

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y
RECONSTRUCTIVA**

**“EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL
Y SATISFACCIÓN SEXUAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA
ESTÉTICA QUE ASISTIERON A LA CONSULTA PRIVADA DE CIRUGÍA
PLÁSTICA EN LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERIODO NOVIEMBRE
2020 A MAYO 2021.”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA**

AUTORES: DRA. IVONNE V. EGÜEZ D.

DR. ALEX R. SUNTAXI LL.

DIRECTOR ACADÉMICO: DR. IVÁN RAMÍREZ

DIRECTOR METODOLÓGICO: DR. GADY TORRES

QUITO, 2022

TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	i
RESUMEN.....	ii
ABSTRACT.....	iii
CAPÍTULO I.....	1
1 INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II.....	2
2 MARCO TEÓRICO	3
2.1 AUTOOPERCEPCIÓN CORPORAL.....	3
2.1.1 Concepto de autoopercepción	3
2.1.2 Autoopercepción y salud mental.....	5
2.1.3 Autoopercepción y Cirugía Estética.....	6
2.1.4 Body shape questionnaire (BSQ).....	7
2.2 SEXUALIDAD	8
2.2.1 Definiciones actuales.....	8
2.2.2 Relación e la satisfacción sexual con variables sociodemográficas (estado civil – sentimental, edad y sexo).....	9
2.2.3 Autoopercepción y sexualidad	10
2.3 CIRUGÍA ESTÉTICA.....	10
2.3.1 Estadística de la cirugía estética a nivel global, Latinoamérica y Ecuador	10
2.3.2 La cirugía estética y los sistemas de salud	12
2.3.3 Evolución de la cirugía estética en sexualidad.....	14
2.4 IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL Y LA DECISIÓN DE CIRUGÍA ESTÉTICA	
16	
2.4.1 Relación de la medicina estética y la salud mental.....	16
2.4.2 Procedimientos estéticos quirúrgicos y la salud mental	17

CAPÍTULO III	18
3 MARCO METODOLÓGICO	18
3.1 JUSTIFICACIÓN	18
3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
3.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	20
3.4 OBJETIVOS	20
3.4.1 Objetivo General	20
3.4.2 Objetivos específicos	20
3.5 METODOLOGÍA	21
3.5.1 Tipo de estudio	21
3.5.2 Lugar y temporalidad	21
3.5.3 Muestra	21
3.5.4 Operacionalización de variables	22
3.5.5 Procedimiento de recolección de información	26
3.5.6 Criterios de inclusión	27
3.5.7 Criterios de exclusión	27
3.5.8 Plan de análisis	27
3.5.9 Aspectos bioéticos	28
CAPÍTULO IV	29
4 RESULTADOS Y ANÁLISIS	29
4.1 UNIVARIAL	29
4.1.1 Sociodemográficas: edad, sexo, estado civil	29
4.1.2 Variables relacionadas a procedimientos quirúrgicos realizados	30
4.1.3 Imagen corporal, satisfacción sexual, autoestima	30
4.2 MULTIVARIAL	34
4.2.1 Variables sociodemográficas con relación a las categorías de cirugías	34
4.2.2 Imagen corporal, satisfacción sexual con relación a las variables sociodemográficas	36
Imagen corporal, satisfacción sexual con relación a las categorías de cirugías	38
CAPÍTULO V	40

5	DISCUSIÓN	40
6	CONCLUSIONES	43
7	RECOMENDACIONES	44
8	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
9	ANEXOS	51
9.1	Anexo 1: Hoja de información al paciente y consentimiento informado	51
9.2	Anexo 2: Cuestionario prequirúrgico	55
9.3	Anexo 3: Cuestionario postquirúrgico	61
9.4	Anexo 4: Link de encuesta para el llenado opcional online:	66
9.5	Anexo 5: Carta de autorización de la institución / médico tratante para el desarrollo del trabajo de titulación	66

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Distribución de pacientes según las variables sociodemográficas	29
TABLA 2: Asociación entre el sexo y la categoría de cirugía	34
TABLA 3: Asociación entre la edad y la categoría de cirugía	35
TABLA 4: Asociación entre el estado civil y la categoría de cirugía	35
TABLA 5: Asociación entre la edad y la satisfacción sexual e imagen corporal.....	36
TABLA 6: Asociación entre el sexo y la satisfacción sexual e imagen corporal.....	37
TABLA 7: Asociación entre el estado civil y la satisfacción sexual e imagen corporal	37
TABLA 8: Asociación entre la categoría de cirugía y la satisfacción de la imagen corporal	38
TABLA 9: Asociación entre la categoría de cirugía y la satisfacción sexual.....	39

ÍNDICES DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribución del tipo de cirugías estéticas realizadas.....	30
GRÁFICO 2: Distribución de satisfacción sexual pre y posquirúrgica.....	31
GRÁFICO 3: Distribución de satisfacción con la imagen corporal pre y posquirúrgica	32
GRÁFICO 4: Distribución de autoestima pre y posquirúrgica.....	33

DEDICATORIA

Ivonne Egüez:

A mis padres quienes han estado junto a mi apoyándome en cada paso, sea pequeño o grande. Nada de esto hubiera sido posible sin ellos.

A mis hermanos, cuyas palabras de aliento me levantaron en momentos difíciles y con sus bromas hicieron que todo fuera más llevadero.

A mis sobrinas, que alegran mi vida con solo existir.

A mi esposo quien me brindó su amor, paciencia y apoyo en todo momento, y celebró conmigo cada pequeño triunfo en este camino llamado posgrado.

Alex Suntaxi:

Dedicado a mi madre y al joven que con 20 años se enamoró de la Cirugía Reconstructiva; la más fascinante, bella e ilustre profesión. “La voluntad de Dios nos lleva, donde su gracia nos protege”.

AGRADECIMIENTOS

Ivonne Egüez:

A Dios por haberme permitido culminar con éxito mi formación, haciéndome saber de una u otra forma que me bendice cada día.

A mi familia, mi piedra angular. Uno para todos y todos para uno.

Al Dr. Iván Ramírez y Dr. Gady Torres, directores de esta tesis, por su guía en cada paso de este proyecto.

Alex Suntaxi:

A mis padres, hermanos y esposa los cuales son el pilar fundamental de mi vida; gratitud eterna por confiar en mí.

RESUMEN

Una motivación importante que hace que el paciente opte por una cirugía cosmética, es la expectativa por mejorar su aspecto físico y por ende su aspecto psicosocial. Por tanto, una cirugía con resultados adecuados estéticamente ocasionará mejoría en el ámbito psicológico, afectivo y social.

Objetivo: Evaluar la satisfacción con la imagen corporal y satisfacción sexual en pacientes sometidos a cirugía estética en la consulta privada de Cirugía Plástica en la ciudad de Quito en el periodo noviembre 2020 a mayo 2021.

Metodología: Se trata de un estudio de antes y después, realizado en Quito. El tiempo de recolección de la muestra fue de 6 meses. Por efectos de la pandemia COVID-19, que redujo el número de Cirugías electivas, se realizó el cálculo muestral con una precisión propuesta de 0.07, con lo que se obtuvo una muestra de 64 pacientes. Se obtuvo un total de 71 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

Resultados: Se incluyó un total de 71 personas de ambos sexos. La edad promedio fue de 32 años, la mayoría fueron mujeres. Finalmente, las personas solteras son las que más cirugías estéticas se realizaron (46% del total). La cirugía más practicada fue la cirugía facial. De acuerdo con los datos obtenidos, se evidenció una mejora del del 8,45% en la satisfacción sexual, 11.67% en la imagen corporal, y 8.45% en la autoestima posterior a una cirugía estética.

Conclusiones:

La satisfacción con la imagen corporal y satisfacción sexual no tienen relación directa con las variables sociodemográficas. Se constató una leve mejoría en la escala de satisfacción sexual e imagen corporal con relación a las cirugías faciales y de contorno corporal; tan solo la cirugía mamaria tuvo una relación estadísticamente significativa con la satisfacción de la imagen corporal posoperatoria ($p = 0.007$).

Palabras Claves: Satisfacción sexual, Imagen corporal, autoestima, Cirugía estética.

ABSTRACT

An important motivation that makes the patient opt for cosmetic surgery is the expectation to improve their physical appearance and therefore their psychosocial aspect. Therefore, a surgery with aesthetically adequate results will cause improvement in the psychological, affective and social spheres.

OBJECTIVE: To evaluate satisfaction with body image and sexual satisfaction in patients undergoing cosmetic surgery in the private practice of Plastic Surgery in the city of Quito from November 2020 to May 2021.

METHODOLOGY: This is a before and after study, carried out in Quito. The sample collection time was 6 months. Because of the COVID-19 pandemic, which reduced the number of elective surgeries, the sample calculation was carried out with a proposed precision of 0.07, resulting in a sample of 64 patients. A total of 71 patients who met the inclusion criteria were obtained.

RESULTS: A total of 71 people of both sexes were included. The average age was 32 years, the majority were women. Finally, single people are the ones who underwent the most cosmetic surgeries (46% of the total). The most practiced surgery was facial surgery. According to the data obtained, there was an improvement of 8.45% in sexual satisfaction, 11.67% in body image, and 8.45% in self-esteem after cosmetic surgery.

CONCLUSIONS:

Satisfaction with body image and sexual satisfaction are not directly related to sociodemographic variables. A slight improvement was found in the sexual satisfaction and body image scale in relation to facial and body contour surgeries; only breast surgery had a statistically significant relationship with postoperative body image satisfaction ($p = 0.007$).

KEYWORDS: Sexual satisfaction, body image, self-esteem, cosmetic surgery.

CAPÍTULO I

1 INTRODUCCIÓN

La cirugía estética no es algo nuevo. La cirugía facial, rinoplastia, mamoplastia de reducción y/o aumento mamario han sido los procedimientos más comunes entre las mujeres durante decenios y tanto la profesión como la práctica de la cirugía estética se encuentran bien establecidas en muchos países, incluido en el nuestro.(Berer, 2010).

Según la Sociedad Estadounidense de Cirujanos Plásticos, para el 2014 se realizaron 15,6 millones de procedimientos quirúrgicos cosméticos y mínimamente invasivos. En su mayoría; es decir aproximadamente 14 millones fueron procedimientos no quirúrgicos como inyecciones de Botox y rellenos de tejidos blandos. Más de 1,6 millones fueron cirugías tradicionales como la mamoplastia de aumento y rinoplastia. El número total de procedimientos ha aumentado en un 111% desde el año 2000.(*plastic-surgery-statistics-full-report-2014.pdf*, s. f.).

Una motivación importante que hace que el paciente opte por una cirugía cosmética, es la expectativa por mejorar su aspecto físico y por ende su aspecto psicosocial. Por tanto, una cirugía con resultados adecuados estéticamente ocasionará mejoría en el ámbito psicológico, afectivo y social. (Antičević et al., 2017; Berer, 2010)

La imagen corporal de forma particular se ha propuesto como un factor crucial en la motivación para someterse a una cirugía estética.(Anderson, 1996; von Soest et al., 2006) Se asume que este concepto consta de dos componentes: la orientación, la cual se refiere a lo importante de la imagen corporal que resulta para una persona, y la evaluación, que muestra qué tan satisfecha está una persona con su cuerpo. Se ha sugerido que la evaluación negativa de la imagen corporal aumenta la probabilidad de someterse a una cirugía estética.(Sarwer et al., 1998)

Aunque la función sexual está relacionada con la satisfacción de la misma, esto tan solo demuestra de forma parcial el grado en que las mujeres informan estar sexualmente satisfechas. Otros factores

que influyen en este aspecto son la calidad de vida, variables relacionales y factores individuales. Algunos aspectos de la imagen corporal y la satisfacción sexual, incluido: la preocupación por el peso, atractivo sexual, condición física y los pensamientos sobre el cuerpo mientras se mantiene relaciones sexuales, predicen la satisfacción en las mujeres. La evidencia sugiere que las personas que experimentan una satisfacción sexual baja podrían beneficiarse de los procedimientos quirúrgicos estéticos que se enfocan en estos aspectos específicos de la imagen corporal, satisfacción sexual y autoestima.(Pujols et al., 2010)

Actualmente, es conocido que, en las relaciones de pareja, el autoconcepto de la persona influye con la calidad de la interacción sexual. (Benavides et al., 2015). Un estudio realizado en Chipre, menciona que de acuerdo con la “Teoría de objetificación” las mujeres se ven constantemente evaluadas en base a sus características físicas, lo que podría guiar a un deterioro en su autoconcepto y por ende a su satisfacción sexual, variables que se encuentra relacionadas de acuerdo al autor de este artículo (Asimakopoulou et al., 2020). Por esto, el conseguir una mayor satisfacción con su apariencia por medio de la cirugía estética tiene implicaciones directas sobre la sexualidad (Bolton et al., 2003; P. Paula et al., 1d. C.), y aunque existe poca evidencia sobre el tema (y las existentes poseen varias limitaciones) diversos estudios han sugerido que la cirugía estética también podría guiar a una mejor autoestima en general (von Soest et al., 2009).

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 AUTOPERCEPCIÓN CORPORAL

2.1.1 Concepto de autopercepción

La autopercepción ha sido objeto de debate durante muchos años, sin embargo, es en los setenta cuando se discute y estudia a la misma como un concepto multidimensional, es decir, actúa en varias esferas y es el resultado de varias percepciones de cada una de estas, las cuales confluyen para formar un concepto del “yo”, lo que a su vez le otorga un carácter jerárquico, es decir, que cada una de las percepciones puede resultar de mayor o menor relevancia para el individuo y su conceptualización del “yo”. (Palacios et al., 2012). Mientras que varios autores como Hurtado (2012) y Ferraro García (2005) toman al autoconcepto como una parte de la autopercepción, otros como Goñi (2009) usan esta palabra como un sinónimo, lo cual aceptaremos en este estudio.

Tomando en cuenta que la persona se define como un ser completo mediante la autopercepción, esta podría definirse como la imagen de uno mismo en relación con el mundo (Carpio, 2009) no solamente en el aspecto físico de la persona, sino en varias esferas que resultan importantes para el individuo (social, afectiva, académica, etc.) y cada una de ellas posee subdivisiones que forman nuevos tipos de autoconceptos.(Palacios et al., 2012)

Para Kostelnik (Hurtado & Flores, s. f.), el autoconcepto se ve influenciado por interacciones del ambiente, que ayudan al individuo a formar la imagen de un “yo” producto de las distintas experiencias que este ha tenido, y que le permiten a la persona mantener un comportamiento coherente conforme a sus creencias. (Hurtado & Flores, s. f.)

En otras palabras, la autopercepción o autoconcepto, es el conjunto de creencias, cualidades, atributos y defectos, que forman en el individuo una idea o esquema mental de quién es él, y que permiten una interacción con la sociedad. Es muy importante destacar que el autoconcepto es cambiante (carácter dinámico), es decir, se modifica de acuerdo con las experiencias de la persona y al contexto. El autoconcepto es más modificable cuanto más abajo está en la jerarquización. (Hurtado & Flores, s. f.)

El autoconcepto físico, el cual trataremos como parte de nuestra investigación, es definido como la percepción que tiene el individuo sobre su aspecto físico. De acuerdo con Marchago (Hurtado & Flores, s. f.) el autoconcepto físico resulta de la combinación de varios dominios como: las experiencias físicas y su relación con los sentimientos y emociones que estas ocasionan en la persona.

El autoconcepto físico se relaciona estrechamente con el estado de ánimo y con el bienestar psicológico, y constituye una de las esferas más importantes dentro del autoconcepto global y afecta directamente las interacciones sociales de la persona. (Hurtado & Flores, s. f.)

Dimensiones de la autopercepción:

Según describe Goñi, para poder definir la autopercepción, es importante tomar en cuenta al menos dos dimensiones: social y emocional. (Goñi Palacios, 2009) Sin embargo, resulta más útil categorizarla en cuatro dimensiones (cada una de estas estrechamente relacionadas con el bienestar psicológico) a fin de poder ampliar su concepto, las cuales son:

- El autoconcepto afectivo-emocional: Hace referencia a la percepción que tiene el individuo de sí mismo en cuanto al manejo de sus emociones
- El autoconcepto ético/moral: Define la percepción que la persona tiene sobre su honradez principalmente, aunque también se toma en cuenta la percepción que tiene sobre sus valores.
- El autoconcepto de la autonomía: Se refiere a cómo el individuo valora y percibe sus decisiones
- El autoconcepto de la autorrealización: Hace referencia a cómo la persona se auto percibe conforme a los logros que ha tenido en su vida. (Goñi Palacios, 2009)

Otros autores como Hurtado dimensionan a la autopercepción de acuerdo con tres ítems importantes.

- Autoconcepto: Reconocido como el análisis que la persona hace de sí misma, que le permiten crear un concepto sobre él, y que le permiten un buen funcionamiento en varias esferas.
- Autoestima: Entendida como las ideas de “valía” hacia uno mismo, que vienen influenciados por conceptos propios tanto como externos. (Hurtado & Flores, s. f.).

- Autoimagen social: Se refiere al conocimiento que la persona tiene de sí, obtenido mediante la información que le brinda la sociedad, es decir, lo que otros piensan de la persona, le ayuda a esta a formar un concepto de quién es y que rol cumple en su grupo social. (Hurtado & Flores, s. f.)

Por otro lado, González (Ferraro et al., 2005) propone 3 perspectivas del autoconcepto

- Conceptual: Trata de sus múltiples definiciones y que incluye a la autoimagen y autoestima
- Estructural: Hace referencia a la multidimensionalidad y jerarquización del autoconcepto, lo que concuerda con descripciones previas de otros autores, revisadas anteriormente en este capítulo
- Funcional: Se aplica este término para referirse a cómo las experiencias pasadas del individuo le ayudan a formarse una imagen de sí mismo. (Ferraro et al., 2005).

2.1.2 Autopercepción y salud mental

De acuerdo con Marchago (Ferraro et al., 2005). El autoconcepto es uno de los determinantes del actuar humano, que ha dado pie a varios estudios dentro del campo de la salud mental. (Ferraro et al., 2005) Como describe Ferraro García, el ideal de lo que es bello, se relaciona estrictamente con la autopercepción, lo que puede causar inconformidad al percibir algunas partes del cuerpo como antiestéticas y que llega a generar angustia y rechazo hacia sí mismo, sin embargo, es importante destacar que este rechazo no está relacionado con la aceptación por su entorno generalmente, aunque podría suceder en muy pocos casos. (García, 2020)

Es esta búsqueda de satisfacción y confianza en sí mismo que funcionan como disparadores para la búsqueda y en ocasiones abuso de cirugías y procedimientos con un fin estético. De hecho, múltiples estudios comprobaron rasgos psicopatológicos en personas dispuestas a someterse a una cirugía estética o que ya se han realizado una, entre los que predominan: El trastorno dismórfico corporal, disminución en los niveles de autoestima, depresión y ansiedad y trastornos de personalidad (Moretti & Casari, 2017)

Young (Moretti & Casari, 2017) indican que personas con problemas en su autopercepción, tienen tendencia al aislamiento social por ser diferentes a los demás, además de un acentuado sentido de falta de pertenencia a algún grupo (Moretti & Casari, 2017)

Por todo esto, es sumamente importante la etapa de valoración prequirúrgica, en la cual se podrían detectar algunas condiciones psicológicas o psiquiátricas que afectaran los resultados postquirúrgicos de satisfacción con la autopercepción corporal. (Moretti & Casari, 2017)

En todo caso, es importante destacar que la satisfacción con la autopercepción no solamente está influenciada por variables psicológicas, sino que también son de importancia otras variables, como el aspecto cultural, la influencia de los pares y del medio, etc. Sin embargo, un cambio en la apariencia física está directamente relacionado a mejoras en el bienestar psicológico, con excepción de pacientes con trastorno dismórfico corporal en quienes permanecen insatisfechos sin importar el número de cirugías que se realicen (Springer et al., 2012).

2.1.3 Autopercepción y Cirugía Estética

La búsqueda de belleza corporal, potenciada en estos días por el uso de redes sociales y medios de comunicación no es algo nuevo, pero actualmente esta búsqueda conlleva a la realización de cirugías estéticas y otros procedimientos para alcanzar ciertos estándares por parte de quien las busca. (García, 2020; Huaman, 2021).

Es la insatisfacción corporal (autopercepción física negativa) uno de los principales motivadores para la cirugía estética (García, 2020). De acuerdo a Ferraro, se considera que el principal objetivo de la cirugía estética es obtener una mejora en la autoimagen (aspecto físico) y en el bienestar psicológico, mostrando así la estrecha relación entre estos tres elementos (Ferraro et al., 2005).

A nivel mundial, en los últimos años la realización de procedimientos estéticos ha ido en aumento, siendo Estados Unidos el país donde se realizan la mayor cantidad de procedimientos no quirúrgicos y Brasil el país con mayor cantidad de procedimiento quirúrgicos realizados por año (García, 2020).

Un estudio realizado en Tailandia en el año 2019, reportó que las pacientes mujeres que se sometían a cirugías estéticas, tenían el pensamiento que esto iba a mejorar su imagen, autopercepción y autoconfianza, sin embargo, los resultados fueron contrarios, encontrándose en su valoración postquirúrgica sentimientos de insatisfacción predominantemente, lo cual podría

significar que los niveles bajos en la autoconcepto a pesar de estar relacionados con el aspecto físico, también se ven influenciados por otros factores. (Yenchai y Sirisook, 2019)

Se conoce que alrededor del 20% de pacientes que se someten a una cirugía estética tienen desórdenes psiquiátricos mayormente relacionados con su autoconcepto o que al menos lo involucran de cierta manera. (Springer et al., 2012). Los pacientes con trastornos psiquiátricos en cuanto a su autopercepción o autoimagen corporal previos a la cirugía estética tienen mayores niveles de insatisfacción después de una cirugía de este tipo. Por otro lado, pacientes con un autoconcepto disminuido en el ámbito social, tienen tendencia a realizarse más de una cirugía estética ya que no encuentran una mejoría en su autoconcepto global. Entre las cirugías que más se realizan se encuentran las mamoplastias, rinoplastia, y abdominoplastia. (Moretti & Casari, 2017)

Si hablamos del tema regionalmente, un estudio que se realizó en Chile en el 2016, que aplicó una escala pre y postquirúrgica para valoración de autoestima, auto percepción y calidad de vida sexual a 58 mujeres chilenas que se sometieron a mamoplastia de aumento, demostró un aumento en todos estos parámetros, lo que coincide con resultados reportados en un estudio que se llevó a cabo en Estados Unidos en el año 2005 (García, 2020). Por otro lado, no existen estudios de este tipo a nivel nacional que puedan corroborar este comportamiento en Ecuador.

2.1.4 Body shape questionnaire (BSQ)

Esta es una escala diseñada por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, validada y publicada en 1987. Se desarrolló ante las preocupaciones por el aspecto físico, mismas que siempre han sido bastante comunes, sin embargo, a través del tiempo han resultado difíciles de evaluar, es por esto que en 1987 se publica la creación y validación de un cuestionario de auto reporte, basado en entrevistas semiestructuradas.(Cooper et al., 1987).

El BSQ, está constituido por 34 ítems puntuados en una escala de Likert que va de 1 a 6 y que evalúan el malestar con la imagen corporal. Se compone de 4 aspectos importantes como la forma de vestir, la vida social del individuo, conducta alimenticia y factores relacionados con el peso. (Gómez,2013).

Las preguntas 1,3, de la 7 a la 15, y la 17,18,19,20,25,26,27,29,31 y 32 evalúan el grado de insatisfacción con la imagen corporal, mientras que el resto de las preguntas hacen referencia a los

problemas con el peso. Este cuestionario posee alta confiabilidad (0.948 en test de Cronbach) (Gómez, 2013).

2.2 SEXUALIDAD

2.2.1 Definiciones actuales

Satisfacción sexual

La satisfacción sexual ha sido un tema bastante discutido en la actualidad, y que cada vez se incluye en estudios científicos. Aunque es controvertida su definición, algunos autores coinciden que abarca no solamente la respuesta física (que puede o no llegar al orgasmo) sino también emocional, lo que lo vuelve un término bastante subjetivo. Es así como en el sexo femenino esta llega a estar estrechamente relacionada a la satisfacción con la pareja y es un indicador de la calidad de esta.). (Philippsohn & Hartmann, 2009). Otros autores definen a la satisfacción sexual como la respuesta emocional ante las relaciones sexuales, y la percepción de que las necesidades sexuales están siendo satisfechas. (Antičević et al., 2017)

Por lo expuesto, de la dificultad que se genera para definirla, también se desprende su dificultad para medirla mediante instrumentos estandarizados. Además, que existen otras variables que pueden afectar la satisfacción sexual (variables intra e interpersonales) lo que dificulta aún más su medición. (Philippsohn & Hartmann, 2009). Sin embargo, actualmente existen algunos instrumentos que han reunido varias esferas de la vida sexual (física, emocional, comunicación, etc.) para generar una medición global de esta lo más acertada posible, tal es el caso del índice de satisfacción sexual de Hudson – ISS (entre otros) utilizado en nuestro trabajo, y que se explicará más adelante.

Un estudio llevado a cabo en Alemania en el 2009 encontró que la satisfacción sexual tiene dos dimensiones marcadas: física y sentimental (en cuanto a las experiencias y sensaciones que la relación sexual causa en el individuo y en su pareja) las cuales coexisten y son igualmente importantes. Sin embargo otros parámetros como la frecuencia de las relaciones sexuales también fueron importantes (Philippsohn & Hartmann, 2009)

Desorden de satisfacción sexual

Hace referencia a la insatisfacción del individuo con su vida sexual a pesar de un adecuado deseo sexual y adecuados orgasmos. Aunque existe una definición concreta, aun no hay evidencia científica que permitan colocar a este término dentro de un sistema de clasificación (Philippsohn & Hartmann, 2009). Otros términos como distrés sexual, también han sido recientemente acuñados por varios autores, el cual se refiere al malestar emocional y sentimientos negativos asociados a las relaciones sexuales con la pareja (Philippsohn & Hartmann, 2009).

Autoconcepto sexual: Este término que cada vez está cobrando más relevancia, explica el esquema mental que un individuo tiene de sí mismo viéndose como un ser sexual, es decir, implica las valoraciones positivas o negativas que hace de sí en este aspecto. El autoconcepto sexual conforma parte la autopercepción, y al igual que esta, está conformada por varias esferas o dominios (multidimensional) y a la vez cada uno de estos aspectos puede o no ser más relevantes que otros (jerárquico). A su vez, este concepto tiene una relación directa con la satisfacción sexual, de allí su importancia (Antičević et al., 2017).

2.2.2 Relación e la satisfacción sexual con variables sociodemográficas (estado civil – sentimental, edad y sexo)

Joyner (Benavides et al., 2015) informa que la satisfacción sexual podría estar ligada a variables sociodemográficas, como el nivel de escolaridad, en donde se demuestra una relación directa. (Benavides et al., 2015).

Un estudio publicado en el 2017, reportó que las personas que llegan a tener una relación emocional estable, en su mayoría casados, tienen mejor calidad de vida sexual que aquellos que no (en su mayoría solteros), y esto influye directamente es estados como depresión y ansiedad, reduciendo los niveles de estas y mejorando la calidad de vida en general (Antičević et al., 2017). Si se habla del género y su relación con la satisfacción sexual, hay marcadas diferencias entre hombres y mujeres, siendo los hombres quienes presentan mayor satisfacción sexual en relación con el sexo opuesto, lo que podría incluso estar sujeto a influencias culturales (Benavides et al., 2015).

2.2.3 Autopercepción y sexualidad

El autoconcepto físico está relacionado con la sexualidad, por ello, cualquier variable que afecte al autoconcepto físico (como las preocupaciones por el peso, estado de distorsión en la imagen corporal, etc.) también afectara la satisfacción sexual, por esto la preocupación al respecto es cada vez mayor. Un estudio realizado en 2004, incluso reporto conductas evitativas a nivel sexual y disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales cuando existía insatisfacción con el aspecto físico. (Castro et al., 2004)

Un estudio realizado en 2015, muestra que las mujeres tiene niveles más bajos de autoconcepto físico en comparación al sexo masculino, sin embargo, presentan niveles superiores de autoconcepto familiar (Benavides et al., 2015).

Ya que el autoconcepto positivo, implica ganancia en la confianza y mejorías en diferentes niveles de la calidad de vida incluyendo la vida sexual, los métodos que puedan utilizarse para mejorar el autoconcepto también estarán directamente relacionados con la satisfacción sexual, tal es el caso de la cirugía estética. El estudio de García en 2020, demostró que el incremento de la autoconfianza en pacientes que se sometieron a cirugía estética, genera una mejora en su vida sexual (García, 2020). Esto concuerda con varios estudios en los que los resultados indican una mejoría en la extroversión, y relaciones de pareja. (Moretti & Casari, 2017).

2.3 CIRUGÍA ESTÉTICA

2.3.1 Estadística de la cirugía estética a nivel global, Latinoamérica y Ecuador

En los últimos años la cirugía estética y sus procedimientos han aumentado de una manera exponencial, la International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) por sus siglas en ingles describieron que para el año 2020 se realizaron un total de 10'129.528 de intervenciones quirúrgicas a nivel global de las cuales las cinco primeras fueron el aumento mamario con alrededor de 1'624.281 de casos (16%); seguidos de la liposucción 1'525.197 (15,1%), blefaroplastia 1'225.540 (12,1%), rinoplastia 852.554 (8,4%) y abdominoplastia 765.248 (7,5%). En cuanto a la las variables demográficas como el sexo, las mujeres son las que más cirugías se realizan; liderado por el aumento mamario, liposucción, blefaroplastia, abdominoplastia y

rinoplastia en comparación a los hombres que tienen como cirugía más común la blefaroplastia, liposucción, ginecomastia, rinoplastia y finalmente la otoplastia; la edad promedio de esta población comprenden un grupo etario entre los 18 y 35 años o más jóvenes; no se consideraron los procedimientos no quirúrgicos en este acápite.

Según la ISAPS, los E.E.U.U de Norteamérica es el país con más intervenciones estético-quirúrgicas que se realizaron en el 2020 (3'182.815). De acuerdo a esta encuesta existió un decremento de los procedimientos en alrededor de un 10,9% en comparación al 2019, quizá asociado a varios factores como la pandemia COVID 19 la cual afectó directamente en las estadísticas a razón de los cierres masivos de los centros estéticos.

En Latinoamérica, el país con mayor cantidad de cirugías plásticas es Brasil con alrededor de 1'306.962, de las cuales la cirugía estética facial ocupa el primer lugar con un aproximado de 483.000 intervenciones quirúrgicas, seguido del contorno corporal (421.631) y la cirugía mamaria (401.531). De estos, la liposucción (13,3%), aumento mamario (13,2%), blefaroplastia (10,9%), abdominoplastia (8,6%) y mastopexia son los más comunes.

Otros países en ibero-Latinoamérica están incluidos en la encuesta de ISAPS del 2020, entre ellos: México con un total de 456.489 casos, de los cuales la liposucción (16,2%), aumento mamario (12,8%), aumento glúteo (10,9%), blefaroplastia (9,2%) y la rinoplastia (7,6%) son los más comunes; países del cono sur como Argentina (284.320 cirugías) tienen una estadística un poco divergente; entre estas, el aumento mamario es la más común (19,9%), rinoplastia (14,3%), blefaroplastia (11,3%), liposucción (9,7%) y abdominoplastia la prosiguen; otros países de habla hispana como España promediaron para el 2020 alrededor de 165.906 actos quirúrgicos estéticos de los cuales la cirugía de aumento mamario predomina (26,8%) seguido de la blefaroplastia (12,2%), liposucción (11,4%), mastopexia (6,4%) y la rinoplastia (6,3%).

Colombia, un país demográficamente similar al nuestro reporta un promedio de 208.416 procedimientos de los cuales la cirugía de contorno corporal es predominante con 81.612 casos, seguidos de los procedimientos estéticos mamaros con 69.780 casos y finalmente el lifting facial con un aproximado de 57.024 intervenciones, de estos resultados generales se concluye que la liposucción (16,6%), el aumento mamario (15,7%), aumento glúteo (10%) abdominoplastia (9%) y blefaroplastia (7,6%) son las más practicadas, además esta encuesta arroja que este país es uno de los más concurridos por lo extranjeros para realizarse una intervención estética con 21,8%.

Cabe recalcar que estas estadísticas arrojadas por la ISAPS para el 2020 fueron encuestas realizadas a alrededor de 1081 cirujanos plásticos de todos los países del mundo, además de que los datos fueron proporcionados por las distintas sociedades nacionales de cirugía plástica. (*ISAPS Global Survey 2020*, s. f.) (*ISAPS Encuesta global 2020*, s. f.).

A pesar de que la Sociedad Ecuatoriana de cirugía plástica, estética y reconstructiva (SECPRE) se formó como una sociedad científica en el año de 1969, esta no corrobora con datos exactos acerca del número de cirujanos plásticos actuales en el Ecuador (no todos los cirujanos pertenecen a la sociedad), el número de intervenciones realizadas el último año o el tipo de cirugía más común; según la página oficial de SECPRE en el año 2021 existieron alrededor de 3000 profesionales que pertenecen a la misma, de los cuales el capítulo Pichincha fundada el 1999 consta con 145 miembros seguidos del capítulo guayas con 132 miembros, el capítulo Austro y capítulo Manabí con 45 y 42 miembros respectivamente. («Sociedad Ecuatoriana de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética», 2022).

2.3.2 La cirugía estética y los sistemas de salud

Los sistemas de salud son los entes gubernamentales encargados de mejorar la salud de la población, garantizar la capacidad de respuesta a las necesidades actuales y garantizar el reparto adecuado de los recursos económicos.

Considerando que el aumento de la riqueza es directamente proporcional a una mejor salud, la cual prolonga la esperanza de vida y mejora las condiciones de esta, se debe evaluar en los países de bajos recursos que una población no saludable es un limitante para el crecimiento de su economía además que el retorno de este tipo de inversiones secundario a una intervención en salud suele ser bajo, por lo cual invertir en salud es una ganancia económica a largo plazo. (McKee et al., 2009)

Existe un exhaustivo debate en si la salud es una inversión o un gasto, sin embargo, varios estudios históricos han demostrado que la salud está asociada con un mayor crecimiento económico; un claro ejemplo fue en el 2007; en donde, si la Unión europea hubiese aumentado la inversión en salud de su población, se pudo haber logrado una reducción estimada del 22% en ingresos hospitalarios y una ganancia de 141 millones de euros en productividad. (McKee et al., 2009)

“La capacidad de un país para invertir en atención médica dependerá de la riqueza de ese país”. Finalmente, las inversiones específicas en políticas públicas a través de intervenciones de Medicina

Basada en Evidencia, fortalecerán tanto la salud pública, la atención médica y disminuirán las desigualdades sustanciales de estos países. Las inversiones cuidadosamente dirigidas van a beneficiar tanto a la salud de la población como al crecimiento económico; para así poder considerar al sistema como un componente productivo y no como una pérdida de recursos (McKee et al., 2009).

Expuesto lo anterior, en cirugía plástica existe un gran debate entre los procedimientos quirúrgicos que son funcionales (deterioro de una función por debajo de lo estadísticamente normal en relación a la población a la que pertenece el paciente) o no funcionales (condición relacionada a la apariencia de un individuo), esta delgada línea de lo reconstructivo y estético es un generador de varias leyes y reformas en diferentes países del mundo para establecer reglas entre lo que el sistema de salud deberá desembolsar y racionalizar; por lo cual primero deberemos definir los conceptos de estos, según la Asociación Médica Estadounidense (Sandman & Hansson, 2020):

Cirugía estética (no funcional): Son actos quirúrgicos para modelar y definir sitios anatómicos del cuerpo humano sin alteración estructural previa con la finalidad de mejorar la apariencia y la autoestima de este. (Sandman & Hansson, 2020)

Cirugía reconstructiva (funcional): Acto quirúrgico que se realizan es estructuras anatómicas anormales causados por defectos congénitos, traumas, infecciones tumores o enfermedades.

En este contexto los sistemas sanitarios financiados con fondos públicos, deberán determinar si las intervenciones son reembolsables ante una condición no funcional vs funcional (estética vs reconstructiva); en conclusión definiremos que una condición física con limitaciones en su función implicaría un funcionamiento fuera de lo estadísticamente normal con respecto al grupo poblacional al que pertenece el individuo (función estadísticamente normal), reduciendo así la salud del mismo en mayor medida y en estos casos es adecuado un tratamiento quirúrgico; en cuanto a la necesidad de un paciente en condiciones no funcionales que resultan de la apariencia y perspectiva del mismo (normalidad estadística según Boorse); por ejemplo la reducción mamaria mejorara el dolor a nivel cervical y dorsal, la abdominoplastia reduciría factores de riesgo donde prosperen el eccema y la infección (cirugía medicamente justificada vs intervención netamente estética) mas no se justificaría una cirugía mamaria en la cual la paciente declare inconformidad

por una leve asimetría mamaria ya que en la literatura se describe que alrededor del 40% de la población femenina tiene algún grado de asimetría. (Sandman & Hansson, 2020)

En contraste ante lo mencionado previamente, si se considerara de forma estricta que las condiciones funcionales son las únicas cirugías que deberían ser financiadas por el sistema de salud sería caer en un error, ya que en la mayoría de ocasiones no se toma en cuenta a la salud mental como un problema sanitario (el paciente necesita un sufrimiento validado por el sistema de salud para ser sometido a cirugía plástica) ; Según McKee et al.(McKee et al., 2009) sugiere que las condiciones estéticas o una imagen corporal alterada están íntimamente relacionadas con ciertas condiciones psicosociales e inclusive psiquiátricas (ansiedad o depresión) y que las condiciones no funcionales o funcionales deberían ser tratadas según la gravedad de la condición; “Si los pacientes tienen un sufrimiento validado que se puede reducir con cirugía plástica y su condición está fuera del rango de lo que es estadísticamente normal, debería ser financiado con fondos públicos”. (Sandman & Hansson, 2020).

Según las entidades locales que normatizan la atención de los pacientes a través de la red integral de salud con su ente rector que es el Ministerio de Salud pública, periódicamente publican el tarifario de prestaciones de servicios para el sistema nacional de salud y para el año 2020 en su sección segunda; describe como normas generales: “Se exceptúan reconocimientos económicos de los procedimientos médicos realizados con fines cosméticos, cirugía plástica con fines estéticos y que en el caso que el usuario o paciente desee realizarse algún tipo de intervenciones estético quirúrgicas, deberá asumir todo el costo del mismo”. En este contexto ningún tipo de intervención estética es parte de la cobertura de servicios de salud en nuestro país, lo cual es replicable con las estadísticas a nivel mundial; sin embargo, ciertas intervenciones quirúrgicas deberían ser excepciones: la reasignación de sexo, la cirugía posbariátrica, entre otras, los cuales son parte de un manejo integral en los sistemas de salud de los países desarrollados. (*Tarifario de presentaciones para el sistema nacional de salud 2020*, s. f.).

2.3.3 Evolución de la cirugía estética en sexualidad

La estética se ha considerado como pilar importante en las sociedades a lo largo de la historia, la palabra estética viene del griego “aisthetikos”, lo que precisa de sensaciones y es percibido por nuestros sentidos; ya lo dijo el poeta francés Paul Valery en una de sus obras la estética es: “La

ciencia de lo bello”. Con este precepto la belleza y la estética se consideran conceptos que van de la mano en el especto psicosocial de los seres humanos. (Cremades, 2009)

Los individuos hemos buscado la armonía y el equilibrio entre lo físico, mental, social, sexual y espiritual, es ahí donde surge la cirugía estética como parte de una necesidad que fue creciendo de forma gradual con el pasar del tiempo; ya la historia narra que para el siglo XIX (1865-1934) Jacques Joseph un médico cirujano, alemán de nacimiento, relataría en una de sus obras “Nariz y otra cara plástica”, la importancia de la estética en el ámbito sociológico y psicológico. Otros grandes galenos como Suzanne Noel pionera de la cirugía estética en Francia en 1926 publicó su tratado “La Cirugía Estética y su rol social” en la cual relata la importancia del entorno social y familiar del paciente además de sus prejuicios y miedos previo a un procedimiento estético. (Cremades, 2009).

Hace más de 30 años (Baker et al. 1975), demostró el cambio positivo que ejercía la mamoplastia en el componente psico sexual de las pacientes que se sometieron a este procedimiento. En la actualidad, el enfoque en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes que se someten a cirugía estética está en auge, Rankin et al demostró que después de una intervención estética los pacientes tienen mayor confianza en sí mismos, están de acuerdo con su apariencia física, lo que conlleva a cambios positivos en su vida social, sexual y psicológica. A veces el cirujano plástico es etiquetado como un “psico cirujano” (Stofman et al., 2006).

La importancia de realizar una evaluación previo y posterior a la intervención estética quirúrgica tiene un valor científico a largo plazo con lo cual se podría analizar estos datos y tomar decisiones basados en evidencia científica. Existe un sin número de escalas, cuestionarios para la evaluación de los aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales, sexuales y de calidad de vida de un paciente; muy pocos tienen la metodología necesaria o la validación para poder ser aplicados de forma rigurosa y científica.

Al ser la sexualidad parte del componente de habitabilidad del ser humano, con el pasar de los años se han creado varias escalas para evaluación de la satisfacción sexual en la población en general entre ellas (Pérez Triviño, 2013):

- Inventario Golombok Rust de Satisfacción Sexual (Rust y Golombok, 1986).
- Inventario Pinney de Satisfacción Sexual (Pinney et al., 1987)
- Escala de Satisfacción Sexual Young (Young Y Luquis, 1998)

- Medida Global de Satisfacción Sexual (Byers Y Macneil, 2006)

Varias de estas escalas miden parámetros que no se apegan netamente a satisfacción sexual más bien miden la falta de ella (Rust y Golombok, 1986); otros miden la satisfacción sexual netamente de las mujeres (Pinney et al., 1987) y otras combinan varios inventarios más cuestionarios multidimensionales (Young Y Luquis, 1998) o tan solo son preguntas basadas en respuestas multidimensionales seguidas de escalas bipolares (Byers Y Macneil, 2006). ((Pérez Triviño, 2013))

Sin embargo, el **INDICE DE SATISFACCION SEXUAL (ISS)**, descrita por Hudson et al., 1981 tiene una fiabilidad de consistencia interna (Alfa de Cronbach) entre 0,86 a 0,95 en la versión en inglés y con una fiabilidad de test re-test de 0,93 posterior a una semana de intervención (Butzer y Campbell, 2008; Davies et al.,1999.) (Pérez Triviño, 2013)

Hudson et al., expone con suficiente evidencia la validez discriminante (diferencias de población con y sin problemas sexuales) además de una validez de constructo (autoestima, depresión; deseo, satisfacción y función sexual). Para la versión española (Crooks y Baur, 2000) se considera una escala tipo Likert en la que ciertas preguntas se invierten con relación a sus puntajes y consta de 25 ítems, la cual evalúa el grado de satisfacción sexual del paciente con su pareja (Alfa de Cronbach para la escala global de 0.89). (Pérez Triviño, 2013)

Finalmente, la satisfacción sexual y la cirugía estética tienen una estrecha relación, sin embargo, aún falta estudios que validen esta hipótesis, en este trabajo científico nos enfocamos y buscamos a través del análisis exhaustivo de datos, la probable relación de la cirugía estética y la satisfacción sexual mediante la escala tipo Likert ISS descrita anteriormente.

2.4 IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL Y LA DECISIÓN DE CIRUGÍA ESTÉTICA

2.4.1 Relación de la medicina estética y la salud mental

La OMS define a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Generalmente los pacientes estéticos que son intervenidos quirúrgicamente no tienen algún tipo de mejoría evidente sobre su estado de

salud; por lo cual medir la eficacia de estas intervenciones van más allá de los resultados funcionales u observables, por lo que deberemos enfocarnos en los diferentes aspectos de la calidad de vida del mismo (autoestima, imagen corporal, salud mental, , satisfacción sexual, etc.) posterior al procedimientos estético, “El equilibrio entre los aspectos físicos y psíquicos conducen a la armonía de la mente y el cuerpo”. (Rondón, 2020).

2.4.2 Procedimientos estéticos quirúrgicos y la salud mental

En los últimos años el enfoque de la salud mental tras un acto quirúrgico estético, ha sido motivo de interés sobre todo en: la mamoplastia reconstructiva y estética, cirugía facial y cirugía del contorno corporal; no obstante, la robustez de los datos y la evidencia es mínima. Honigan et al., evaluaron varios cambios en el ambiente psicosocial de las pacientes sometidas a procedimientos estéticos entre ellos cirugía de mama (mamoplastia de reducción N=117), su satisfacción oscila entre el 86 al 97%, en otros estudios se encontraron resultados muy similares. Otras intervenciones estéticas como lifting facial, intervenciones de contorno corporal, también mostraron mejoría en la autoestima, imagen corporal y aceptación social con una satisfacción del 86%; quizá la divergencia de resultados es marcada en correspondencia a los pacientes que se someten a rinoplastia, Edgerton et al., al igual que Knorr encontraron trastornos de la personalidad e insatisfacción en alrededor del 50% de los pacientes que se sometieron a esta cirugía, talvez dichos resultados están asociados a que estos pacientes tuvieron algún grado de trastornos psiquiátricos previos (depresión, ansiedad, trastorno dismórfico corporal); estudios actuales con buen nivel de evidencia (Wähmann et al., 2018) concluyeron todo lo contrario en relación a la rinoplastia y la mejoría en su calidad de vida, por lo que una adecuada valoración psicológica prequirúrgica es importante. Papadopulos et al. valoró los cambios tanto pre como posquirúrgicos de pacientes sometidos a cirugía estética con una satisfacción del 84% tanto que alrededor del 94% de la población se realizaría otra cirugía. (Rondón, 2020) (Wähmann et al., 2018).

En resumen, los procedimientos estéticos quirúrgicos aparentemente tienen una relación directamente proporcional positiva en la salud mental y la calidad de vida del paciente.

CAPÍTULO III

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 JUSTIFICACIÓN

La demanda de cirugía estética está en aumento cada día (P. R. de Paula et al., 2018) . Las personas optan por realizarse dichos procedimientos debido a que la cirugía plástica es un mecanismo para mejorar la calidad de la vida, y a su vez mejorar la apariencia de una persona e interacción social. (Asimakopoulou et al., 2020).

De acuerdo con un estudio realizado en Chipre, (Asimakopoulou et al., 2020) podría considerarse que la cirugía plástica estética tiene efectos positivos sobre la autoestima, en las relaciones sexuales, sociales y vida romántica de un individuo lo que implica un cambio favorable en las relaciones interpersonales.

Las personas parecen tender a asociar el atractivo físico con la inteligencia, la competencia y la conveniencia social, por ello, la búsqueda de cambios físicos o transformación a través de la cirugía estética, tal vez refleja la conciencia de las personas sobre tales procesos (Kellett et al., 2008).

Otro punto importante para tomarse en cuenta implica la falta de acceso a las cirugías estéticas por falta de cobertura de los servicios de seguros de salud tanto públicos como privados para ciertos sectores de la población que buscan una mejoría en su apariencia y su calidad de vida en general (Edmonds, 2007). Lo que ocasiona que dichas cirugías puedan realizarse por médicos no especializados en cirugía plástica reconstructiva y estética e incluso brinda la oportunidad de incentivar el turismo médico.(Nasser et al., 2019). Creemos que esto podría guiar a mayor número de complicaciones postquirúrgicas atendidas en los hospitales del MSP e IESS ocasionando un aumento en los costos hospitalarios, así como la ocurrencia de pobres resultados estéticos que guían a la insatisfacción del paciente con su imagen corporal.

Se entiende que al analizar el efecto que ejerce la imagen corporal sobre la calidad de vida sexual y autopercepción de las personas, y sus implicaciones psiquiátricas y psicológicas comprobadas mediante una evaluación previa en este campo, podría guiar a que en ocasiones futuras se considere a la cirugía estética dentro de los procedimientos que se encuentran en la cobertura de

un seguro médico privado y/o público o de seguridad social a fin de brindar ayuda complementaria al tratamiento psicológico en caso de comprobarse que esta sea la causa de dicha afectación, tal como se ha considerado a la cirugía de reconstrucción mamaria posterior a mastectomía.

Por otro lado, la literatura describe que mejorar la sexualidad es una razón importante para que los pacientes busquen una cirugía estética y, finalmente, puede influir en la evaluación subjetiva del paciente sobre sus resultados quirúrgicos. (Asimakopoulou et al., 2020).

En una extensa búsqueda bibliográfica realizada por los autores de este proyecto, se evidenció que muchas publicaciones evalúan la calidad de vida sexual posterior a cirugías específicas como: Cirugía posbariátrica (Abela et al., 2011), o mamoplastia de aumento o reducción en la mayoría de casos, sin embargo, hay escasas publicaciones que traten la relación de la vida sexual, imagen corporal y autoestima con varias cirugías estéticas diferentes a las antes descritas en un mismo artículo, esto hace difícil obtener datos de prevalencia sobre estas variables y su comportamiento a nivel internacional y más aún local.

En nuestro país son prácticamente inexistentes los estudios al respecto de este tema, lo que hace muy difícil si es que no imposible encontrar la prevalencia de los pacientes con inconformidad en la satisfacción sexual y su correlación con la cirugía estética, lo cual ha guiado a la realización de nuestra investigación.

3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se tienen datos que para el año 2017, la demanda de cirugía estética a nivel global había aumentado en un 11%. Y varios estudios coinciden que la demanda de esta se ve aumentada en el sexo femenino, llegando incluso a porcentajes tan altos como 90%. (Asimakopoulou et al., 2020). Uno de los pocos estudios que evalúan varias cirugías en conjunto y su relación con la calidad de vida sexual se encuentra publicado en la *Aesthetic Surgery Journal*, mismo que demostró un incremento de satisfacción sexual del 73% en pacientes de sexo femenino posterior a una cirugía estética corporal y 96% de satisfacción con su imagen corporal (Stofman et al., 2006).

Un estudio realizado en Pittsburgh menciona que el 95% de participantes reportaron una mejora en su imagen corporal, el 80% de pacientes que se sometieron a cirugía mamaria y el 50% de

pacientes que se sometieron a cirugía corporal, declararon una mejoría en su satisfacción sexual. (Stofman et al., 2006).

Por su lado, un estudio realizado en Chipre demuestra un cambio positivo en estos tres parámetros: vida sexual (54.7%), vida social (64.4%), y relaciones románticas (49.5%).

Aunque a nivel de Norteamérica y Europa estudios similares muestran resultados favorables, a nivel de Latinoamérica, resulta complicado establecer una estadística sobre estos temas ya que hay carencia de estudios al respecto.

3.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe algún cambio en la satisfacción con la imagen corporal y satisfacción sexual en pacientes que fueron sometidos a cirugía estética en la consulta privada de Cirugía Plástica en la ciudad de Quito en el periodo noviembre 2020 a mayo 2021?

3.4 OBJETIVOS

3.4.1 Objetivo General

Evaluar la satisfacción con la imagen corporal y satisfacción sexual en pacientes sometidos a cirugía estética en la consulta privada de Cirugía Plástica en la ciudad de Quito en el periodo noviembre 2020 a mayo 2021.

3.4.2 Objetivos específicos

- Evaluar la satisfacción con la imagen corporal y satisfacción sexual de acuerdo con variables socio demográficas.
- Determinar los cambios del nivel de satisfacción sexual y satisfacción con la imagen corporal previo y posterior a la cirugía estética.
- Evaluar los cambios del nivel de satisfacción con la imagen corporal y satisfacción sexual según tipo de procedimiento realizado.
- Evaluar el grado de autoestima del paciente previo y posterior a la Cirugía Estética

3.5 METODOLOGÍA.

3.5.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio de antes y después.

3.5.2 Lugar y temporalidad

El estudio se realizará en la ciudad de Quito, en consultas privadas de Médicos Cirujanos Plásticos certificados. El tiempo de recolección de la muestra será de 6 meses.

3.5.3 Muestra

Se calcula la muestra del presente estudio con la siguiente formula y los siguientes parámetros:

$z = 1.96$ para un intervalo de confianza del 95%

$p =$ prevalencia de la patología o condición a estudiar (0.91)

$e =$ precisión propuesta 0.05

$$n = z^2 \times \left\{ \frac{[p(1-p)]}{e^2} \right\}$$
$$n = 1.96^2 \times \left\{ \frac{[0,91(1-0,91)]}{0.05^2} \right\}$$
$$n = 3,8416 \left\{ \frac{0,0819}{0,0025} \right\}$$
$$n = 3,8416 \times 32,64$$
$$n = 125,389824$$

Se obtiene un parámetro muestral de 126 paciente basados en la evidencia de estudios similares al presente (von Soest et al., 2009). Se sumará un porcentaje de 10% por posibles pérdidas durante el estudio.

NOTA: Por efectos de pandemia COVID-19, que redujo enormemente el número de Cirugías estéticas realizadas, y previa autorización por el comité de Bioética, se realizó el cálculo muestral con una precisión propuesta de 0.07, con lo que se obtuvo una muestra de 64 pacientes, número que utilizamos para nuestro trabajo.

Finalmente se obtuvo un total de 71 pacientes que respondieron a los cuestionarios pre y postquirúrgicos y cumplieron los criterios de inclusión.

3.5.4 Operacionalización de variables

Variables	Tipo de Variable	Definición	Categoría / Escala	Indicador
Edad	Cuantitativa discreta	Edad en años cumplidos al momento del estudio, corroborado por documento de identidad	Años	Promedio
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Fenotipo del paciente	Masculino Femenino	Proporción
Etnia	Cualitativa nominal	Auto identificación de etnia	Blanco Indígena Mestizo Afro Mulato Montubio	Proporción

Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Situación estable o permanente en la que se encuentra una persona en relación con sus circunstancias sentimentales y con la legislación. Corroborada por cédula de identidad	Soltero Casado Divorciado Unión Libre Viudo	Proporción
Nivel de Escolaridad	Cualitativa nominal politómica	Grado de educación cursado	Analfabeto Educación Básica Bachillerato Educación de Tercer Nivel Educación de cuarto nivel	Proporción
Satisfacción sexual prequirúrgica	Cualitativa nominal Dicotómica	Grado en el que una persona está satisfecha o feliz con el aspecto sexual de la relación previo a la cirugía, medida con escala ISS	Con problemas de sexualidad Sin problemas de sexualidad	Proporción
Satisfacción sexual postquirúrgica	Cualitativa nominal Dicotómica	Grado en el que una persona está satisfecha o feliz	Con problemas de sexualidad Sin problemas de sexualidad	Proporción

		con el aspecto sexual de la relación seis meses posteriores a la cirugía, medida con escala ISS		
Tipo de procedimiento	Cualitativa nominal politómica	Tipo de procedimiento de acuerdo con CPT (tarifario nacional de salud)	<ul style="list-style-type: none"> • Mamoplastia de Aumento • Mamoplastia de reducción • Abdominoplastia solamente • Liposucción + Abdominoplastia • Liposucción en cualquier parte del cuerpo solamente • Liposucción + transferencia grasa • Aumento de glúteos solamente (cualquier técnica) • Cirugía estética de la cara (cualquier cirugía de cara) • Braquioplastia • Cruroplastia • Cirugía estética genital • Otras 	Proporción

Autoestima prequirúrgica	Cualitativa ordinal	Sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, de acuerdo con evaluación de las propias características. Valorado antes de la cirugía mediante la escala de Rosseberg	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima elevada • Autoestima media • Autoestima baja 	Proporción
Autoestima postquirúrgica	Cualitativa ordinal	Sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, de acuerdo con evaluación de las propias características. Valorado seis meses después de la cirugía mediante la	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima elevada • Autoestima media • Autoestima baja 	Proporción

		escala de Rossemberg		
Satisfacción prequirúrgica con imagen corporal	Cualitativa ordinal	Manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Valorado previo a la cirugía con Body Shape Questionnaire (BSQ)	<ul style="list-style-type: none"> • Sin preocupación por la forma • Preocupación leve con la forma • Preocupación moderada con la forma • Marcada preocupación con la forma 	Proporción
Satisfacción postquirúrgica con imagen corporal	Cualitativa ordinal	Manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Valorado seis meses posterior a la cirugía a la cirugía con Body Shape Questionnaire (BSQ)	<ul style="list-style-type: none"> • Sin preocupación por la forma • Preocupación leve con la forma • Preocupación moderada con la forma • Marcada preocupación con la forma 	Proporción

3.5.5 Procedimiento de recolección de información

De acuerdo con la muestra obtenida, se recolectó pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio y que aprueben su participación mediante un consentimiento informado.

Se aplicó en la consulta externa los tres cuestionarios antes descritos (ISS; BSQ y ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG) de forma convencional (escrita) o forma digital (encuesta web), ya que por motivos de pandemia (COVID 19) y para mantener el distanciamiento social con el paciente evitando así una posterior contaminación cruzada, se opta como opción el llenado del formato digital de las encuestas antes mencionadas; sin embargo, el investigador se encontró presente en dicho momento (encuesta prequirúrgica).

Seis meses posteriores a la cirugía estética, se aplicó los tres cuestionarios nuevamente, de manera presencial, digital o vía telefónica de acuerdo con la preferencia del paciente y tomando en cuenta las observaciones previas.

3.5.6 Criterios de inclusión

- Pacientes que acepten participar
- Pacientes con vida sexual activa
- Pacientes mayores de edad
- Pacientes de Ambos sexos

3.5.7 Criterios de exclusión

- Cirugía Secundaria
- Cirugía realizada por Cirujanos Estéticos y no Cirujanos Plásticos titulados como tal.
- Pacientes menores de edad
- Pacientes sin vida sexual activa

3.5.8 Plan de análisis

Se construyó una base de datos en Microsoft Excel, con los datos obtenidos mediante la aplicación de tres cuestionarios, en la que constaron todas las variables a analizar tanto pre y postquirúrgica, para luego exportarla al paquete estadístico Epi Info 7.

Una vez creada la base de datos, se describió cada una de las variables. Para las variables cualitativas se recurrió a tablas estadísticas para determinar las frecuencias y posteriormente se

realizó un análisis con cruces de variables, para los cruces cualitativos, se utilizó tablas de contingencia 2x2 y 2xn y para la relación se recurrió al OR y para la significancia al Chi cuadrado y los intervalos de confianza. Para el cruce cuantitativos y cualitativos, se recurrió a media estratificada y prueba T.

3.5.9 Aspectos bioéticos

- El estudio se realizó previo a la aprobación del comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica, mismo que asegura la calidad de este y la seguridad de los participantes.
- Los autores del estudio no tienen conflicto de interés, se trata de un estudio autofinanciado, sin fines de lucro.
- El estudio garantiza confidencialidad de los datos de todos los participantes
- Los resultados del estudio se compartirán con los médicos que han participado.
- El presente estudio se realizó previo a la información al paciente (hoja de información al paciente) y firma de consentimiento informado.

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1 UNIVARIAL

4.1.1 Sociodemográficas: edad, sexo, estado civil

TABLA 1: Distribución de pacientes según las variables sociodemográficas

EDAD		
MEDIA		DESVIACIÓN ESTÁNDAR
32		± 10,7446
SEXO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	59	83,10%
MASCULINO	12	16,90%
ESTADO CIVIL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADO/A	27	38,03%
DIVORCIADO/A	5	7,04%
SOLTERO/A	33	46,48%
UNIÓN LIBRE	5	7,04%
VIUDO/A	1	1,41%

Fuente: Encuesta levantada

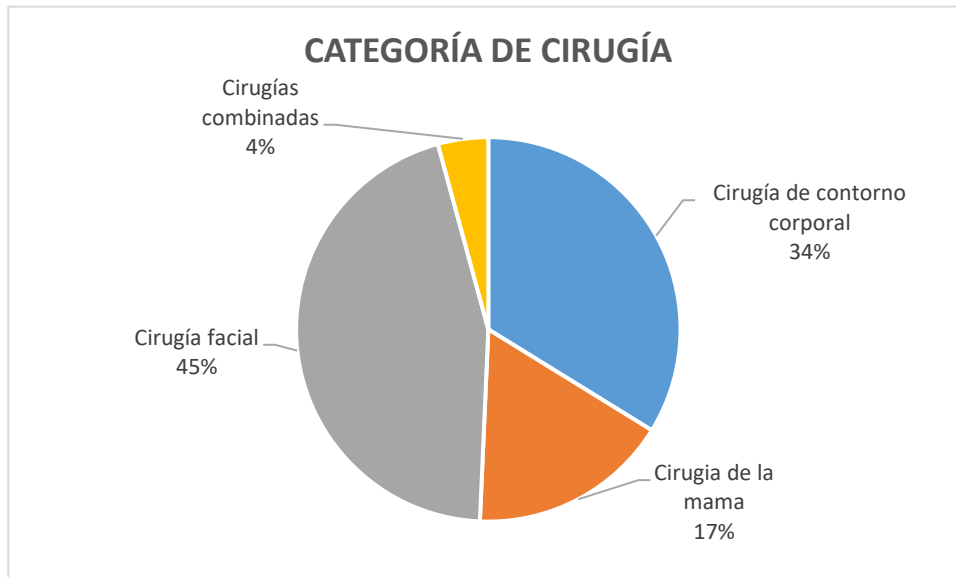
Elaborado por: Autores

Nuestro estudio incluyó un total de 71 personas entre hombres y mujeres que completaron la encuesta pre y postquirúrgica y cumplieron con los criterios de inclusión. En ellos, la edad promedio fue de 32 años con una edad mínima de 18 años y como máximo 64 años, cabe recalcar que uno de los criterios de exclusión fue que los pacientes sean menores de edad. Con relación al sexo, la mayoría fueron mujeres a razón de 5:1. Finalmente, las personas solteras son las que más cirugías estéticas se realizaron en nuestra población con 46% del total.

4.1.2 Variables relacionadas a procedimientos quirúrgicos realizados

4.1.2.1 Categoría de cirugía

GRAFICO 1: Distribución del tipo de cirugías estéticas realizadas



Fuente: Encuesta levantada

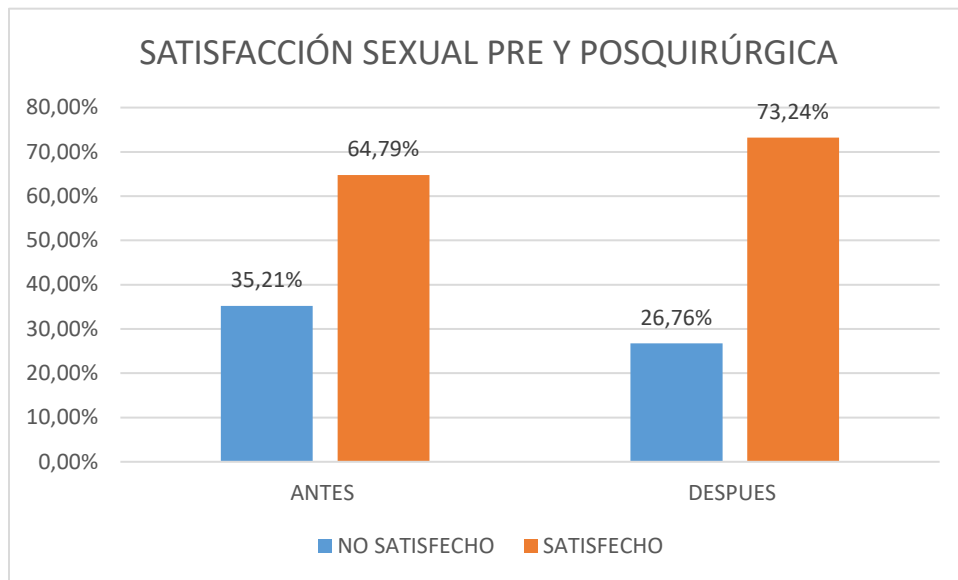
Elaborado por: Autores

Con relación a cuál fue la cirugía más practicada en nuestros pacientes, la más frecuente fue la cirugía facial con casi la mitad de la población; la cirugía de mama, contorno corporal y cirugías combinadas comprenden un 54,93% del total.

4.1.3 Imagen corporal, satisfacción sexual, autoestima

4.1.3.1 Satisfacción sexual (ISS) pre y postquirúrgica

GRAFICO 2: Distribución de satisfacción sexual pre y posquirúrgica



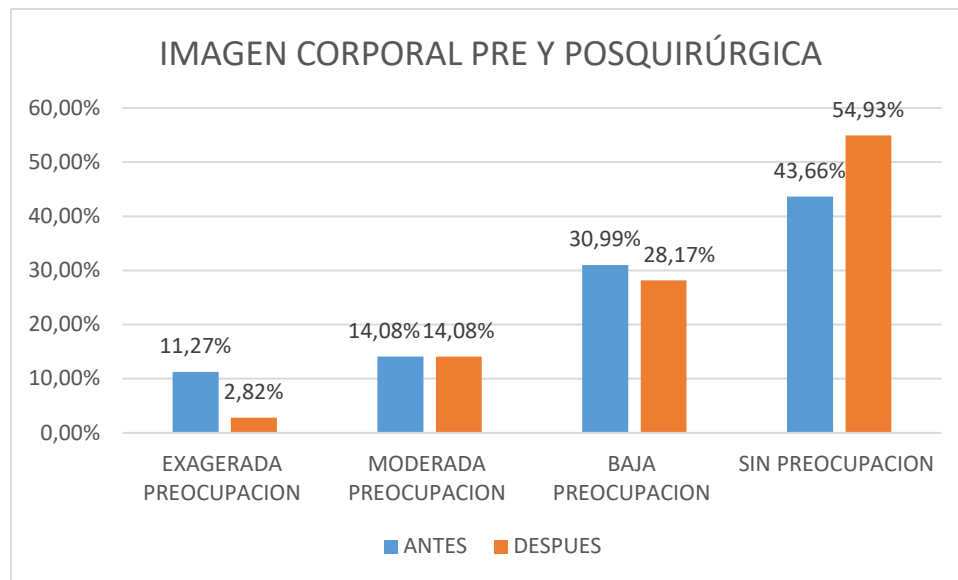
Fuente: Encuesta levantada

Elaborado por: Autores

A pesar de que tanto pre como postquirúrgicamente el porcentaje de personas satisfechas con su sexualidad fue mayor que las insatisfechas, posterior a la cirugía se aprecia una mejora del del 8,45% con respecto a un incremento de esta.

4.1.3.2 Satisfacción con la imagen corporal (BSQ) pre y postquirúrgica

GRAFICO 3: Distribución de satisfacción con la imagen corporal pre y posquirúrgica



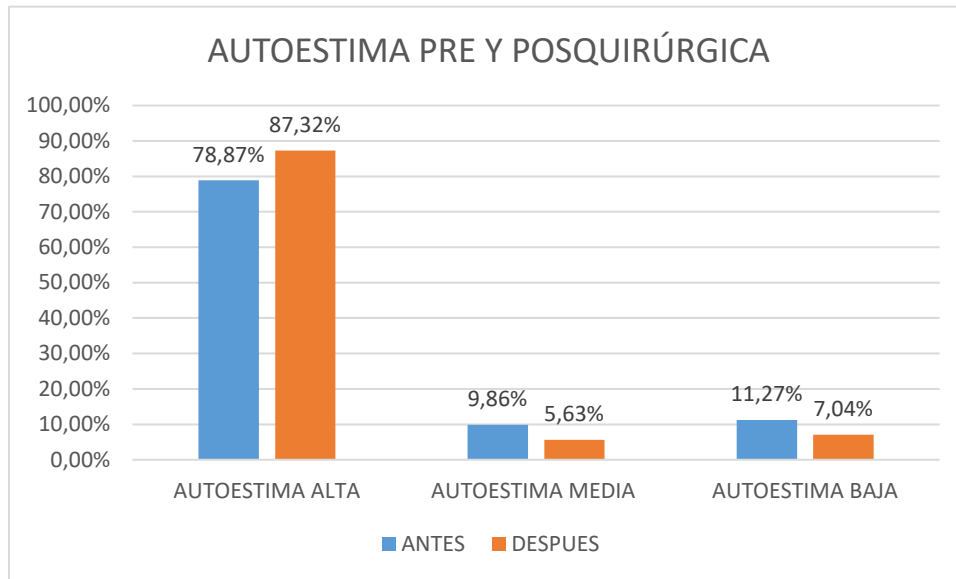
Fuente: Encuesta levantada

Elaborado por: Autores

Con respecto a la imagen corporal, tanto pre como postquirúrgicamente, es mayor el porcentaje de personas que no presentan preocupación, mientras que los pacientes con exagerada preocupación representan a la minoría. A pesar de que estos datos se mantienen en las escalas, es importante mencionar que postquirúrgicamente hubo una mejora con respecto a la preocupación con la imagen corporal ya que hubo un decremento del 8,47% en personas que presentaban exagerada preocupación, mientras que hubo un aumento de 11.67% en las personas sin preocupación. Por otro lado, las personas que presentaron una preocupación moderada o baja prequirúrgicamente se mantuvieron sin cambios significativos en el postquirúrgico.

4.1.3.3 Autoestima (escala de Rosenberg) pre y postquirúrgica

GRAFICO 4: Distribución de autoestima pre y posquirúrgica



Fuente: Encuesta levantada

Elaborado por: Autores

En nuestro estudio se encontró que los pacientes con autoestima alta representan la mayoría tanto en el pre como postquirúrgico. A pesar de estos hallazgos, se evidencia un aumento en los puntajes de la escala de Rossemberg, lo que constituye un 8.45% de la población con autoestima alta, de igual forma se nota un descenso del porcentaje de personas que prequirúrgicamente reportaron autoestima media o baja, lo que se traduce en una mejora de la autoestima a nivel global.

4.2 MULTIVARIAL

4.2.1 Variables sociodemográficas con relación a las categorías de cirugías

4.2.1.1 Categoría de cirugía con relación al sexo

TABLA 2: Asociación entre el sexo y la categoría de cirugía

			OR	IC	p
CIRUGÍA FACIAL	FEMENINA	71,88%	0,21	0,52-0,87	0.014
	MASCULINO	28,13%			
CIRUGÍA MAMARIA	FEMENINA	75%	0,54	0,12-2,38	0,21
	MASCULINO	25%			

Fuente: Encuesta levantada

Elaborado por: Autores

De los 71 individuos intervenidos en nuestro estudio, la mayor cantidad de cirugías fue realizada en el sexo femenino (83,10%); de estas, las cirugías de contorno corporal y facial ocupan los primeros lugares. Por otro lado, en el sexo masculino, la cirugía facial ocupa el primer lugar dentro de la frecuencia de realización ($p = 0,014$), sin embargo, también llama la atención el porcentaje de pacientes masculinos que se sometieron a cirugía mamaria (25%). Cabe mencionar que, dentro de nuestro estudio, los pacientes de sexo masculino no optaron por realizarse cirugía de contorno corporal ni cirugías combinadas.

4.2.1.2 Categoría de cirugía con relación a la edad

TABLA 3: Asociación entre la edad y la categoría de cirugía

		FRECUENCIA	MEDIA	DESV STD	25%	MEDIANA	75%	p
C.C.C	SI	24	35,8	7,8	31,5	33,5	42	0,45
	NO	47	31,7	11,8	24	28	37	
C. MAMA	SI	12	29,5	10,1	23,5	28	31,5	0,20
	NO	59	33,8	10,7	26	32	40	
C. FACIAL	SI	32	32	12,8	24	28	36	0,45
	NO	39	34	8,7	28	32	40	
C. COMBINADA	SI	3	37	5,1	31	40	40	0,53
	NO	68	32,9	10,9	24	31	38	

Fuente: Encuesta levantada

Elaborado por: Autores

En esta muestra se encontró que los pacientes más jóvenes se realizaron cirugía mamaria en su mayoría, mientras que los pacientes de edad más avanzada optan por realizarse cirugía combinadas. No se encuentra una diferencia de edad relevante entre los pacientes que se realizaron cirugía de contorno corporal y cirugía facial; sin embargo, a pesar de lo descrito, estos hallazgos no son estadísticamente significativos.

4.2.1.3 Categoría de cirugía con relación al estado civil

TABLA 4: Asociación entre el estado civil y la categoría de cirugía

		CASADO/A	DIVORCIADO/ A	SOLTERO/A	UNIÓN LIBRE	p
C.C.C	SI	15 (55,5%)	3 (60%)	3 (9,09%)	2 (40%)	0,001
	NO	12 (44,4%)	2 (40%)	30 (90,9%)	3 (60%)	
C. MAMA	SI	1 (3,7%)	1 (20%)	8 (24,2%)	2 (40%)	0,06
	NO	26 (96,3%)	4 (80%)	25 (75,7%)	3 (60%)	
C. FACIAL	SI	8 (29,6%)	1 (20%)	22 (66,6%)	1 (20%)	0,007
	NO	19 (70,3%)	4 (80%)	11 (33,3%)	4 (80%)	

Fuente: Encuesta levantada

Elaborado por: Autores

En nuestro estudio, la cirugía de contorno corporal es la más frecuentemente realizada en personas divorciadas y viudas. Mientras que la cirugía facial, es más buscada por personas solteras. Hallazgos que en nuestro estudio son estadísticamente significativos.

Por otro lado, aunque los datos referidos respecto a la cirugía mamaria y cirugías combinadas no son estadísticamente significativos, cabe mencionar que la primera es la más frecuente dentro de las personas en unión libre, mientras que la cirugía combinada, solamente se realizó en personas casadas.

4.2.2 Imagen corporal, satisfacción sexual con relación a las variables sociodemográficas

4.2.2.1 Imagen corporal, satisfacción sexual con relación a las variables sociodemográficas

TABLA 5: Asociación entre la edad y la satisfacción sexual e imagen corporal

IMAGEN CORPORAL / EDAD							
	FRECUENCIA	MEDIA	DESV STD	25%	MEDIANA	75%	P
SI MEJORA	28	33,8	10	25	33,5	39	0,66
NO MEJORA	43	32,6	11,2	24	31	39	
SATISFACCIÓN SEXUAL / EDAD							
	FRECUENCIA	MEDIA	DESV STD	25%	MEDIANA	75%	P
SI MEJORA	31	32,9	11,4	23	32	40	0,89
NO MEJORA	40	33,3	10,3	24,5	31	38	

Fuente: Encuesta levantada

Elaborado por: Autores

TABLA 6: Asociación entre el sexo y la satisfacción sexual e imagen corporal

SEXO / IMAGEN CORPORAL					
	NO MEJORA	SI MEJORA	OR	IC	P
FEMENINO	23 (38,98%)	36 (61,02%)	0,89	0,25-3,15	0,42
MASCULINO	5 (41,67%)	7 (58,33%)			
SEXO / SATISFACCIÓN SEXUAL					
	NO MEJORA	SI MEJORA	OR	IC	P
FEMENINO	24 (40,68%)	35 (59,32%)	0,48	0,13-1,72	0,14
MASCULINO	7 (58,33%)	5 (41,67%)			

Fuente: Encuesta levantada

Elaborado por: Autores

TABLA 7: Asociación entre el estado civil y la satisfacción sexual e imagen corporal

		CASADO/A	DIVORCIADO/A	SOLTERO/A	UNIÓN LIBRE	p
BSQ	NO MEJORA	12 (44,4%)	2 (40%)	11 (33,3%)	2 (40%)	0,67
	SI MEJORA	15 (55,5%)	3 (60%)	22 (66,6%)	3 (60%)	
		CASADO/A	DIVORCIADO/A	SOLTERO/A	UNIÓN LIBRE	p
ISS	NO MEJORA	11 (40,7%)	2 (40%)	15 (45,4%)	3 (60%)	0,82
	SI MEJORA	16 (59,2%)	3 (60%)	18 (54,5%)	2 (40%)	

Fuente: Encuesta levantada

Elaborado por: Autores

En este estudio, se evidencia que, la edad no se encuentra relacionada a la mejora de la satisfacción sexual y satisfacción con la imagen corporal posterior a una cirugía. Respecto al sexo, es más probable que exista mejoría con la imagen corporal y satisfacción sexual en las pacientes mujeres. Tomando en cuenta la relación de la satisfacción sexual, y satisfacción con la imagen corporal con el estado civil, en nuestro estudio se observa que los pacientes solteros, son quienes presentan una mejoría más marcada en la satisfacción con la imagen corporal después de una cirugía, mientras que en el grupo de casados se reporta mejoría respecto a la satisfacción sexual.

A pesar de estos reportes, los hallazgos en nuestro estudio no son estadísticamente significativos, lo que sugiere que la satisfacción sexual y satisfacción con la imagen corporal no está relacionada con las variables sociodemográficas.

Imagen corporal, satisfacción sexual con relación a las categorías de cirugías

4.2.2.2 Imagen corporal con relación las categorías de cirugías

TABLA 8: Asociación entre la categoría de cirugía y la satisfacción de la imagen corporal

	IMAGEN CORPORAL (BSQ)					
		SI MEJORA	NO MEJORA	OR	IC	p
C. FACIAL	SI	19 (59,3%)	13 (40,6%)	0,9	0,35 – 2,37	0,42
	NO	24 (61,5%)	15 (38,4%)			
C. MAMA	SI	11 (91,6%)	1 (8,3%)	9,28	1,12 – 76,5	0,007
	NO	32 (54,2%)	27 (45,7%)			
C.C.C	SI	12 (50%)	12 (50%)	0,51	0,18 – 1,40	0,10
	NO	31 (65,9%)	16 (34%)			

Fuente: Encuesta levantada

Elaborado por: Autores

En este estudio, se reporta que si existe relación entre la cirugía mamaria y una mejora en satisfacción con su imagen corporal ($P= 0,007$). Mientras que a pesar de que se describe mejoría con la imagen corporal y la cirugía facial y de contorno corporal, estos hallazgos no son estadísticamente significativos.

4.2.2.3 Satisfacción sexual con relación a las categorías de cirugías

TABLA 9: Asociación entre la categoría de cirugía y la satisfacción sexual

	SATISFACCIÓN SEXUAL (ISS)					
		NO MEJORA	SI MEJORA	OR	IC	p
C. FACIAL	SI	13 (40,6%)	19 (59,3%)	0,79	0,3-2,05	0,32
	NO	18 (46,1%)	21 (53,8%)			
C. MAMA	SI	4 (33,3%)	8 (66,6%)	0,59	0,16-2,18	0,22
	NO	27 (45,7%)	32 (54,2%)			
C.C.C	SI	13 (54,1%)	11 (45,8%)	1,90	0,70-5,15	0,10
	NO	18 (38,3%)	29 (61,7%)			

Fuente: Encuesta levantada

Elaborado por: Autores

Hallazgos similares se muestran con respecto a la satisfacción sexual, donde a pesar de las variaciones en los puntajes, no hubo una mejoría clara entre la cirugía de contorno corporal (54%) y la escala ISS. Mientras que las personas que se realizaron cirugía de mama (67%) y cirugía facial (59%) mostraron cierta mejoría en esta escala. Estos hallazgos no fueron estadísticamente significativos en nuestro estudio.

CAPÍTULO V

5 DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar la satisfacción con la imagen corporal y satisfacción sexual en pacientes sometidos a cirugía estética en la consulta privada de Cirugía Plástica en la ciudad de Quito en el periodo noviembre 2020 a mayo 2021, mismo que se logró mediante encuestas (físicas y digitales) realizadas en la consulta externa de Cirujanos Plásticos titulados. Posterior a aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo un total de 71 pacientes de ambos sexos en los que se evaluó la satisfacción sexual pre y postquirúrgicamente (aproximadamente 6 meses después de la cirugía) mediante la escala ISS, y la satisfacción con la imagen corporal mediante la escala BSQ) a través de encuestas manuales, vía correo electrónico e hipervínculo; relacionando estas variables tanto, con variables sociodemográficas y con el tipo de cirugía realizada. De igual forma, se realizó una evaluación de la autoestima pre y postquirúrgica, no se cotejo con el resto de las variables ya que no se presenta como objetivo de esta investigación.

En relación con las variables sociodemográficas; la edad promedio de realización de cirugías estéticas fue de 32 años (mínima 18 y máxima 64 años), lo que concuerda con edades similares reportadas en otros trabajos, por ejemplo, un estudio realizado en el 2000 que evaluó los efectos de la cirugía cosmética sobre la imagen corporal, autoestima y problemas psicológicos donde la edad promedio es 37 años, o aquel realizado en el 2020 en Chipre en el que la edad promedio fue de 35 años (Asimakopoulou et al., 2020; von Soest et al., 2009). Con respecto al sexo, este estudio evidencia que la mayor cantidad de cirugías estéticas son realizadas en el sexo femenino (aproximadamente 83%), datos similares fueron descritos por (Rankin et al., 2007)) donde el 90% de sus participantes fueron mujeres, de igual forma estos datos son concordantes con los referidos por (von Soest et al., 2009)) y (Asimakopoulou et al., 2020)). Tomando en cuenta al estado civil como una variable de importancia, cabe mencionar que, en nuestra investigación, la mayoría de los pacientes eran solteros, seguidos por el grupo de casados. Estos datos no presentan similitud con los reportados por (Asimakopoulou et al., 2020) en el cual se indica que no hubo diferencia

significativa en el estado civil ya que 44.7% estaba casado y 45.5% no tenían pareja, el grupo de divorciados y viudos se sometieron a menos cirugías, lo que sí está en relación con nuestro estudio.

Con respecto al tipo de cirugía más frecuente, trabajos previos mencionan a la cirugía mamaria y facial como las más comunes, tal es el caso de (von Soest et al., 2009) el cual concluye que la cirugía mamaria fue la más frecuente. Por su lado, un estudio realizado en 2016 menciona que mamoplastia de reducción es la cirugía más estudiada para calidad de vida (Dreher et al., 2016). (Asimakopoulou et al., 2020) menciona que la cirugía más común es la facial, seguida del aumento mamario (47.6%) y finalmente la cirugía de contorno corporal. Estos datos están en parcial concordancia con nuestro estudio, en donde la cirugía facial fue la más frecuente, sin embargo, la segunda cirugía más realizada fue aquella que trataba el contorno corporal, lo que sugiere un comportamiento distinto al resto investigaciones.

Analizando la satisfacción sexual y satisfacción con la imagen corporal, hay que mencionar que en el un estudio en 2006 que agrupó las cirugías más realizadas en tres categorías al igual que nuestro estudio (cara, mamas y cuerpo) y reportó una mejora del 96% en cuanto a la imagen corporal, y del 81% en cuanto a la satisfacción sexual, estos datos fueron más remarcables con la cirugía de mamas, cirugía corporal y en menor medida la cirugía facial (Stofman et al., 2006); Otro autor en el 2020, menciona que la mayoría de los pacientes reportaron una mejora en su vida sexual (54.7%) (Asimakopoulou et al., 2020), sin embargo estos hallazgos distan de los nuestros en donde solo hubo una mejora del 8.45% para la satisfacción sexual y del 11.67% para la satisfacción con la imagen corporal. El mismo porcentaje se indica para la mejora en la autoestima, lo cual es similar a lo encontrado en un estudio realizado en el 2003 donde se reporta una mejora en la escala de autoestima no estadísticamente significativa (Alagöz et al., 2003).

Haciendo una relación de la satisfacción sexual, satisfacción con la imagen corporal y variables sociodemográficas y variables de categoría de la cirugía, es importante describir que en nuestros hallazgos la mayoría de las cirugías realizadas en el sexo femenino son las de contorno corporal, seguidas por las cirugías faciales, lo cual difiere de los trabajos mencionados previamente en donde

la cirugía mamaria es la más frecuente en el sexo femenino. En el sexo masculino, la cirugía facial es la más común, lo que sigue el mismo comportamiento que en los otros estudios ya mencionados. Además, no hubo una relación significativa entre la edad y la satisfacción sexual e imagen corporal postquirúrgica. Estos hallazgos son consistentes con los mencionados por (von Soest et al., 2009).

En correspondencia entre el tipo de cirugía y la satisfacción con la imagen corporal y satisfacción sexual es un tema que ha sido poco reportado en estudios que comparan diferentes tipos de cirugía, los cuales son escasos, y dificultan en cierta medida hacer una comparación con nuestros hallazgos. De los pocos ensayos reportados, se obtiene información importante, tal es el caso de un estudio realizado en el 2009, que explica que no hay relación entre el tipo de cirugía y los efectos entre la imagen corporal, autoestima y satisfacción sexual postquirúrgica (von Soest et al., 2009). Contrariamente, otro autor quien realizó una investigación en el 2020, demuestra que en las personas que se sometieron a aumento mamario, existió una probabilidad 4 veces mayor de presentar una mejora en su satisfacción sexual (Asimakopoulou et al., 2020). Por otro lado, un estudio realizado en 2003 indica un cambio significativo en la imagen corporal posterior a la cirugía de contorno corporal (Bolton et al., 2003). Otra investigación quien indica cambios positivos en todos los tipos de cirugía (mamas, contorno corporal y cirugía facial) (Sarwer et al., 1998). En este contexto, nuestros hallazgos indican que si existe relación entre la cirugía mamaria y una mejora en satisfacción con la imagen corporal ($P= 0,007$). Mientras que a pesar de que se describe mejoría con la imagen corporal y la cirugía facial y cirugía de contorno corporal, estos hallazgos no son estadísticamente significativos. Resultados similares se muestran con respecto a la satisfacción sexual, donde a pesar de las variaciones en los puntajes, no hubo una mejoría clara entre la cirugía de contorno corporal (54%) y la escala ISS. Mientras que las personas que se realizaron cirugía de mama (67%) y cirugía facial (59%) mostraron cierta mejoría en esta escala. Estos hallazgos no fueron estadísticamente significativos en nuestro estudio.

Lo anteriormente descrito podría estar relacionado con condiciones psicológicas prequirúrgicas, que como indica (von Soest et al., 2009), problemas psicológicos previos cambian el resultado postquirúrgico de satisfacción haciéndolo negativo, es decir, los problemas psicológicos son predictores de resultados negativos en la satisfacción postquirúrgica ya sea en la imagen corporal,

sexual o en la autoestima. De ahí deriva la importancia en la valoración prequirúrgica adecuada. Nuestro estudio no evaluó problemas psicológicos previos.

Cuando se preguntó a las pacientes si volverían a realizarse una cirugía estética, el 67.6% respondió que sí, esta respuesta discrepa mucho de otros estudios quienes reportan porcentajes superiores al 90% (Sarwer et al., 1998; von Soest et al., 2009). Las causas de las negativas no son objeto de esta investigación, sin embargo, abre las puertas a estudios posteriores para aclarar este tema.

Para finalizar, es de suma importancia mencionar las fortalezas de este estudio, entre las cuales se destaca la alta tasa de respuesta (91.02%), además el acercamiento que se tuvo con los pacientes tanto para la encuesta prequirúrgica como postquirúrgica, lo que permitió responder las dudas que tenían los pacientes y eso se tradujo en un correcto llenado de preguntas que a su vez disminuye los sesgos derivados de este aspecto.

El tamaño de la muestra se ve afectado debido a que por los efectos de la pandemia COVID 19, las cirugías electivas estéticas disminuyeron en número al no ser cirugías prioritarias, además la negativa de ciertos pacientes a participar en nuestra investigación, principalmente porque las preguntas podrían ser invasivas a su privacidad, hizo que la captación de pacientes sea menor.

6 CONCLUSIONES

- Tanto la satisfacción con la imagen corporal y satisfacción sexual no tienen relación directa con las variables sociodemográficas (edad, sexo y estado civil); quizá el periodo de seguimiento podría ser un factor que influye en estos hallazgos ya que en algunos pacientes adaptarse a las consecuencias sociales y psicológicas positivas podrían tomar algún tiempo.
- En nuestro medio ciertos temas como la sexualidad aún siguen siendo “tabú”, lo cual pudo repercutir en las respuestas solicitadas a nuestros participantes o a su vez en una negativa para colaborar con nuestra investigación.
- A pesar de que si se constató una leve mejoría en la escala de satisfacción sexual e imagen corporal con relación a la cirugías faciales y de contorno corporal; tan solo la cirugía mamaria tuvo una relación directa y estadísticamente significativa con la satisfacción de la

imagen corporal posoperatoria ($p = 0.007$); la mayoría de literatura científica ha validado estos hallazgos previamente expuestos; tanto la mamoplastia de reducción, la mamoplastia de aumento en mujeres y mastectomía y/o liposucción en hombres principalmente por patologías como la ginecomastia, las cuales se podrían considerar un procedimiento estético al igual que reconstructivo con resultados inmediatos, tanto en el factor psicológico como en la sintomatología del paciente mejorando así la calidad de vida de una persona que fue sometida a un procedimiento quirúrgico estético.

- Finalmente, en relación a la autoestima nuestros resultados nos demostraron que existió una leve mejoría posterior a la cirugía estética, esto podemos atribuir a que la autopercepción del paciente influye de forma positiva en su entorno psicólogo, social e interpersonal potencializando su calidad de vida.

7 RECOMENDACIONES

- Considerar a futuro realizar estudios similares en el país, con una mayor población además de un seguimiento a largo plazo de los pacientes que son sometidos a cirugía estética con el fin de evaluar la calidad de vida posterior a los procedimientos estéticos quirúrgicos.
- Tratar de mejorar la comunicación entre el cirujano plástico y el paciente en temas relacionados a la cirugía estética y la mejoría de la sexualidad e imagen corporal.
- Tener presente que; tras un manejo multidisciplinario, la cirugía estética debería ser considerada en las unidades asistenciales de salud como una cirugía electiva para mejorar la calidad de vida en cierto grupo de pacientes.
- La salud mental en el paciente sometido a cirugía estética debe ser un pilar fundamental; por cual, previo a la cirugía se debería considerar en ciertos casos una valoración por parte de los servicios de salud mental (psicología y psiquiatría).
- Concentrar de mejor manera los datos estadísticos de las cirugías estéticas en nuestro medio.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, C., Stevens, T., Reddy, M., & Soldin, M. (2011). A multidisciplinary approach to post-bariatric plastic surgery. *International Journal of Surgery*, 9(1), 29-35.
<https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2010.10.002>
- Anderson, R. C. (1996). Aesthetic Surgery and Psychosexual Issues. *Aesthetic Surgery Journal*, 16(4), 227-229. [https://doi.org/10.1016/S1090-820X\(96\)70062-6](https://doi.org/10.1016/S1090-820X(96)70062-6)
- Antičević, V., Jokić-Begić, N., & Britvić, D. (2017). Sexual self-concept, sexual satisfaction, and attachment among single and coupled individuals. *Personal Relationships*, 24(4), 858-868.
<https://doi.org/10.1111/pere.12217>
- Asimakopoulou, E., Zavrides, H., & Askitis, T. (2020). The Correlation of Aesthetic Plastic Surgery With Sexual, Social, and Romantic Life in Cyprus. *Plastic Surgical Nursing*, 40(2), 100-105.
<https://doi.org/10.1097/PSN.0000000000000303>
- Benavides, M., Moreno, A., & Calvache, C. (2015). Relación entre el nivel de satisfacción sexual y autoconcepto en parejas de la pastoral familiar de Pupiales. *Revista de Psicología: (Universidad de Antioquía)*, 7(2), 81-96.
- Berer, M. (2010). Cosmetic surgery, body image and sexuality. *Reproductive Health Matters*, 18(35), 4-10. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(10\)35518-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(10)35518-2)
- Bolton, M. A., Pruzinsky, T., Cash, T. F., & Persing, J. A. (2003). Measuring Outcomes in Plastic Surgery: Body Image and Quality of Life in Abdominoplasty Patients: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 112(2), 619-625. <https://doi.org/10.1097/01.PRS.0000070972.57000.08>
- Castro, Y. R., Otero, M. C., & Fernández, M. L. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International journal of clinical and health psychology*, 4(2), 357-370.

- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairbum, C. G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494.
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198707\)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198707)6:4<485::AID-EAT2260060405>3.0.CO;2-O)
- Cremades, N. A. (2009). Origins of plastic surgery. Fathers, pioneers and others. *Revista de Salud Pública*, 6.
- de Paula, P. R., Fortes de Arruda, F. C., Prado, M., & Neves, C. G. (2018). Prevalence of Depressive Symptoms in Patients Requesting Cosmetic Breast Surgery in Midwestern Brazil. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 6(10), e1899.
<https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000001899>
- Dreher, R., Blaya, C., Tenório, J. L. C., Saltz, R., Ely, P. B., & Ferrão, Y. A. (2016). Quality of Life and Aesthetic Plastic Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*, 4(9), e862. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000000833>
- Edmonds, A. (2007). ?The poor have the right to be beautiful?: Cosmetic surgery in neoliberal Brazil. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 13(2), 363-381. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9655.2007.00427.x>
- Ferraro, G. A., Rossano, F., & D'Andrea, F. (2005). Self-Perception and Self-Esteem of Patients Seeking Cosmetic Surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 29(3), 184-189. <https://doi.org/10.1007/s00266-004-0124-3>
- García, N. (2020). Motivaciones de las chilenas para reconfigurar sus cuerpos mediante cirugía plástica estética. *Motivaciones de Las Chilenas Para Reconfigurar Sus Cuerpos Mediante Cirugía Plástica Estética*.
https://www.academia.edu/47492098/Motivaciones_de_las_chilenas_para_reconfigurar_sus_cuerpos_mediante_cirug%C3%ADa_pl%C3%A1stica_est%C3%A9tica

- Goñi Palacios, E. (2009). *El autoconcepto personal: Estructura interna, medida y variabilidad*. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatearen Argitalpen Zerbitzua. <https://doi.org/10/12241>
- Huaman, R. G. R. (2021). Autopercepción de belleza física y su influencia en la personalidad. *Teoría y Práctica: Revista Peruana de Psicología CPsP-CDR-I*, 3(1), e40-e40.
- Hurtado, M. D. B., & Flores, A. I. (s. f.). *Influencia de la autoestima, el autoconcepto y la autoimagen social, en las dimensiones de la socialización de estudiantes universitarios*. 339.
- ISAPS Encuesta global 2020. (s. f.). Recuperado 14 de enero de 2022, de <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2021/12/Spanish-LATAM.pdf>
- ISAPS Global Survey 2020. (s. f.). Recuperado 14 de enero de 2022, de https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2022/01/ISAPS-Global-Survey_2020.pdf
- Kellett, S., Clarke, S., & McGill, P. (2008). Outcomes from psychological assessment regarding recommendations for cosmetic surgery. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 61(5), 512-517. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2007.08.025>
- McKee, M., Suhrcke, M., Nolte, E., Lessof, S., Figueras, J., Duran, A., & Menabde, N. (2009). Health systems, health, and wealth: A European perspective. *The Lancet*, 373(9660), 349-351. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60098-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60098-2)
- Moretti, M. P., & Casari, L. (2017). Satisfacción y motivación de la cirugía estética en mujeres y su relación con los esquemas desadaptativos tempranos*. *Psicogente*, 20(38), 222-239.
- Nasser, J. S., Billig, J. I., Sue, G. R., Chang, J., Gosain, A. K., & Chung, K. C. (2019). Evaluating the Economic Impact of Plastic and Reconstructive Surgical Efforts in the Developing World: The ReSurge Experience. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 144(3), 485e-493e. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000005984>

- Palacios, E. G., Zabala, A. F., & Borinaga, G. I. (2012). El autoconcepto personal: Diferencias asociadas a la edad y al sexo. *Aula abierta*, 40(1), 39-50.
- Paula, P., Freitas-Júnior, R., Prado, M., Neves, C., Arruda, F., Vargas, V., & Fernandes, F. (1d. C.). Depressive disorders in patients who seek cosmetic surgery: A broad and updated view. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 31(2), 261-268. <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2016RBCP0042>
- Pérez Triviño, F. (2013). *Nueva escala de satisfacción sexual (NSSS) en usuarios de redes sociales*. <http://repositorio.ual.es/handle/10835/2366>
- Philippsohn, S., & Hartmann, U. (2009). Determinants of Sexual Satisfaction in a Sample of German Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(4), 1001-1010. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00989.x>
- Plastic-surgery-statistics-full-report-2014.pdf*. (s. f.). Recuperado 2 de octubre de 2020, de <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2014/plastic-surgery-statistics-full-report-2014.pdf>
- Pujols, Y., Meston, C. M., & Seal, B. N. (2010). The Association Between Sexual Satisfaction and Body Image in Women. *The journal of sexual medicine*, 7(2 Pt 2), 905-916. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x>
- Rankin, M., Borah, G., & Alvarez, S. (2007). Resumption of Sexual Activity after Plastic Surgery: Current Practice and Recommendations: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 120(6), 1557-1563. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000282087.22997.86>
- Rondón, R. (2020). *Beneficios de los tratamientos de estética en la salud mental*. 39, 61.
- Sandman, L., & Hansson, E. (2020). An ethics analysis of the rationale for publicly funded plastic surgery. *BMC Medical Ethics*, 21(1), 94. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00539-6>

Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuk, M. J., & Whitaker, L. A. (1998). The psychology of cosmetic surgery: A review and reconceptualization. *Clinical Psychology Review*, *18*(1), 1-22.

[https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)00047-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00047-0)

Sociedad Ecuatoriana de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. (2022). [Informativa]. *SECPRE*.

<https://secre.ec/>

Springer, I. N., Schulze, M., Wiltfang, J., Niederberger, U., Russo, P. A. J., Möller, B., & Wolfart, S. (2012).

Facial Self-Perception, Well-Being, and Aesthetic Surgery. *Annals of Plastic Surgery*, *69*(5), 503-509. <https://doi.org/10.1097/SAP.0b013e3182223d42>

Stofman, G., Neavin, T., Ramineni, P., & Alford, A. (2006). Better sex from the knife? An intimate look at the effects of cosmetic surgery on sexual practices. *Aesthetic Surgery Journal*, *26*(1), 12-17.

<https://doi.org/10.1016/j.asj.2005.11.002>

Tarifario de presentaciones para el sistema nacional de salud 2020. (s. f.). Recuperado 14 de enero de 2022, de

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC-00088-2019%20DIC%2010.pdf>

von Soest, T., Kvalem, I. L., Roald, H. E., & Skolleborg, K. C. (2009). The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, *62*(10), 1238-1244. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2007.12.093>

von Soest, T., Kvalem, I. L., Skolleborg, K. Chr., & Roald, H. E. (2006). Psychosocial Factors Predicting the Motivation to Undergo Cosmetic Surgery: *Plastic and Reconstructive Surgery*, *117*(1), 51-62.

<https://doi.org/10.1097/01.prs.0000194902.89912.f1>

Wähmann, M. S., Bulut, O. C., Bran, G. M., Veit, J. A., & Riedel, F. (2018). Systematic Review of Quality-of-Life Measurement After Aesthetic Rhinoplasty. *Aesthetic Plastic Surgery*, *42*(6), 1635-1647.

<https://doi.org/10.1007/s00266-018-1199-6>

Unlü, R. E., Sensöz, Omer, Uysal, A. Cagri, Tüzer, V., Alagöz, M. S., Basterzi, A. D., & Göka, E. (2003). The Psychiatric View of Patients of Aesthetic Surgery: Self-Esteem, Body Image, and Eating Attitude. *Aesthetic Plastic Surgery*, 27(5), 345-348. <https://doi.org/10.1007/s00266-003-3028-8>

9 ANEXOS

9.1 Anexo 1: Hoja de información al paciente y consentimiento informado

<u>FECHA</u>

<u>NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL:</u> IVONNE EGUEZ / ALEX SUNTAXI	<u>CENTRO:</u> PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
<u>NOMBRES DEL PACIENTE:</u>	<u>SERVICIO:</u> CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA

<u>Título del estudio:</u> Evaluación de la satisfacción con la imagen corporal y satisfacción sexual en pacientes sometidos a cirugía estética que asistieron a la consulta privada de Cirugía Plástica en la ciudad de Quito en el periodo noviembre 2020 a mayo 2021.

1. **INTRODUCCIÓN:**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre una investigación en la que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

2. **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:**

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Este estudio tiene por objeto conocer la satisfacción con la imagen corporal y satisfacción sexual previo y posterior a la cirugía estética, a fin de demostrar la importancia de esta dentro de estos factores que están íntimamente relacionados a la calidad de vida del paciente. Para esto, se recolectarán datos de varios paciente hombres y mujeres con vida sexual activa, mediante el llenado de tres cuestionarios, para su posterior análisis

4. BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

Este es un estudio sin fines de lucro que permitirá conocer si la cirugía estética influye sobre la satisfacción sexual y autopercepción. No existe riesgo para el paciente en su participación

5. N° DE URGENCIA PARA PROBLEMAS DEL ESTUDIO:

En caso de que desee formular preguntas acerca del estudio, contactar con el médico del estudio Dra. Ivonne Egüez en el número de teléfono 0995263377 o con el Dr. Alex Sntaxi, en el número de teléfono 0990553813

6. CONFIDENCIALIDAD:

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, será totalmente confidencial, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio. Los datos recogidos para el estudio serán conocidos sólo por los médicos del estudio o colaboradores quienes podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna.

Sólo se tramitarán a terceros los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, número de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio, colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité Ético de Investigación, y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre

manteniendo la confidencialidad de estos de acuerdo con la legislación vigente. El acceso a su historia clínica ha de ser sólo en lo relativo al estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Evaluación de la satisfacción con la imagen corporal y satisfacción sexual en pacientes sometidos a cirugía estética que asistieron a la consulta privada de Cirugía Plástica en la ciudad de Quito en el periodo noviembre 2020 a mayo 2021.

Yo, _____ (nombre y apellidos).

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: _____ (nombre del Investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1° Cuando quiera

2° Sin tener que dar explicaciones.

3° Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Fecha

Fecha

Recibirá una copia de esta hoja de información al paciente y documento de consentimiento informado.

9.2 Anexo 2: Cuestionario prequirúrgico

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

“EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y SATISFACCIÓN SEXUAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ESTÉTICA QUE ASISTIERON A LA CONSULTA PRIVADA DE CIRUGÍA PLÁSTICA EN LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2020 A MAYO 2021”

VALORACION PRE QUIRÚRGICA

NOMBRE	
EDAD	
SEXO	Masculino Femenino
NÚMERO DE CONTACTO	
ETNIA (AUTOIDENTIFICACIÓN)	Blanco Indígena Mestizo Afro Mulato Montubio
ESTADO CIVIL	Soltero Casado Divorciado Unión Libre Viudo
¿HASTA QUE AÑO ESTUDIÓ?	Analfabeto Educación Básica Bachillerato Educación de Tercer Nivel Educación de cuarto nivel
CIRUJANO	

TIPO DE CIRUGIA (Abdominoplastia, rinoplastia, etc, otros)	
¿USTED POSEE VIDA SEXUAL ACTIVA?	Si No

INDICE DE SATISFACCIÓN SEXUAL DE HUDSON

Esta prueba consta de 25 reactivos. No hay respuestas correctas o incorrectas. Es completamente anónimo. Se debe de responder a cada reactivo tan cuidadosa y precisamente como sea posible, colocando un número al lado de cada pregunta de acuerdo con la siguiente escala.

1. Pocas veces o nunca.
2. Pocas veces.
3. Algunas veces.
4. Buena parte del tiempo.
5. La mayor parte o todo el tiempo.

		1	2	3	4	5
1	Creo que mi pareja disfruta nuestra vida sexual					
2	Mi vida sexual es muy excitante.					
3	El sexo es divertido para mi pareja y para mí.					
4	Creo que mi pareja se fija poco en mí salvo por el sexo que le puedo dar.					
5	Creo que el sexo es algo sucio y repugnante.					
6	Mi vida sexual es monótona.					
7	Cuando tenemos sexo, es demasiado apresurado y termina muy rápido.					
8	Creo que mi vida sexual le falta calidad					
9	Mi pareja es sexualmente muy excitante.					
10	Disfruto de las técnicas sexuales que le gusta o que utiliza mi pareja					
11	Creo que mi pareja exige demasiado sexo de mi parte.					
12	Creo que el sexo es maravilloso.					

13	Mi pareja piensa demasiado en el sexo.					
14	Trato de evitar el contacto sexual con mi pareja.					
15	Mi pareja es muy brusca torpe cuando tenemos sexo.					
16	Mi pareja es maravillosa sexualmente.					
17	Creo que el sexo es una función normal de nuestra relación.					
18	Mi pareja no quiere sexo cuando yo lo deseo.					
19	Creo que nuestra vida sexual realmente mejora nuestra relación.					
20	Mi pareja parece evitar el contacto sexual conmigo.					
21	Me es fácil excitarme sexualmente con mi pareja.					
22	Creo que mi pareja está satisfecho/a sexualmente conmigo.					
23	Mi pareja es muy sensible a mis necesidades y deseos sexuales.					
24	Mi pareja no me satisface sexualmente.					
25	Creo que mi vida sexual es aburrida.					

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

		A	B	C	D
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5	En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				

6	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7	En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10	A veces creo que no soy buena persona.				

**BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ) (CUESTIONARIO SOBRE FORMA CORPORAL)
DE COOPER ET AL. (1987) [ADAPTADO A POBLACIÓN ESPAÑOLA POR RAICH ET AL. (1996)].**

Nos gustaría saber cómo te has estado sintiendo con relación a tu imagen corporal en las **ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS**. Por favor lee cada pregunta y califica con una "X" en el número que mejor corresponda a tu elección. Recuerda que no hay respuesta correcta o incorrecta, sólo ubica lo que esté más de acuerdo con tu experiencia y no olvides responder a todas las afirmaciones

1. Nunca
2. Raramente
3. Alguna vez
4. A menudo
5. Muy a menudo
6. Siempre

		1	2	3	4	5	6
1	Cuando te aburres ¿te preocupas por tu figura?						
2	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?						
3	¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?						
4	¿Has tenido miedo a engordar?						
5	¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?						
6	¿Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentirte gordo/a?						
7	¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?						
8	¿Has evitado correr para que tu carne no rebotara?						

9	¿Estar con chicos o chicas delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?						
10	¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?						
11	¿El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda o gordo?						
12	Al fijarte en la figura de otras chicas o chicos, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?						
13	Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?						
14	Estar desnuda/o (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda/o?						
15	¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?						
16	¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?						
17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda/o?						
18	¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?						
19	¿Te has sentido excesivamente gorda/o redondeada/o?						
20	¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						
21	Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?						
22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?						
23	¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?						
24	¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines (llantas) alrededor de tu cintura y estómago?						
25	¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?						

2 6	¿Has vomitado para sentirte más delgada?						
2 7	Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?						
2 8	¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?						
2 9	Verte reflejada/o en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?						
3 0	¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa tenías?						
3 1	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?						
3 2	¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgada/o?						
3 3	¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?						
3 4	La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?						

¿Usted considera que está sexualmente satisfecho? SI NO

Si la respuesta es negativa. ¿Ha buscado ayuda? SI NO

Motivo:-----

¿Alguna ven le han preguntado sobre estos temas?

9.3 Anexo 3: Cuestionario postquirúrgico

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

“EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL Y SATISFACCIÓN SEXUAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ESTÉTICA QUE ASISTIERON A LA CONSULTA PRIVADA DE CIRUGÍA PLÁSTICA EN LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERIODO NOVIEMBRE 2020 A MAYO 2021”

VALORACION POST QUIRÚRGICA

NOMBRE	
---------------	--

INDICE DE SATISFACCIÓN SEXUAL DE HUDSON

Esta prueba consta de 25 reactivos. No hay respuestas correctas o incorrectas. Es completamente anónimo. Se debe de responder a cada reactivo tan cuidadosa y precisamente como sea posible, colocando un número al lado de cada pregunta de acuerdo con la siguiente escala.

1. Pocas veces o nunca.
2. Pocas veces.
3. Algunas veces.
4. Buena parte del tiempo.
5. La mayor parte o todo el tiempo.

		1	2	3	4	5
1	Creo que mi pareja disfruta nuestra vida sexual					
2	Mi vida sexual es muy excitante.					
3	El sexo es divertido para mi pareja y para mí.					
4	Creo que mi pareja se fija poco en mí salvo por el sexo que le puedo dar.					
5	Creo que el sexo es algo sucio y repugnante.					
6	Mi vida sexual es monótona.					

7	Cuando tenemos sexo, es demasiado apresurado y termina muy rápido.					
8	Creo que mi vida sexual le falta calidad					
9	Mi pareja es sexualmente muy excitante.					
10	Disfruto de las técnicas sexuales que le gusta no que utiliza mi pareja					
11	Creo que mi pareja exige demasiado sexo de mi parte.					
12	Creo que el sexo es maravilloso.					
13	Mi pareja piensa demasiado en el sexo.					
14	Trato de evitar el contacto sexual con mi pareja.					
15	Mi pareja es muy brusca torpe cuando tenemos sexo.					
16	Mi pareja es maravillosa sexualmente.					
17	Creo que el sexo es una función normal de nuestra relación.					
18	Mi pareja no quiere sexo cuando yo lo deseo.					
19	Creo que nuestra vida sexual realmente mejora nuestra relación.					
20	Mi pareja parece evitar el contacto sexual conmigo.					
21	Me es fácil excitarme sexualmente con mi pareja.					
22	Creo que mi pareja está satisfecho/a sexualmente conmigo.					
23	Mi pareja es muy sensible a mis necesidades y deseos sexuales.					
24	Mi pareja no me satisface sexualmente.					
25	Creo que mi vida sexual es aburrida.					

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

		A	B	C	D
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5	En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7	En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10	A veces creo que no soy buena persona.				

**BODY SHAPE QUESTIONNAIRE (BSQ) (CUESTIONARIO SOBRE FORMA CORPORAL)
DE COOPER ET AL. (1987) [ADAPTADO A POBLACIÓN ESPAÑOLA POR RAICH ET AL. (1996)].**

Nos gustaría saber cómo te has estado sintiendo con relación a tu imagen corporal en las **ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS**. Por favor lee cada pregunta y califica con una "X" en el número que mejor corresponda a tu elección. Recuerda que no hay respuesta correcta o incorrecta, sólo ubica lo que esté más de acuerdo con tu experiencia y no olvides responder a todas las afirmaciones

1. Nunca
2. Raramente
3. Alguna vez
4. A menudo
5. Muy a menudo
6. Siempre

		1	2	3	4	5	6
1	Cuando te aburres ¿te preocupas por tu figura?						
2	¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?						

3	¿Has pensado que tenías los muslos, caderas, nalgas o cintura demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?						
4	¿Has tenido miedo a engordar?						
5	¿Te ha preocupado que tu carne no sea lo suficientemente firme?						
6	¿Sentirte lleno/a (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentirte gordo/a?						
7	¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?						
8	¿Has evitado correr para que tu carne no rebotara?						
9	¿Estar con chicos o chicas delgados/as, ¿te ha hecho fijar en tu figura?						
10	¿Te ha preocupado que tus muslos o cintura se ensanchen cuando te sientas?						
11	¿El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda o gordo?						
12	Al fijarte en la figura de otras chicas o chicos, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?						
13	Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la televisión, lees o mantienes una conversación)?						
14	Estar desnuda/o (por ejemplo, cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda/o?						
15	¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?						
16	¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?						
17	Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas calorías, ¿te ha hecho sentir gorda/o?						
18	¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta) porque te has sentido mal con tu figura?						
19	¿Te has sentido excesivamente gorda/o redondeada/o?						

20	¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?						
21	Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?						
22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana?)						
23	¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu falta de autocontrol?						
24	¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor de tu cintura y estómago?						
25	¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/os que tú?						
26	¿Has vomitado para sentirte más delgada?						
27	Cuando estás con otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, sentándote en un sofá o en el autobús)?						
28	¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de piel de naranja (celulitis)?						
29	Verte reflejada/o en un espejo o en un escaparate, ¿te ha hecho sentirte mal por tu figura?						
30	¿Te has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa tenías?						
31	¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver tu cuerpo (por ejemplo, en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?						
32	¿Has tomado laxantes (pastillas para evitar el estreñimiento) para sentirte más delgada/o?						
33	¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía de otras personas?						
34	La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar que deberías hacer ejercicio físico?						

¿Volvería a realizarse una cirugía estética?	SI	NO
¿Usted considera que está sexualmente satisfecho?	SI	NO
Si la respuesta es negativa. ¿Ha buscado ayuda?	SI	NO

9.4 Anexo 4: Link de encuesta para el llenado opcional online:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeKIYfs0tX9ERc8Do9w5RNNz3iDKUVSf8pKvp1BhIqZZ8hbrQ/viewform?usp=sf_link

9.5 Anexo 5: Carta de autorización de la institución / médico tratante para el desarrollo del trabajo de titulación

Quito. -- De Octubre 2020.

Dr. Francisco Pérez Pazmiño

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas De la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Presente. –

Yo, _____, Médico tratante Especialista en Cirugía Plástica, estética y Reconstructiva. Con cédula de identidad número _____, autorizo a los Médicos Posgradistas de Cirugía plástica Reconstructiva y estética: Ivonne Egüez Dávila y Alex Suntaxi Llumiquinga, estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, para la aplicación de los cuestionarios respectivos a los pacientes dentro de mi consultorio médico privado, a fin de obtener los datos necesarios para el desarrollo del trabajo de titulación con el tema: “Evaluación de la satisfacción con la imagen corporal y satisfacción sexual en pacientes sometidos a cirugía estética que asistieron a la consulta privada de Cirugía Plástica en la ciudad de Quito en el periodo noviembre 2020 a mayo 2021”. Tengo conocimiento que los datos obtenidos de la recolección mediante la aplicación formularios serán utilizados netamente con fines académicos.

Por la atención que se sirva dar a la presente le agradezco de antemano.

Atentamente

Nombre del médico Especialista

Firma

Sello