORA ELISETH, 1938, p. 28) (Figura 3). En una tónica más relacional, el distanciamiento que opera la fotografía puede ser movilizada por el cirujano plástico para mostrarle al paciente cuál es la naturaleza de su defecto y, de esta manera, convencerlo acerca de qué tipo de modificación conviene realizar. Al respecto, Alejandro Forero señala que hay personas que solicitan una rectificación que no es precisamente la que mejor se ajusta a su rostro y para persuadirlos acerca “de cuál es el defecto real de su nariz” sugiere utilizar la fotografía de los propios pacientes (FORERO, 1929: 1461).

Ilustración 3 – Uso de la fotografía para el estudio de los ángulos nasales.



Fuente: Eliseth, 1935, p. 28.

La fotografía también es identificada como un elemento que permite consensuar y proyectar el resultado de la rinoplastia. En algunas publicaciones, se describe el uso de la imagen del candidato a la cirugía como una apoyatura visual que permite planificar de manera conjunta el tipo de correcciones quirúrgicas que conviene realizar. Así, según Ildefonso Giganti y Juan Castellano (1947) la “determinación de la forma futura de la nariz es de fundamental importancia y condiciona en gran parte el éxito operatorio”, sugiriendo para llenar este cometido el siguiente procedimiento: “sacamos una fotografía de perfil de la que obtenemos dos copias y sobre una de ellas ‘corregimos’ con lápiz los defectos en presencia y de acuerdo con el paciente

(CASTELLANO Y GIGANTI, 1945: 7). En otras publicaciones, no es a través de las fotografías del propio paciente que se planifica el resultado, sino mediante los registros de casos precedentes. Dichos casos no son escogidos al azar, sino mediante un criterio de afinidad con el defecto que presenta el candidato. A tal efecto, el fichero constituye un dispositivo útil que organiza el historial de intervenciones según región del cuerpo y tipo de defecto, permitiendo un acceso rápido al registro de casos que mejor se adecúe al trabajo de coordinación y educación estética que desee realizar el cirujano (KIRSCHTEIN, 1956, p. 55-57). Educación estética, porque la selección y exhibición de ese registro, opera como soporte visual que ilustra el tipo de defecto que porta el paciente y la clase de modificación estética que mejor se adecúa a su caso particular. Coordinación porque la fotografía permite anticipar el resultado de la intervención, ajustando las expectativas del paciente a aquello que puede alcanzarse.

Además de movilizarse para el diagnóstico y la proyección de resultados en el preoperatorio, varias publicaciones médicas destacan la utilidad de la fotografía en la etapa de evaluación del cambio estético. Como vimos en varias ocasiones, esta etapa se presenta como particularmente problemática, dado que muchos operados pueden ver sus expectativas defraudadas y generar situaciones conflictivas. Para guarecerse de este tipo de reclamos, las fotografías permiten que el cirujano recuerde al operado el aspecto que presentaba “antes” de la intervención y que demuestre comparativamente el cambio experimentado en su fisonomía “después” de la operación. En línea con ello, Ernesto Malbec afirma que es frecuente que las personas no recuerden cómo eran antes y que discutan las correcciones más notables, destacando los buenos oficios que la fotografía presta para traer al presente la fisonomía olvidada (MALBEC, 1938, p. 38-39). Estanislao Lluesma Uranga, por su parte, señala que hay intervenidos que con el tiempo empiezan a creer “no ya que antes estaban mejor, sino que aún no han quedado suficientemente bien” (LLUESMA URANGA, 1958, p. 67). De esta manera, la fotografía del posoperatorio permite no sólo un estudio detallado del resultado alcanzado, sino también la puesta en relación de este último con el defecto de partida.

Ramón Palacio Posse complejiza un poco más el escenario al introducir nuevas miradas en la construcción intersubjetiva de los resultados en cirugía estética. En este sentido, además de sugerir un estudio previo del medio familiar y el ambiente donde actúa el paciente, aconseja que durante la primera semana de postoperatorio el intervenido no reciba visitas “con cuya prudencia y discreción no siempre se puede contar”. Estas últimas palabras, que parecen remitir a la necesidad de gestionar un ambiente tranquilo para el convaleciente, adquieren otro sentido al leer la siguiente reflexión acerca de la documentación fotográfica en las rinoplastias: “A la mayor parte de mis pacientes les tomo una fotografía de frente y otra de perfil, de gran utilidad para el archivo del médico y para ellos mismos. Con el ‘antes’ y ‘después’

podrán defenderse de amistades egoístas que les aseguren que no han cambiado casi nada” (PALACIO POSSE, 1946, p. 32-33). De esta manera, la fotografía emerge una vez más como una evidencia que permite arbitrar potenciales desacuerdos en la relación médico-paciente.

A partir de lo expuesto en este apartado, pudimos observar que la fotografía médica es un elemento puesto en juego por los cirujanos en los momentos anteriores y posteriores a la intervención quirúrgica. El archivo fotográfico de casos previos permite que los pacientes se hagan una idea de cuál será el resultado. Las imágenes de los propios operados sirven para planificar la intervención y funcionan como terceros “imparciales” en la resolución de disputas en caso de disconformidad con el resultado estético obtenido. Ambas observaciones contribuyen a sustentar la tesis de que, lejos de cimentar una relación asimétrica, los cirujanos plásticos de la primera mitad del siglo XX ponían en juego algunas prácticas orientadas a proyectar, planificar y evaluar el resultado de las intervenciones estéticas en diálogo con los operados.

Conclusiones

Los cirujanos estéticos lidian con un cuerpo, pero también con personas que tienen una percepción sobre su aspecto físico y disponen de expectativas acerca del cambio que aspiran a conseguir. La literatura médica muestra que esto constituye una preocupación cardinal en el ejercicio de la especialidad, promoviendo una serie de consejos prácticos y dispositivos para lidiar con las percepciones y los deseos de cambio de los candidatos. A los efectos de introducirnos en la materia, comencé por mostrar que la literatura médica de la primera mitad del siglo XX procuraba transmitir saberes expertos para diagnosticar un defecto corporal, establecer el tipo de corrección quirúrgica adecuada y gestionar las expectativas estéticas de los pacientes. En el caso de las rinoplastias, la indicación estética se funda en un examen global del cuerpo del paciente, en el que el sector anatómico que será intervenido es puesto en relación con el rostro y la conformación global del cuerpo del paciente. El objetivo de dicho examen es indicar una rectificación quirúrgica del apéndice nasal que armonice con el todo corporal. La indicación estética nos habla de una especialidad que lejos de aspirar a la producción de cuerpos en serie respondiendo al arbitrio de la moda o a la eternidad de los cánones clásicos, pretende efectuar intervenciones ajustadas al caso por caso.

El segundo apartado tuvo por objetivo explorar los principios de categorización y selección de pacientes establecidos en las publicaciones analizadas. Según pudimos constatar, la literatura médica enfatiza la necesidad de realizar una evaluación psicológica de los candidatos, a los efectos de identificar y evitar operar a un

perfil de personas que probablemente se mostrarán disconformes con el resultado. A partir del análisis del corpus documental, pudo observarse que una primera categoría de “malos” candidatos son aquellos que manifiestan una preocupación excesiva ante defectos físicos “objetivos” mínimos o inexistentes. Una segunda categoría se relaciona con los candidatos que esperan un cambio radical en las esferas afectivas o económicas mediante la intervención estética. Tanto en uno como en otro caso, aún frente a un buen resultado estético, los operados se mostrarán insatisfechos dado que sus expectativas resultan imposibles de alcanzarse. En pocas palabras, desde la perspectiva de la literatura examinada, estas personas requieren de atención psiquiátrica antes que quirúrgica.

En los dos últimos apartados, analicé las prácticas y dispositivos puestos en juego por los cirujanos para modular las expectativas de los candidatos a la cirugía. Una de las cuestiones que surge de las publicaciones es que se trata de un trabajo relacional sumamente precario: el especialista no debe instilar demasiada confianza, ni demasiado pesimismo en el candidato. Antes bien, debe informarlo sobre aspectos cruciales de la cirugía y prometer menos de lo que puede conseguir. La inquietud en torno a las percepciones y expectativas de los pacientes también aparece materializada en una serie de dispositivos y rutinas de apropiación práctica destinadas a incorporar al paciente al proceso de planificación quirúrgica. Entre ellos, podemos destacar el uso de la fotografía médica en el consultorio, pasible de ser utilizada para persuadir al paciente acerca de cuál es su defecto estético; proyectar y consensuar el resultado de la cirugía; certificar y arbitrar el resultado obtenido.

El presente artículo, se propuso desplegar un enfoque original para abordar un objeto de estudio poco explorado. Por un lado, cabe destacar que a nivel latinoamericano, prácticamente no hay estudios que reconstruyan la historia de la cirugía plástica. Por el otro, si bien hay publicaciones que acometieron dicha empresa en Norteamérica y Europa, todas ellas analizaron exclusivamente el rol del discurso médico en la legitimación de estas prácticas médicas. Este trabajo mostró otra forma de leer las publicaciones médicas que, al enfatizar su carácter pedagógico, permite describir las prácticas, dispositivos y rutinas ideadas por estos especialistas para lidiar con las expectativas de cambio estético de los pacientes. En otras palabras, el artículo pretendió construir una aproximación microsociológica de las fuentes con la pretensión de mostrar que la literatura médica constituye un reservorio de experiencias orientado a transmitir formas de ser y de hacer en cirugía plástica para las futuras generaciones de especialistas.

Para finalizar, resulta posible establecer algunas líneas abiertas para futuras investigaciones. En primer lugar, resultaría sumamente fructífero explorar el vínculo médico-paciente en el mercado contemporáneo argentino de cirugía estética, procurando identificar continuidades y rupturas en el modo en que los cirujanos estéticos lidian con las expectativas de cambio de los candidatos. En segundo lugar, debido a

la centralidad de la fotografía médica en el desenvolvimiento de esta especialidad, considero que es pertinente explorar la circulación de estas imágenes por fuera del mundo médico. Dado el cariz comercial que asumió la disciplina en las últimas décadas, asume relevancia el análisis de la instrumentación de las fotografías que retratan el “antes” y el “después” en tanto estrategias de promoción destinadas a foguear el deseo de cambio corporal en el mundo digital. Finalmente, en la medida en que este artículo se focalizó en el despliegue de una práctica puntual en el contexto argentino, sería importante el desarrollo de investigaciones similares acerca de otras intervenciones médicas en diversos contextos nacionales.

BIBLIOGRAFÍA

ANTONIO, Andrea Tochio de. **Corpo e estetica: um estudo antropológico da cirurgia plastica**. Orientadora: Guita Grin Debert. 2008. 153f. Tese (Mestrado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

BARBOT, Janine y Cailbaut Isabelle. Figures de victimes et réparation des violences faites aux corps: Quand la chirurgie esthétique se donne à voir. **Politix**, Paris, n.2, v.90, p.91-113, 2010.

BERTA, Mario. Importancia de la psicología en la cirugía plástica. In: **Cuarto Congreso Latinoamericano De Cirugía Plástica**, 4., 1949, Montevideo. Uruguay: Monteverde y Cía., 1949, p. 316-320.

BIANCULLI, Humberto. **Cirugía estética de nariz: Corrección de las deformaciones nasales**. Orientador: Santiago Luis Arauz. 1931. 85f. Tese (Doutorado em Medicina) – Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Buenos Aires, Buenos Aires, 1931.

CARPIGO, Eva. À la rencontre du malentendu: stratégies d’approche medicale en chirurgie esthétique. In: HINTERMEYER, Pascal; LE BRETON David; PROFITA Gabriele (ed.). **Les malentendus culturels dans le domaine de la santé**. Nancy: Presses universitaires de Nancy - Editions Universitaires de Lorraine, 2016, p.163-176.

CATHY, Charles; GAFNI Amiram; WHELAN Tim. Decision Making in the Physician-patient Encounter: Revisiting the Shared Treatment Decision Making Model. **Social Science & Medicine**, Amsterdam, n.5, v.49, p.651–661, 1999.

CODAZZI AGUIRRE, Juan Andrés. **Posibilidades en la Cirugía Estética**. Rosario: Editorial Ruiz, 1938.

CORA ELISETH, Felipe. Rinoplastia. **Revista Argentina de Oto-rino-laringología**, Buenos Aires, n.9, v.10, p.1-15, 1938.

CORREA ITURRASPE, Miguel. El error en cirugía plástica. **Cirugía Plástica Argentina**, Buenos Aires, n.2, v.2, p.7-12, 1978.

EDMONDS, Alexander. **Pretty Modern: Beauty, Sex and Plastic Surgery in Brazil**. Durham: Duke University Press, 2010.

FERNÁNDEZ, Julián. La formación ideal del cirujano plástico. **Cirugía Plástica Argentina**, n.1, v.2, p.36-38., 1978.

FORERO, Alejandro. Cirugía plástica de la nariz (Detalles de técnica). **La Semana Médica**, n. 8, v.5, p.1461-1474, 1929.

FREIDSON, Eliot. **La profesión médica**. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península, 1978.

GIGANTI, Ildefonso; CASTELLANO, Juan. **Cirugía plástica y estética**. Buenos Aires: Talleres Gráficos de la Institución Fernández, 1945.

GILMAN, Sander. **Creating beauty to cure the soul: Race and psychology in the shaping of aesthetic surgery**. London: Duke University Press, 1998.

GILMAN, Sander. **Making the Body Beautiful: A Cultural History of Aesthetic Surgery**. New Jersey: Princeton University Press, 1999.

GUIRIMAND, Nicholas. De la réparation des «gueules cassées» à la «sculpture du visage»: La naissance de la chirurgie esthétique en France pendant l'entre-deux-guerres. **Actes de la recherche en sciences sociales**, n.1-2, v.156-157, p.72-87, 2005.

HAIKEN, Elizabeth. **Venus Envy. A History of Cosmetic Surgery**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1997.

HENWOOD, Flis; WYATT, Sally; HART, Angie; Smith, JULIE. "Ignorance Is Bliss Sometimes": Constraints on the Emergence of the "Informed Patient" in the Changing Landscapes of Health Information. **Sociology of Health & Illness**, New Jersey, n.6, v.25, p. 589-607, 2003.

JARRIN, Álvaro. **The biopolitics of beauty. Cosmetic citizenship and affective capital in Brazil**. Berkeley: University of California Press, 2017.

KIRSCHEIN, Manuel. Fichero y archivo en cirugía plástica. **Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica**, Buenos Aires, n.1, v.2, p. 55-57, 1956.

LE HENAFF, Yannick. Catégorisations professionnelles des demandes masculines de chirurgie esthétique et transformations politiques de la médecine. **Sciences sociales et santé**, Arcueil, n.3, v.31, p.39-64, 2013.

LLUESMA URANGA, Estanislao. **Los Fundamentos de la Cirugía Estética**. Buenos Aires: Editorial Americalee, 1958.

Cirugía estética: ¿Cuerpos a medida? Tensiones entre autonomía experta y expectativas de los pacientes en la cirugía plástica argentina de la primera mitad del siglo XX

LUPTON, Deborah. Consumerism, reflexivity and the medical encounter. **Social science and medicine**, Amsterdam, n.3, v.45, p.373–381, 1997.

MALBEC, Ernesto. **Cirugía Estética. Conceptos Fundamentales**. Buenos Aires: La Semana Medica, 1938.

MALBEC, Ernesto. Función del sentido estético en las intervenciones plásticas. **La Semana Médica**, n.10, v.7, p.997-1008, 1940.

MALBEC, Ernesto. **Anecdotario de un cirujano plástica**. Segunda Parte. Buenos Aires: Artes Gráficas Bartolomé U. Chiesino, 1972.

PALACIO POSSE, Ramón. **Cirugía Estética**. Buenos Aires: El Ateneo, 1946.

PARKER, Rhian. **Women, Doctors and Cosmetic Surgery: Negotiating the ‘Normal’ Body**. New York: Palgrave Macmillan, 2010.

PARSONS, Talcott. Illness and the role of the physician: a sociological perspective. *The American journal of orthopsychiatry*, Washington, v. 21, n. 3, p. 452–460, 1951.

PITTS-TAYLOR, Victoria. **Surgery Junkies. Wellness and Pathology in Cosmetic Surgery**. New Jersey: Rutgers University Press, 2007.

RIVAS, Carlos. **Cirugía correctora de la pirámide nasal**. Orientador: Oscar Ivanissevich. 1952. 160f. Tese (Doutorado em Medicina) – Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Buenos Aires, Buenos Aires, 1952.

SCAVUZZO, Ramón. Cirugía estética de la nariz. Algunos criterios o cánones artísticos. **La Semana Médica**, Buenos Aires, n.9, v.6, p.144-146, 1939.

SCHIMITT, Marcelle; Rohden, Fabíola. Contornos da feminilidade: Reflexões sobre as fronteiras entre a estética e a reparação nas cirurgias plásticas das mamas. **Anuário Antropológico**, Brasília, n.2, v.45, p.209-277, 2020.

VALLEJO, Gabriel. El ojo del poder en el espacio del saber: los institutos de biotipología. **Asclepio**, Buenos Aires, n.1, v.56, p.219-244, 2004.

VIALE DEL CARRIL, Atilio. **La rinoplastia por vía endonasal**. Orientador: Oscar Ivanissevich. 1935. 76f. Tese (Doutorado em Medicina) – Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Buenos Aires, Buenos Aires, 1935.