



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR NO 1
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

TEMA

**INFERTILIDAD COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A INSATISFACCIÓN
DEL SUBSISTEMA CONYUGAL**

**QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO
OLIVIA UGALDE ROJO**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. OLIVIA QUINTANAR ÁNGELES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. GABRIELA GARCÍA LAGUNA
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
ASESOR CLÍNICO METODOLÓGICO**

**DR. MARIO JOAQUÍN LÓPEZ CARBAJAL
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA
ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO**

**PERIODO DE ESPECIALIDAD
2011-2014**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C. ESP JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA UAEH.

DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA DEL ICsA.

DR. ERNESTO FRANCISCO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
COORDINADOR DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICA TITULAR Y ASESORA EN METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN

DR. MARIO JOAQUÍN LÓPEZ CARBAJAL
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA
ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO

POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DRA. GRESS MARISSSEL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE
EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN IMSS EN HIDALGO

DRA. SILVIA CRISTINA RIVERA NAVA
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR NO1, IMSS
PACHUCA, HIDALGO

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTEN LÓPEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y
MEDICINA FAMILIAR NO.1, PACHUCA HIDALGO

DRA. OLIVIA QUINTANAR ÁNGELES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA DE
MEDICINA FAMILIAR

DRA. GABRIELA GARCÍA LAGUNA
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA
ASESOR CLÍNICO METODOLÓGICO

NO. DE REGISTRO: R-2013-1201-26

DECICATORIA

A DIOS: por las bendiciones y fortalezas que me ha dado.

A MI MADRE ROSA MARIA ROJO COVARRUBIAS: quien con su ejemplo de tenacidad y perseverancia me enseñó cada uno de los obstáculos con la vida es un reto a vencer.

A mi ESPOSO por su apoyo.

A mi HIJA SARA: quien es mi motivo e inspiración para seguir adelante.

A mis HERMANOS ALEX, RUQUI y A LA HERMOSA FAMILIA que tengo por apoyarme y confiar en mí, muy en especial a LET y mi suegra SRA. LUCIA, por el tiempo regalado, su ayuda y apoyo incondicional.

A mis COMPAÑEROS, por su agradable compañía en esta experiencia.

AGRADECIMIENTOS:

A usted **Dra. Estrella Pasten López** por su apoyo y ejemplo.

A usted **Dr. A. Boris Cornejo** por su apoyo y disponibilidad en los momentos más difíciles de este proyecto.

A usted **Dr. Mario Joaquín López Carbajal** por su enseñanza, paciencia, tiempo y disponibilidad para conmigo y por haber sembrado la inquietud de continuar con la investigación en el área de la medicina familiar.

A usted **Dra. Gabriela García Laguna** por su ayuda y disposición que me brindo a la realización de este trabajo.

A mis amigos **Rosaura Padilla y Alberto Zeron** por su paciencia y por compartir conmigo sus conocimientos y experiencia; pero sobre todo por su amistad.

INDICE

I	IDENTIFICACION DE INVESTIGADORES	1
II	RESUMEN	2
III	MARCO TEORICO	3
IV	JUSTIFICACION	26
V	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
VI	OBJETIVOS	31
VII	HIPOTESIS	32
VIII	MATERIAL Y METODOS	
	A. DISEÑO DEL ESTUDIO	33
	B. UNIVERSO	33
	C. TAMAÑO DE MUESTRA	34
	D. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	35
	E. CRITERIOS DE SELECCIÓN	36
	F. DEFINICION DE VARIABLES	37
IX	ASPECTOS ETICOS	39
X	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	40
XI	BIOSEGURIDAD	40
XII	RESULTADOS	41
XIII	DISCUSION	62
XIV	CONCLUSION	66
XV	BIBLIOGRAFIA	67
XVI	ANEXOS	
	XVI.1 CRONOGRAMA	71
	XVI.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO	72
	XVI.3 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS	73
	XVI.4 ESCALA DE CHAVEZ Y COLS.	74

I. IDENTIFICACION DE INVESTIGADORES

NOMBRE: Dra. Gabriela García Laguna
Médico no familiar

ESPECIALIDAD: Psiquiatra
ADSCRIPCION: Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1
LUGAR DE TRABAJO: Consulta Externa de Psiquiatría. HGZ-MF no.1
DIRECCION: Prolongación Av. Madero no. 405, Col. Nueva. Francisco I. Madero
Pachuca Hidalgo

TELEFONO: 77171 3 78 33
CORREO ELECTRONICO: gabymozart1@yahoo.com.mx

NOMBRE: Dr. Mario Joaquín López Carbajal
ESPECIALIDAD: Médico Familiar / Medico Epidemiólogo
LUGAR DE TRABAJO: Universidad Autónoma del Estado de hidalgo
DIRECCION: Dr. Eliseo Ramírez Ulloa 400, col. Doctores, Pachuca Hidalgo
TELEFONO: 7711294614
CORREO ELECTRONICO: epiblasto@yahoo.com.mx

NOMBRE: Dra. Olivia Ugalde Rojo
ESPECIALIDAD: Médico Residente de Medicina Familiar
ADSCRIPCION: Hospital General de Zona de Medicina Familiar no.1
Pachuca Hidalgo
DIRECCION: Prolongación Av. Madero no. 405, Col. Nueva. Francisco I. Madero
TELEFONO: 771 71 3 78 33
CORREO ELECTRONICO: oli_ur@hotmail.com

II. RESUMEN

TÍTULO: Infertilidad como factor de riesgo asociado a insatisfacción del subsistema conyugal.

INTRODUCCIÓN: El sistema Conyugal es la célula inicial de la familia y su función está determinada por el grado de Satisfacción y funcionalidad que puede estar determinado por diferentes factores tales como la presencia o no de hijos.

OBJETIVO GENERAL: Conocer la asociación entre infertilidad y el desarrollo de insatisfacción del subsistema conyugal en parejas en edad fértil del HGZ-MF no.1, Pachuca Hidalgo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional, transversal, comparativo, analítico del 15 de diciembre del 2013 al 31-diciembre de 2013 en parejas que acudieron al HGZ-MF no.1 Pachuca Hidalgo. Se aplicó la Evaluación del Subsistema Conyugal de Chávez, n=160 (80 parejas) conformando el Grupo 1: sin infertilidad. Grupo 2 con infertilidad, se determinó además el sexo, la escolaridad y años de matrimonio para el análisis bivariado en el programa estadístico SPSS. **RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:** El estudio se realizó en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar No.1 de Pachuca, Hidalgo. La recolección la realizó el investigador residente de medicina familiar.

EXPERIENCIA DEL GRUPO: Para la realización de este estudio se contó con el apoyo de un médico familiar como médico de primer contacto, quien ve al individuo como un todo inmerso en su grupo familiar y sociedad, capaz de detectar alteraciones emocionales secundarias a desordenes orgánicos y el médico psiquiatra, la repercusión mental y emocional. No se cuenta con estudios de investigación relacionados a Infertilidad y al sistema conyugal en este Hospital.

TIEMPO A DESARROLLARSE: Se realizó del 15 al 31 de diciembre 2013.

RESULTADOS: La prevalencia de Infertilidad Primaria fue de 13.75; que con su pareja conformaron el grupo 2, represento el 26.25% de la muestra, de las cuales el 48% de las parejas ignoran la causa de infertilidad. Según la escala de Chávez y cols. La funcionalidad conyugal en el Grupo 1 el hombre fue más funcional con el 88.13% y con disfunción moderada el 11.86%. El sexo femenino presento mayor disfunción: 16.40% de los casos fue moderada y 3.38% severa. En el grupo 2 el grupo de hombres con disfunción moderada fue mayor con el 28.57%: el 19.04% de las mujeres tienen disfunción moderada y el 82.73% es funcional. En relación a la Satisfacción sexual: los hombres del grupo 1 el 76.27% es satisfecho, en mujeres el 23.72% tiene insatisfacción moderada y 6.77% insatisfacción severa. En el grupo dos solo el 47.62% de los hombres es satisfecho y el 52.38% tiene insatisfacción moderada; el 80.95% de las mujeres se declaró satisfecha. La infertilidad es un factor de riesgo para la disfunción en hombres como en mujeres con un RP de 1.418 y 1.017 respectivamente sin embargo estadísticamente no significativo $p=0.942$, es un factor de riesgo de insatisfacción conyugal para los hombres con una razón de prevalencia de 1.973 ($p=0.093$) en hombres.

CONCLUSIONES: La Infertilidad es un factor de riesgo asociado a Insatisfacción del subsistema conyugal con mayor afección en el sexo masculino más no para la Funcionalidad del Subsistema donde en general se presentó mayor disfunción en parejas sin trastorno de reproducción con mayor afección en el sexo femenino.

III. MARCO TEORICO

La familia es la institución básica de las sociedades humanas y unidad primaria de la salud desde el punto de vista biológico, psicológico y social. La idea central del grupo formado por “hombre-mujer-niño” le ha otorgado a este grupo la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y darles el apoyo físico y emocional, para después integrarlos a la sociedad.

La Organización mundial de la Salud define a la familia como: “Miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”. Diferentes conceptos han surgido de los cuales podemos mencionar:

Definición Sociológica: “Grupo social primario que se compone de instituciones que regulan y facilitan el comercio sexual legítimo, la procreación y el cuidado de los hijos así como la transmisión de la propiedad primaria.”

Definición Psicológica: “Serie de relaciones dialécticas que al partir de la oposición de la personalidad, tiende a superarla en una nueva dialéctica de autoridad y amor.”

Bottmore (2008): Es una asociación que se caracteriza por una relación sexual lo suficiente duradera para la procreación y la crianza de los hijos.¹

La familia no es solamente una conformación de padres e hijos sino que va más allá siendo ésta una estructura con propiedades, componentes y relaciones que construyen una unidad particular. Es un sistema abierto que intercambia información con el medio y como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, a medida en la que cumpla con sus funciones básicas que son:

- Cuidado,
- Afecto,
- Expresión de la Sexualidad y Regulación de la Fecundidad,
- Socialización
- Estatus.

La incapacidad de la familia para cumplir estas funciones, roles y sus tareas habituales en el hogar, trabajo, escuela, definen las crisis o acontecimientos vitales estresantes, las cuales se presentan de acuerdo a la etapa del ciclo vital de la pareja y de la familia; las cuales se clasifican en normativas y no normativas.²

Las CRISIS EVOLUTIVAS O NORMATIVAS son aquellos cambios esperados por los cuales atraviesan la mayoría de las personas, dichos cambios requieren un tiempo de adaptación para enfrentar nuevos desafíos, forman parte del desarrollo de la vida normal, ejemplo: **embarazo, nacimiento del primer hijo**, adaptación a rol de padres.

Las CRISIS INESPERADAS O NO NORMATIVAS son aquellas que sobrevienen bruscamente que no están en la línea evolutiva habitual ejemplo: muerte temprana de un padre, pérdida del empleo, trastornos de la reproducción como es **infertilidad**, divorcio, disfunción eréctil.³

La confrontación y resolución de estos eventos depende de la funcionalidad la familia a partir de Subsistemas Familiares que son reagrupamientos de los miembros de la familia según criterios de vinculación específica. ²

- 1- SUBSISTEMA CONYUGAL: Se forma cuando dos adultos se unen con la intención explícita de formar una familia, compartiendo intereses metas y objetivos.
- 2- SUBSISTEMA PARENTAL. Formado por padres e hijos y representa el poder ejecutivo son básicos los principios de autoridad, jerarquía y diferenciación de sus miembros. Valorando a cada hijo de forma independiente pero ofreciendo igualdad de alternativas y oportunidades.
- 3- SUBSISTEMA FRATERNAL: Formado por los hermanos, es el primer laboratorio social en el que los niños aprende a relacionarse con iguales, compartir, negociar.³

Subsistema Conyugal

El matrimonio como institución tiene una finalidad social, se forma teóricamente para durar siempre o por un tiempo indefinido. Según Pittman (1990) "la pareja es la unidad básica social, funcional y biológica". Según Hernández (1997) "La pareja se conforma para: 1) lograr la satisfacción estable y segura de las necesidades afectivas y sexuales de los cónyuges, 2) mantener y mejorar las condiciones de subsistencia, incluida la económica gracias a la complementariedad de dos personas con rasgos y recursos propios, 3) contar con una fuente de apoyo y estímulo para el desarrollo como individuos, 4) dar cumplimiento a la función parental compartida".

En nuestro país, México la mayoría de las uniones se establecen a la edad de 20 a 25 años de las mujeres y de 25 a 30 años en los hombres, con diferencias por estrato social, siendo las uniones antes de 20 años más frecuentes en el estrato bajo y las de mayores de 30 años en estratos altos. La mayoría de las uniones continúan constituyéndose por el matrimonio católico y en segunda instancia por el matrimonio civil; cerca del 23% de las parejas conviven en unión libre.

Esta unión presenta a su vez tres factores que tendrán relación directa con las funciones en el ciclo familiar y son: FACTOR BIOLÓGICO: Implica la traducción física de los aspectos de tipo afectivo, planificación familiar: sexualidad, reproducción. FACTOR PSICOLÓGICO: Aspectos afectivos que con la llegada de los hijos se traducirá en formación de sentimientos, seguridad y personalidad. FACTOR SOCIAL: Transmisión de la herencia social y cultural de la propiedad privada y el nivel social ganado por los padres.⁴

Una de las descripciones utilizadas para analizar a la pareja como el más importante de los subsistemas es la del ciclo vital, que describe las distintas etapas y transiciones por las que atraviesa desde el momento en que se establece el vínculo, la cual inicia con la búsqueda y selección de la persona con la que se desea constituir una relación a largo plazo. La Organización Mundial de la Salud describe seis etapas evolutivas:

1. Formación: desde la integración del matrimonio al nacimiento del primer hijo.
2. Extensión: desde el nacimiento del primer hijo al nacimiento del último hijo.
3. Extensión Completa: Nacimiento del último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar.
4. Contracción: desde que el primer hijo abandona el hogar al último hijo abandona el hogar.
5. Contracción completa: desde que el ultimo hijo abandona el hogar hasta la muerte del primer conyugue
6. Disolución y muerte; muerte del primer conyugue y muerte del conyugue sobreviviente.⁵

Sin pretender que la pareja sea sólo mantenida por la unión de los hijos, como se solía pensar en una visión muy simplista de lo que es pareja; actualmente se han incluido las siguientes etapas.

1. Selección de pareja. Se da el proceso de enamoramiento, compromiso marital y salir del círculo de la familia de origen.
2. Transición y adaptación temprana: Etapa del 1er al 3er año de unión. La pareja establece límites y realiza negociaciones.
3. Reafirmación como pareja y paternidad. (entre el tercer y octavo año). Donde la tarea marital se centra en dos objetivos: la reafirmación como pareja y la productividad no solo de hijos sino en el trabajo y con los amigos.
4. Diferenciación y realización: (ocho a quince años de unión). Diferenciación de intereses.
5. Estabilización: (quince y treinta años) resolución de conflictos y estabilizar el matrimonio. Se dan algunas preocupaciones como perdida de la juventud, separación parcial de hijos y al salir los hijos de casa se dan conflictos similares a los de las etapas tempranas.
6. Enfrentamiento con la vejez, soledad y muerte. Se da después de los treinta años de unión con muchas tareas difíciles por enfrentar: la vejez,

la soledad, la pérdida de capacidades físicas, partida de hijos y muerte gradual de amigos así como el rechazo de los demás por su condición de viejos.⁶

Al evolucionar la relación también evoluciona cada miembros de la pareja a lo que los autores señalan cinco etapas de **intimidad**⁶:

- La primera etapa es el “idilio”; en la cual la pareja crea dependencia, ambos tienen fe en el futuro.
- La segunda etapa o lucha del poder: hay diferencias y dificultades, desunión, se fantasea con obtener el poder por medio de la manipulación, la fuerza y la amenaza.
- La tercera etapa es de estabilidad, esta comienza con el perdón, la negociación, etapa de aceptación y negociación de diferencias.
- Cuarta etapa o de compromiso: en la cual la pareja acepta la realidad y los fallos de su relación, aprenden a manejar la tensión y los conflictos.
- La quinta y última etapa es la “creación conjunta”, en la cual la pareja aplica al mundo lo que ha aprendido en las etapas previas, la pareja hace trabajos creativos y compartidos.

El matrimonio no es un estado estático sino una fase del ciclo vital del individuo, en el que este puede continuar creciendo y desarrollándose gracias a experiencia íntima con el conyugue, si esto no sucede la intensidad de la intimidad de la relación causara una regresión y psicopatías graves. El matrimonio posee la capacidad de hacer crecer al individuo o destruirlo; el divorcio se ha generalizado a tal punto que muchos lo consideran una parte normal del ciclo vital de la familia., en ésta sociedad la inmersión de la mujer en el campo laboral hace mucho más fácil su independencia tanto económico como en otras esferas, por eso el número de separaciones ha ido aumentando si se compara con décadas atrás, otros factores relacionados a divorcios/separaciones es la infidelidad, el desempleo, la planificación de los nacimientos, al embarazo, al acople en la vida sexual, la infertilidad, para cuyo afrontamiento se pondrá a prueba la flexibilidad personal y de pareja.

La selección de pareja constituye un proceso activo en el que ambas partes buscan parejas potenciales que se adecuen a sus ideales cognitivos, la atracción física y la similitud de una serie de dimensiones (raza, medio étnico, religión, situación socio-económico, edad, valores, intereses) se han descrito diferentes hipótesis del emparejamiento humano:

- Hipótesis de semejanza: sostiene que las personas buscan como parejas personas similares a ellas mismas ya que son capaces de identificar correctamente la forma de ser del otro, “la similitud genera atracción”.
- Hipótesis de complementariedad: denominado emparejamiento negativo, “polos opuestos se atraen”, las personas buscan como parejas personas que les complemente, puede tener lugar cuando las personas no están contentas con sus propias características.
- Hipótesis alternativa. Cada individuo posee sus propios criterios a la hora de elegir pareja.
- Hipótesis de la homogamia social: la semejanza entre conyugues se debe a una semejanza ya existente antes de la elección de pareja, bajo la idea de que es más probable que personas que se parecen en determinadas características se conozcan y por ende se unan (edad, nivel de estudios)
- Hipótesis de convergencia: se identifica con el dicho popular “dos que duermen en el mismo colchón se vuelven de la misma condición”, según está, la semejanza no se da por una búsqueda activa de un parecido inicial si no que más bien con el paso del tiempo las parejas terminan pareciéndose.

El enamoramiento o romance, es la etapa inicial por la que atraviesan todas las parejas, pero a pesar de lo fantástica y apasionante que ésta es la realidad es que no dura para siempre, por lo que siempre trae con su fin una crisis así sea en un nivel muy interno. El fin de un romance constituye una de las crisis universales más dolorosas, pero nunca discutidas.

Por otro lado, en el matrimonio no todas las personas que se unen forman la misma clase de pareja, pues existen diversas formas de interrelacionarse con el

cónyuge, lo que lleva a que en la relación predomine una u otra característica, por ejemplo

Relación Enredada. Cuando ambos integrantes de la pareja dependen exclusivamente el uno del otro para todo, las deficiencias de cada uno se tornan evidentes e importantes, y los talentos de cada uno se respetan menos y se dan más por sentados.

La relación Desprendida. El cónyuge más distante dedica gran cantidad de tiempo y atención a evitar las responsabilidades del matrimonio, y luego concentra toda su cólera en el tiempo y la atención mínimos que el otro cónyuge logre obtener.

Existen también personas que asumen roles de superioridad o inferioridad. 7

No solo las actitudes son las que definen los roles y las características de la pareja; la concepción cultural sobre los sexos y las funciones asignadas a ellos, son determinantes fundamentales en la asimetría en las relaciones de pareja. La simetría no es posible dentro de una pareja, pues las diferencias tienen varios orígenes como la familia de cada cónyuge, los fundamentos económicos de la sociedad, la ideología, la cultura, la educación e inclusive los fundamentos legales de cada país.

Es por eso que la consolidación de la pareja como SISTEMA AUTONOMO resulta del inter-juego de dos tipos de componente: los propios a partir de la interacción afectiva y sexual de la pareja y los referentes a su relación con el entorno.

El termino intimidad proviene del latín “intimus” en relación con lo más interno, es una relación de cuidado sin pretexto alguno y de una revelación de los miembros sin riesgo de perder o ganar para cualquiera de los dos. Es dar y recibir en un intercambio que crece al mismo tiempo, que facilita la conciencia de uno mismo y de las diferencias y semejanzas de los integrantes. Olson identifico cinco tipos de intimidad:

- Intimidad emocional: se refiere a experimentar sentimientos de cercanía.

- Intimidad social: se refiere a la experiencia de tener amigos y actividades sociales comunes.
- Intimidad intelectual: se refiere a la experiencia de compartir ideas.
- Intimidad sexual: la experiencia de compartir afecto en general y/o actividad sexual.
- Intimidad recreacional: compartir experiencias recreativas.⁸

La vida sexual de las parejas es otro elemento de gran valía para la comprensión de su dinámica y de su desarrollo, donde también se encuentran expresiones de desigualdad y asimetría, ejemplo: la mujer dentro de la pareja se ha colocado frecuentemente en una posición de pasividad y sumisión que la empobrece e infravalora y esto a su vez se ve reflejado no sólo en la sexualidad sino también en la comunicación. Así también al género masculino se le ha dado una mayor permisividad respecto a la satisfacción de sus deseos, mientras que a las mujeres se les ha reprimido fundamentándose en ideología de corte tradicionalista, donde sus deseos deben ser satisfechos hasta el matrimonio.

En la etapa de matrimonio o vida en común, la sexualidad aparece como un elemento que sin lugar a dudas permitirá el conocimiento mayor de la pareja, es decir, los acontecimientos, la estimulación y la práctica tendrán su influencia en la estabilidad de la relación. Resulta contrastante observar que el desarrollo físico y el paso del tiempo existe un decremento de la motivación y por ende del ejercicio sexual físico. Con base en ello y debido a variables como monotonía, pasividad en la relación de la pareja, disfunciones a nivel psicológico y físico, el interés emocional y sexual se llega al punto en que el sexo es visto como una obligación y no como una oportunidad para descubrir la sensibilidad y agrado a sí mismo y la pareja, generando insatisfacción sexual que a su vez genera frustración, ansiedad trastornos físicos, psíquicos y sociales.

La Comunicación es un proceso mediante el cual la pareja puede tener un intercambio de percepciones, opiniones, sentimientos, expectativas, es un soporte para la expresión de afecto y un factor imprescindible para la convivencia. e incluye factores cuantitativos (tiempo que dedican a platicar, temas), cualitativos

(como las palabras que se escogen, calificativos, gesticulación) por lo tanto puede ser verbal o no verbal. La comunicación cumple con ciertas funciones: organizar la relación, proteger vulnerabilidades y satisfacer necesidades, además de ser indispensable para el mantenimiento de la relación. ⁹

La comunicación también evoluciona de acuerdo a la evolución de la pareja, en una primera época tiende a acentuarse por lo tanto a profundizarse y resulta relativamente fácil, por el deseo de comunicarse y conocerse, en general después de un tiempo hay una disminución en la comunicación tiende a limitar las cargas afectivas en beneficio de una mayor eficacia práctica. Agregándose ambigüedad y contradicciones en los mensajes.

La comunicación sexual hace referencia a toda aquella información de índole sexual que intercambia toda persona que forme parte de una relación. Adquiere un alto significado ya que contribuye a mantener la relación, organizar y desarrollar su vida sexual. Varios estudios sostienen que. 1) existe una relación entre la comunicación sexual, el compromiso de pareja y la frecuencia del acto sexual. 2) el deseo o rechazo sexual está relacionado con la satisfacción de la pareja y 3) diferencias por género en cuanto los gustos o disgustos sobre la vida sexual. ¹⁰

La función reproductiva corresponde a la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares a quienes los produjeron. Va más allá de tener hijos o no, ya que implica también reproducción de ideas, de estilos de vida. Desde una perspectiva biológica incluye la concepción, el embarazo, parto, puerperio y lactancia, la anticoncepción y el aborto. Desde un punto de vista psicológico: significados de maternidad y paternidad. Desde la antropología el papel que da la parentalidad en la cultura. En el ámbito legal incluirá la legislación sobre maternidad, paternidad, filiación, adopción, cuestiones de derecho sucesorio.¹⁰

El comienzo de la familia suele coincidir con el fin del romance; la parentalidad no es una bendición absoluta: estabiliza al matrimonio pero también atrapa a los padres, lo más probable es que uno de los progenitores en general la madre centre su vida en la crianza de los hijos, mientras que el otro procura evadirse de

la parentalidad, compite con su hijo y se siente abandonado y en la mayoría de los casos el esposo se centra en el trabajo y la esposa se convierte solamente en madre.

La Parentalidad cambia drásticamente el matrimonio, pero que ocurre en parejas con trastornos de reproducción? ^{9 11}

Evaluación del subsistema conyugal

La satisfacción marital ha sido conceptualizada tanto en términos de evaluación global y subjetiva que se hace del conyugue con base en la evaluación y estudios específicos sobre separación / divorcio, crisis familiares incluso violencia intrafamiliar y abuso infantil. Por otro lado, la calidad del matrimonio depende del grado de satisfacción y complementariedad que se dé a las necesidades y expectativas de cada uno. La satisfacción marital se encuentra íntimamente vinculada con la “felicidad” o “la infelicidad”. Desde luego la satisfacción marital o su contrapartida, la insatisfacción, puede influir en diversas esferas de la vida humana: integración psicológica y social de los hijos, la salud, trabajo, etc.

En los años 70 se empezaron a desarrollar escalas de ajuste marital con énfasis en el área de la comunicación y cambios en el ciclo marital, los principales problemas con estas es que se concentran en uno o dos aspectos de la relación marital y rara vez reportaban niveles de validez y confiabilidad y que además la mayoría de ellas estaban enfocadas a la cultura anglosajona.¹²

Dentro de las variables que han sido integradas en relación a la satisfacción marital está el número de años de casados encontrando que la satisfacción es mayor en el periodo inicial y final de la pareja y menor en el periodo intermedio, algunas explicaciones que se han postulado respecto a esta relación son la presencia de hijos y el cambio de roles familiares que se tienen en las diferentes etapas. Otros autores han encontrado un decremento lineal en la satisfacción desde el inicio hasta el final de la relación. Otra variable estudiada es el nivel socioeconómico, algunos autores señalan mayor insatisfacción marital entre personas con bajo nivel socioeconómico y bajos ingresos sin embargo otros

autores encontraron que las esposas menos satisfechas son las profesionistas. 11-

13

Una variable que merece atención especial es el número de hijos, se ha visto que los hijos afectan la interacción marital de manera tal que existe una relación negativa entre el número de hijos y el ajuste marital así como la misma relación entre tener hijos más pequeños.

Otros factores como el afecto, sexo (algunos estudios muestran que los hombres tienden a estar más satisfechos en sus matrimonios), la percepción interpersonal entre los miembros de la pareja y la congruencia con la auto percepción, satisfacción sexual, participación de la fuerza laboral de la mujer (entre el estatus y la remuneración económica es más alta en la mujer el hombre tiende a estar menos satisfecho).¹⁴

Para medir la satisfacción conyugal se han desarrollado diferentes escalas con el fin de medir NO lo que sucede en el matrimonio sino como definen los miembros y las actitudes la relación marital.

La ESCALA DE PICK DE WEISS-ANDRADE es una escala validada en 1988 en población Mexicana la cual mediante aspectos como la interacción conyugal y aspectos estructurales y emocionales del cónyuge, determina así lo que él denomina Satisfacción Marital Total; así como permite identificar su relación con algunas variables demográficas. Para diseñar el instrumento se tomó como Satisfacción marital: el grado de favorabilidad o actitud hacia aspectos del cónyuge y de la interacción conyugal. Este modelo evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de indicadores, Se suma el puntaje total y se evalúa de acuerdo a criterios numéricos establecidos. ¹⁵

Esta escala ha sido modificada y simplificada por Chávez- Vázquez. El cual evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja y aborda las principales funciones que el subsistema debe llevar a cabo y a cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de indicadores. Se suma el puntaje y se evalúa

de acuerdo a criterios numéricos establecidos. Determinando si la Pareja es Severamente disfuncional, pareja con disfunción moderada o Pareja Funcional.

La funcionalidad conyugal es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta para detectarla en forma integral en la consulta diaria ya que entre el 30 a 60% de los motivos de consulta en atención primaria se deben a trastornos psicosociales que tienen su origen en crisis con repercusión en la funcionalidad familiar.¹

Infertilidad

La Organización Mundial de la Salud define a la infertilidad como la incapacidad de una pareja de concebir después de 12 meses de relaciones sexuales frecuentes sin métodos anticonceptivos.

Conceptos:

Esterilidad: incapacidad del varón o la mujer para concebir, Se clasifica en primaria y secundaria:

Esterilidad Primaria: Se cuando la pareja después de un año de relaciones sexuales sin método anticonceptivo y con búsqueda intencionada de descendencia no ha logrado concebir.

Esterilidad Secundaria: Se da cuando una pareja luego de concebir no logra una nueva gestación tras dos o más años de intentarlo.

Infertilidad: Es la incapacidad para producir un hijo vivo:

Infertilidad Primaria: es padecida por la pareja que consigue una gestación sin llevarla a término adecuado (aborto, pérdida repetida de la gestación).

Infertilidad Secundaria: Se refiere a que luego de un parto con al menos un nacido vivo, no puede llevarse a término una nueva gestación.

Actualmente se han establecido solo dos términos en un intento de uniformar conceptos:

INFERTILIDAD PRIMARIA: es aquella en la que la mujer nunca ha tenido embarazos después de un año de relaciones sexuales normales no protegidas

INFERTILIDAD SECUNDARIA: Es aquella en la que la mujer tiene una historia de al menos un embarazo confirmado, no siendo capaz de concebir después de un año de relaciones sexuales no protegidas. ¹⁶⁻¹⁷

Epidemiología:

La Organización Mundial de la Salud considera a la Infertilidad como un problema de salud pública ya que su incidencia está en aumento afectando el 10-20% de la población mundial. Llegando a afectar 1 de cada 6-10 parejas, siendo más frecuente la infertilidad primaria en un 67.9% de los casos, y secundaria el 32.1%.

¹⁸⁻¹⁹

La OMS reporta como causas principales: factor tubario, incluida endometriosis en el 42% de casos y trastornos ovulatorios en el 33%.

En México entre un 15 y 18% de las parejas son infértiles y esta tendencia va en aumento. Se calcula que el 60% recurrirá a los procedimientos de reproducción asistida para poder concebir un hijo. En un 40 a 50% de los casos son de origen masculino, el 22.3% es de origen femenino, el 16.7% causas mixtas y un 14% a causas desconocidas; las causas se agruparon como: factor endocrino-ovárico (14.6%), endometriosis inexplicable (4%), tubo-peritoneal (48.7%) y uterino (6%), fracaso en inseminaciones previas (2.4%), conversión por hiperestimulación ovárica (1.2%), o factor masculino (13.4%) y desconocidas (8%), una cuarta parte de estas mujeres, la etiología de la infertilidad sigue siendo desconocido a pesar de su investigación. ²⁰

La pérdida espontánea es una de las patologías más frecuentes del embarazo. Diversos estudios señalan que un tercio de las fallas reproductivas con etiología genética son explicadas por aberraciones cromosómicas, numéricas y

estructurales, en un estudio en México se encontraron estas aberraciones en el 6.5% (translocaciones 2.4%, mosaicismo celular 4.1%).²¹

Se estima que solo el 56% de la población infértil solicita atención médica; después de la intervención terapéutica solo la mitad de las mujeres finalmente logran concebir, mientras que el resto permanece sin hijos, principalmente a altos índices de abandono terapéutico principalmente por repercusiones psicológicas en los miembros de la pareja.

El costo del tratamiento sigue siendo prohibitivo y es una barrera para la búsqueda de tratamiento en la mayoría de los países en desarrollo a pesar de los avances en las técnicas de tratamiento.²²⁻²³

Factores de riesgo:

Los factores de riesgo Maternos para infertilidad:²⁴⁻²⁵

- Edad materna avanzada: disminución de la calidad de ovocitos y reducción de la cantidad de folículos)
- Tabaquismo: disminuye la reserva folicular y la menopausia es más temprana)
- Quimioterapia y radioterapia: disminuye reserva folicular con menopausia inmediata. Así como uso de agonistas o antagonistas de estrógenos y andrógenos,
- Enfermedad pélvica inflamatoria e Infecciones de transmisión sexual: Bacterianas (Clamidia trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae) virales (VPH) con riesgo de obstrucción tubarica, estenosis cervical, incompetencia ístmico-cervical
- Adherencias posteriores a cirugías pélvicas.
- Dispositivo intrauterino. (mayor incidencia de infecciones).
- El estrés puede desencadenar anovulación, aumentar la producción de prolactina y disminuir la frecuencia de secreción pulsátil de GnRH con supresión de las gonadotrofinas,

- Acondicionamiento físico por más de tres horas /día altera la secreción cíclica de GnRH, anovulación.
- Obesidad: Su prevalencia ha aumentado sustancialmente en los últimos veinte años en mujeres en edad reproductiva, se convierte cada vez más en una causa común de infertilidad, este padecimiento causa problemas de ovulación asociados con el hiperandrogenismo, ovario poliquístico e irregularidades en los ciclos menstruales, tienen más efectos adversos en el endometrio, en células de la granulosa y la teca, pólipos endometriales, decremento de concentración de hormonas sexuales y mayor resistencia a medicamentos que inducen la ovulación lo que reduce la tasa de éxito de tratamientos de fertilización in vitro. ²⁶⁻²⁷⁻²⁸
- Pérdida de peso: aunque por mecanismos distintos a los de la obesidad la pérdida de peso y en especial de grasa corporal, por debajo de un límite crítico se asocia a anovulación.
- Adicciones a drogas ilegales sin embargo es importante la ingestión de más de 250mg de cafeína al día, tabaquismo, alcoholismo influye en el potencial de fertilidad, aumenta el riesgo de aborto y productos con bajo peso al nacer.
- Abortos provocados: aumentan 10 veces la prevalencia de infertilidad por infecciones no detectadas. Secundarias al procedimiento o a la formación de adherencias, aumento en la incidencia de embarazos ectópicos.
- Trastornos hormonales: Hipotiroidismo. Diabetes mellitus tipo 2 (insulinorresistencia) La prevalencia de la resistencia a la insulina en pacientes con infertilidad es del 50-60%.³¹

Los factores de riesgo Paternos de infertilidad:

El factor masculino como causa de infertilidad ha aumentado en los últimos 30años hasta en un 50% de los casos:

- Disminución en la cuenta espermática.
- Aumento en la incidencia de ciertas anomalías del desarrollo como hipospadias, criptorquidia, varicocele.

- Disfunciones sexuales.
- Aumento en el promedio de edad reproductiva
- Factores ambientales (exposición a agentes tóxicos, pesticidas, solventes, pinturas, tintas, gases, anestésicos) calor, radiaciones.
- Traumatismos testiculares.
- Iatrogenias: la ligadura inadvertida de deferentes durante hernio plastias, orquidopexia. 29-30

Estudio básico de la pareja infértil:

De acuerdo a esto la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1975 definió la Salud Sexual como: “La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor”. Y en 1987 la declara como un derecho básico del ser humano y en 1995 en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, fueron explícitamente reconocidos los derechos reproductivos de hombres y mujeres como parte integral e indivisible de los derechos humanos universales.

La promoción de la salud sexual debe ser objetivo básico de los profesionales de la salud y en concreto de médicos de Atención Primaria como primer eslabón en la cadena asistencial.

La evaluación inicial es dirigida por médicos especialistas Ginecólogos y obstetras, biólogos de la reproducción y todo aquel que en algún momento atiende parejas con este diagnóstico y debe incluir: Historia clínica, examen físico sobre todo cavidad pélvica, mamas, tiroides y genitales externos misma que deberá incluir exploración cervical, tacto pélvico bimanual, complementado con estudio de moco cervical, ultrasonido pélvico transvaginal, Determinación sérica de progesterona FSH, LH, estradiol, TSH y prolactina, Hiserosalpingografía, Espermatobioscopia

31-32

La prevención de la infertilidad implica el conjunto de conocimientos que permita sospechar, detectar, evitar o corregir situaciones que dificulten el logro de un

embarazo y el nacimiento de un hijo sano cuando se desee. El objetivo general de la prevención antes de intentar el embarazo es mejorar las posibilidades de lograrlo sin necesidad de métodos terapéuticos más complicados que impliquen riesgos, costos y tiempo. ³³

Las indicaciones para iniciar la evaluación de la pareja infértil son:

- No haber logrado el embarazo después de un año de relaciones sexuales frecuentes y sin protección anticonceptiva.
- Antes de un año si existiera alguna enfermedad o algún factor de riesgo identificado en la pareja.
- Si la pareja cuestiona su potencial fértil.
- Si persiste la infertilidad cuando algún factor o factores fueron diagnosticados como causa de infertilidad ya fueron corregidos de forma adecuada.³⁴⁻³⁵⁻³⁶

Sin embargo no solo se debe analizar desde el punto de vista la posibilidad biología de reproducción en la pareja sino indagar más allá en la reconstrucción sociocultural del individuo de la parentalidad (maternidad, paternidad) y sus repercusiones en el Sistema Conyugal lo cual compete como Médico Familiar.

La INFERTILIDAD considerada como crisis familiar no normativa que se va a presentar en la etapa de Formación y Extensión de su ciclo vital, llevando consigo repercusiones: INDIVIDUALES: 1) cambios en el estilo de vida, 2) modificaciones en los conceptos de autoestima y autoconcepto, 3) generación de síntomas depresivos y ansiosos. SOCIALES: Relacionados a las condiciones económicas, laborales y aislamiento social. ³⁷

Las parejas se someten a un régimen estresante de visitas médicas, tratamientos farmacológicos, relaciones sexuales programadas, e intervenciones quirúrgicas, en ocasiones cuando se logra por algún método un embarazo, pérdidas del producto; que suponen una carga para su vida diaria y que afectan de alguna manera a su estado mental, social, físico e incluso intelectual, ya que esta condición destacara reacciones tales como negación, ira, culpa, pérdida de control

y aislamiento social. Lo cual afecta de forma directa en el ámbito afectivo, como en la comunicación, la relación sexual e incluso la afiliación en pareja. 38

Cada individuo tiene representaciones sociales y biológicas expresadas mediante conductas actitudes mostrando su mundo interior, desde esta postura se puede considerar que la infertilidad está determinada por lo biológico, por lo que el impacto por esta alteración solo la podemos observar mediante las manifestaciones de ese mundo interno, subjetivo, explicando el proceso reactivo en sus distintas fases del diagnóstico y tratamiento que siguen las parejas; en especial las mujeres que en algunas ocasiones desarrollaran manifestaciones depresivas o ansiosas ya que solo alrededor del 5% presentan patología franca y clínicamente catalogada como tal, las reacciones de depresión, ansiedad y sus manifestaciones en la vida cotidiana afectan su calidad de vida. Cuando estas respuestas emocionales se extienden a la esfera relacional, incapacita a las personas en varias áreas de su vida por ejemplo para comunicarse con su pareja y con su entorno social. Si se acentúa en forma rígida la importancia de un hijo como parte de la identidad pone en riesgo el bienestar físico y psicológico con alta cuota de sufrimiento. La infertilidad es un acontecimiento vital que se convierte en estresante y es calificado en la actualidad sobre todo en las mujeres como un impacto elevado semejante a lo experimentado en otros problemas como el SIDA, cáncer u otras alteraciones cardiovasculares.

Estudios en México han revelado que el 58.4% de la población infértil no presentó depresión, 21.7% fue mínima o leve, 13.7% moderada y solo el 6.2% severa.

La ansiedad estado frecuente es una manifestación y recurso adaptativo y no una enfermedad, ya que permite hacer ajustes para poder enfrentar la situación particular y su manifestación es temporal, presentándose de forma frecuente ante cada situación nueva ejemplo: estudios diagnósticos.

Se ha presentado a la infertilidad como la manifestación de un número mayor de emociones negativas como: frustración, soledad, tristeza, pena, culpa, rabia y desesperanza ya que causa una perspectiva negativa de la posibilidad de

embarazo. A su vez la infertilidad provoca la emergencia de una serie de recursos adaptativos psicosociales.

En el estudio de parejas infértiles independientemente de que el factor sea masculino o femenino, de origen desconocido o mixto la mujer desarrolla más cambios psicológicos incluso en el caso del que el factor sea masculino, enviando mensajes poco claros de la situación que están viviendo y al no obtener una respuesta esperada las manifestaciones se van incrementando al grado de aislarse del entorno familiar y social como respuesta a un sentimiento de incomprensión.³⁹⁻³⁵

Comunicación. Es frecuente encontrar a parejas donde uno de los conyugues con la intención de proteger al otro y no generarle mayor sufrimiento no expresa sus emociones y las reprime ante la pareja como consecuencia este otro conyugue experimenta desatención que acaba en resentimiento por pensar que este no está experimentando sus mismas emociones, eso suele aumentar la angustia y la tensión entre los miembros.

La actividad sexual de la pareja con problemas de fertilidad puede llegar a realizarse de manera compulsiva en los supuestos momentos de la ovulación, aun sin estar sujetos a algún tipo de tratamiento específico, lo que puede llevar a que la experiencia erótica no solo no sea satisfactoria sino que se convierta en desagradable o frustrante al no responder a la demanda del hijo deseado. En estudios se muestra que los hombres experimentan menos placer sexual en relaciones programadas tanto por la presión que representa un intento por concebir o bien por forzar la relación en un momento determinado del ciclo ovárico. Así también la frecuencia coital, la espontaneidad para la relación sexual, la satisfacción, el interés y placer sexual disminuyen en estas parejas. La frecuencia de relaciones durante un embarazo logrado disminuye más en parejas con problemas de fertilidad. Algunos estudios han encontrado la relación entre infertilidad y mayor grado de insatisfacción sexual la cual está determinada a partir de las características de lubricación, evaluación del deseo, presencia de dolor o malestar con la relación sexual, estrés emocional, el placer, y la capacidad de

alcanzar el orgasmo. Esto se refleja en la demostración de afecto secundario, incluso la necesidad de demostrar virilidad que sumado a factores como presiones familiares y hasta efectos secundarios del tratamiento explica de alguna manera el por qué aparece más ansiedad en los varones y depresión en las mujeres. 40-41

Perspectiva de género. La pareja que afronta un problema de fertilidad se plantea la re conceptualización de masculinidad y la feminidad propia, la pareja y de los otros, si se transforma en un problema, sin embargo una constante cultural es la necesidad de demostrar la virilidad que puede traducirse en la expresión de la paternidad, “se es plenamente masculino cuando uno se reproduce”, esto explica de alguna manera por que los varones presentan más ansiedad. Los factores que influyen en el deseo de ser madre son la estructura narcisista de la personalidad, el hijo imaginario, el género, las presiones familiares y los efectos secundario del tratamiento es decir se nota la influencia de factores que van desde lo individual hasta lo colectivo.

Respecto a la relación de la pareja se ha constatado que la infertilidad ocasiona dificultad en la relación marital tanto en el ámbito afectivo, como en el de la comunicación, la relación sexual o incluso de la afiliación disminuyendo el interés por la pareja, incluso replantearan seguir juntos; demuestran mayor insatisfacción en parejas con más de 3 años de diagnóstico de infertilidad, en parejas con edad mayor de 30 años con nivel socioeconómico medio, así como manifestaciones psicosociales más severas en mujeres amas de casa. Pese a esto otros investigadores sugieren que la infertilidad aumenta la unión, el amor y el apoyo en la pareja y además supone una experiencia de crecimiento personal para ambos conyugues, factores como la calidad de la relación de pareja y el adecuado ajuste marital antes de la aparición del problema de infertilidad parecen explicar el mantenimiento y fortalecimiento de la relación tras el mismo. 42

La infertilidad impactara de forma distinta a cada pareja, a cada persona y en esa particularidad de respuesta jugaran un rol importante los factores como género, personalidad, historia personal previa, estilos personales de afrontamiento a situaciones adversas, las creencias presentes en torno cultural, finalmente el

acceso a un adecuado tratamiento también incide en la respuesta psicológica reactiva o bien organizar una psicopatología la cual se debe sospechar en individuos con labilidad afectiva, llanto fácil, cambios de apetito, cambios en patrón de sueño, alteraciones sexuales, dificultad en la toma de decisiones, pérdida inexplicable de amistades, conflictos con familia política, dificultades conyugales, dificultades en otras áreas como trabajo, adherencia terapéutica deficiente, aislamiento.⁴³

El tratamiento psicológico de la pareja infértil debe comenzar en el mismo momento en que esta tiene el conocimiento del problema debido a que la fase de diagnóstico suele suponer una crisis vital que se acompaña de sensaciones de culpa, impotencia, falta de control, estrés y en definitiva de una gran sobrecarga emocional. Entre las reacciones más comunes destacan:

- Estado de duelo: donde la infertilidad es una realidad difícil de aceptar, incredulidad.
- Negociación: donde la pareja piensa que el diagnóstico es equivocado y muchas suelen solicitar otras opiniones médicas.
- Culpa-culpabilización: es muy común en un intento de determinar el porqué de su infertilidad, un miembro de la pareja puede pensar que sus anteriores comportamientos han causado el problema, frecuentemente el miembro portador del problema suele sentir que está privando a su pareja de la posibilidad de tener hijos, en otros casos los miembros de la pareja llegan a culparse uno al otro por su incapacidad para concebir, experimentando resentimiento y rabia hacia el conyugue.
- Pérdida de control: desmonta los sentimientos de control sobre la propia vida, dejando a un lado los aspectos de la vida individual y de la pareja para centrarse en el tratamiento.
- Aislamiento social: es frecuente que la pareja busque aislarse como una manera de protegerse ante sentimientos como la rabia o la envidia ante otros familiares o amigos. ⁴⁴

Evaluar cómo funciona el subsistema conyugal nos aporta información necesaria para conocer el ajuste de la pareja y los recursos con los que cuenta para afrontar esta situación, así se podrá recomendar terapia de pareja. Los procedimientos más utilizados en el tratamiento de la pareja son los derivados de la terapia cognitiva –conductual dichas técnicas han demostrado su eficacia tanto en el afrontamiento del diagnóstico como durante el tratamiento de la misma, así mismo los objetivos que se persiguen son: 1) Enseñanza de habilidades de afrontamiento respecto a su situación de infertilidad; 2) mejorar la calidad de la comunicación e interacción de la pareja, 3) aprendizaje de habilidades para solucionar conflictos en la relación de pareja, 4) la ayuda en la búsqueda de soluciones y alternativas ante la posibilidad de un futuro sin hijos.⁴⁵

Con respecto al ámbito sexual como se ha comentado la naturalidad y espontaneidad de sus relaciones se haya perdido y que la motivación por la reproducción sea lo que haya mantenido el deseo sexual, experimentando pérdida de la satisfacción, en estos casos la terapia ha de orientar a la pareja para que redescubra su relación y el placer asociado al acto, además también se hará hincapié en fomentar todas aquellas conductas que vayan más allá de la propia genitalidad y se animara a la pareja a que utilicen otras expresiones o manifestaciones de afecto como son las caricias, los abrazos, besos y la exploración de otras zonas de placer.

Cuando la pareja decide iniciar un tratamiento de TRA (técnicas de reproducción asistida) comienza un proceso largo y continuo de toma de decisiones que suele ser vivido también con un elevado nivel de estrés emocional, en este sentido la terapia se centra en trabajar habilidades de comunicación y sus estrategias de resolución de problemas, enseñando a tomar decisiones de manera ecuánime respecto a los posibles tratamientos a aplicar y cuando darlos por finalizados, siendo conscientes y realistas de su propia situación de infertilidad.⁴⁶

Durante las fases de espera de resultados y también a lo largo de todo el tratamiento la pareja experimenta ansiedad y depresión que pueden incrementarse tras los sucesivos intentos fallidos, en las sesiones de terapia se

han de explorar todos estos sentimientos y facilitar su expresión emocional. En casos en que la pareja decida dar por finalizado el tratamiento se les deberá ayudar a construir una nueva identidad como pareja sin hijos, en este sentido resulta beneficiosos que la pareja recuerde las cualidades que determinan su atracción mutua y las razones actuales para seguir funcionando como pareja.

En esta introducción al estudio de la pareja infértil se podría concluir en que no basta el perfil biológico (la etiología, la serie de estudios y tratamientos) sino, consiste también en el estudio de cómo se afronta esta crisis el individuo y la pareja así como la influencia de la familia y la sociedad sobre esta. Integrar este problema desde la perspectiva sexual, erótica, de vínculos afectivos, identidad y género que depende de la herencia psicosocial y cultural de nuestro medio, ya que el equilibrio en estos aspectos depende su respuesta ante la aceptación y éxito de terapias como Reproducción Asistida, Adopción y la posterior paternidad o bien continuar sin descendencia, en el ciclo de la pareja con satisfacción tanto individual y de pareja.⁴⁷

IV. JUSTIFICACION

La importancia del estudio de la pareja está implícita al ser en sí misma el origen de la familia. La familia como base de la sociedad pero también tenemos que considerar a esta como generadora de Salud o Enfermedad.

La organización Mundial de la Salud considera a la infertilidad como un problema de Salud pública ya que se ha incrementado significativamente en todo el mundo. Se estima que en México entre un 15 y 18% de las parejas son infértiles y esta tendencia va en aumento. Se calcula que el 60% recurrirá a los procedimientos de reproducción asistida para poder concebir un hijo. En un 40 a 50% de los casos son de origen masculino, el 22.3% es de origen femenino, el 16.7% causas mixtas y un 14% a causas desconocidas.

En nuestro medio estos trastornos causan diferentes grados de frustración, depresión, ansiedad en cada uno de los miembros de la pareja deteriorando la relación de esta y por lo tanto menor grado de Satisfacción tanto conyugal como familiar.

Estas parejas son parte de la población adscrita al consultorio de medicina familiar y en la gran mayoría de los casos no identificamos estos trastornos tanto en el diagnóstico inicial de infertilidad como en identificar trastornos secundarios que están causando disfunciones familiares y que muchas veces son causa de Hiperutilización de Servicios.

Estas disfunciones requieren una oportuna identificación por parte de los trabajadores de la salud, desde una perspectiva clínica integral. En la consulta externa el médico familiar tiene la responsabilidad a partir de su formación académica de reconocer las dificultades potenciales de la pareja y de la familia respecto a su desarrollo y facilitar la compatibilidad de las tareas evolutivas de cada miembro para restablecer así el flujo normal de su ciclo vital.

AREAS ESPECÍFICAS:

JUSTIFICACION TEORICA: La infertilidad como un problema de Salud Publica ya que se ha incrementado significativamente en todo el mundo. Se estima que en México entre un 15 y 18% de las parejas son infértiles tendencia que va en aumento. La realización de esta investigación permitirá conocer la prevalencia y la causa más frecuente de Infertilidad en la población estudiada, además de permitir identificar la existencia de la satisfacción y funcionalidad conyugal en parejas con y sin trastornos de reproducción y de esta forma iniciar y ser parte de su estudio.

JUSTIFICACION METODOLOGICA: Se cuenta con una gran población de parejas en edad fértil, así como parejas en protocolo de estudio y tratamiento por infertilidad. Contamos con un Instrumento de medición del Subsistema conyugal que evalúa las funciones básicas de la pareja validada para la población mexicana. Sin embargo no se ha realizado un estudio sobre la influencia que tiene la Infertilidad sobre el Subsistema conyugal por lo que se decide realizar esta investigación.

JUSTIFICACION PRÁCTICA: Los resultados de esta investigación permiten identificar de disfunciones conyugales en nuestros pacientes que demanden atención con y sin trastornos de la reproducción.

ASPECTOS METODOLOGICOS:

PERTINENCIA: Los factores de riesgo y las enfermedades causantes de infertilidad, ha aumentado su prevalencia en la población dando origen a una crisis no normativa causando disfunciones en el subsistema conyugal.

MAGNITUD: La Organización Mundial de la Salud declara a la infertilidad como un problema de Salud pública ya que se ha incrementado significativamente en todo el mundo. Se estima que en México entre un 15 y 18%, no se conocen cifras en el estado de Hidalgo y en la unidad de aplicación.

TRASCENDENCIA: Al realizar este trabajo, tendrá una consecuencia importante dentro del área médica, ya que debido al impacto epidemiológico que ha

alcanzado la Infertilidad, como un problema de salud pública con repercusión individual, conyugal, familiar, social y laboral. Nos invita a la detección de factores de riesgo para un diagnóstico oportuno y seguimiento de la pareja no solo desde el punto de vista orgánico, permite la evaluación del subsistema conyugal en parejas que demanden atención médica con y sin trastornos de reproducción.

FACTIBILIDAD: Contando con los recursos humanos, operativos, técnicos y económicos necesarios para llevar a cabo los objetivos propuestos. Esta investigación es factible.

CONGRUENCIA: Esta investigación es conveniente, con relación lógica. Su método de exploración consiste en un cuestionario validado en población mexicana, es congruente para detectar el grado de satisfacción y funcionalidad del subsistema conyugal.

POLITICO-ADMINISTRATIVO: Considerando a la infertilidad como un problema de salud pública y por su repercusión en la dinámica familiar y social; se justifica médica y socialmente; esto es congruente con políticas de administración del gobierno actual.

PLAUSIBILIDAD: los criterios de selección de la muestra así como los recursos materiales y humanos de la presente investigación determinan que el estudio podrá ser aplicado en otros trabajos de investigación relacionados al subsistema conyugal por lo que este estudio es atendible, admisible y recomendable.

ASPECTOS ETICOS: Se deben detectar en una pareja que demande atención medica todos aquellos factores que se relacionen con un trastorno de reproducción o bien aquellas condiciones físicas, mentales o sociales secundarias a estas, ya que la reproducción es declarada como un derecho universal del ser humano.

NOVEDOSOS: La infertilidad como un apartado de la planificación familiar que en muchas ocasiones no se busca de forma intencionada y en caso de ser diagnosticada es enviado a segundo nivel iniciando una serie de procedimientos

diagnósticos, pruebas terapéuticas y en algunas ocasiones condiciona pérdidas repetitivas de productos logrados que amenaza la estabilidad de la pareja por lo que su evaluación y estudio debe ser parte del protocolo de infertilidad.

INTERESANTE: la función reproductora y la planificación familiar en general la evaluamos a partir del número de hijos de la pareja, sin embargo en la actualidad los cambios en el estilo de vida y el acceso a los servicios de salud hace que esta entidad sea más diagnosticada así como mejores oportunidades de tratamiento; pero es interesante averiguar cómo vive estas crisis cada individuo y cómo influye en la relación de pareja, haciéndola de esta funcional o no funcional.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por las tendencias del mundo moderno, la incidencia de infertilidad tiende a aumentar. La Infertilidad es un problema de salud pública, que no causa muerte, incapacidad o dolor físico, sin embargo es una crisis para las parejas que ven amenazados sus planes de vida y sufren no solo en el momento del diagnóstico y durante los tratamientos, sino con múltiples situaciones cotidianas.

El derecho a tener hijos forma parte de los programas de planificación familiar de todos los países, los que de acuerdo a sus capacidades y prioridades deciden hasta donde apoyan en cobertura médica los tratamientos.

Si bien la llegada del primer hijo es la crisis normativa más grande de la familia, la Infertilidad es una crisis no normativa que va a vivir el individuo y la pareja obstaculizando el ciclo vital de la familia. Por lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta:

¿La infertilidad es un factor de riesgo asociado a insatisfacción del subsistema conyugal?

VI. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la asociación que existe entre la infertilidad como factor de riesgo de insatisfacción del subsistema conyugal en parejas en edad fértil del Hospital General de Zona de Medicina Familiar No. 1 IMSS de Pachuca Hidalgo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Conocer la prevalencia de infertilidad en parejas que acudan al Hospital General de Zona de Medicina Familiar No.1.
2. Conocer el grado de satisfacción conyugal en parejas sin problemas de Infertilidad.
3. Conocer la influencia de factores adicionales como es el sexo, edad, escolaridad y años de matrimonio en la satisfacción conyugal.

VII. HIPÓTESIS

HIPOTESIS NULA:

- La infertilidad no es un factor de riesgo asociado al desarrollo de disfunción del subsistema conyugal en parejas en edad fértil adscritas al Hospital General de Zona de Medicina Familiar No. 1 de Pachuca Hidalgo.

HIPOTESIS ALTERNA.

- La infertilidad si es un factor de riesgo asociado al desarrollo de disfunción del subsistema conyugal en parejas en edad fértil del Hospital General de Zona de Medicina Familiar No. 1 de Pachuca Hidalgo.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo Observacional, transversal, comparativo y analítico, del 15 al 31 de diciembre del 2013 en parejas que acudieron al Hospital General de Zona del Medicina Familiar No.1 Pachuca Hidalgo.

DISEÑO DE ESTUDIO

OBSERVACIONAL: los datos se recolectaron de manera directa a partir de la hoja de recolección de datos y el instrumento de medición.

TRANSVERSAL: Los datos se recolectaron en un tiempo único.

COMPARATIVO: se compararon los resultados del instrumento de evaluación entre dos grupos: el Grupo 1) parejas sin Infertilidad. Grupo 2) parejas con infertilidad.

PERIODO DE ESTUDIO

El estudio se aplicó en el periodo del 15 al 31 de diciembre de 2013.

UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio está conformado por las parejas en edad fértil adscritas al HGZ-MF no.1 de Pachuca Hidalgo, que cumplieron con los criterios de inclusión.

TIPO DE MUESTRA:

Se determinó a través de la fórmula para calcular **Poblaciones finitas**.

Tomando como referencia el número de mujeres en edad fértil adscritas al HGZ-MF no.1: 36 722. Dicho resultado será multiplicado por 2, ya que la encuesta será aplicada a Parejas.

TAMAÑO DE MUESTRA

FORMULA:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

N= total de población

Z_α= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p= proporción esperada (en este caso del 5%=0.005)

q= 1-p (1- 0.05= 0.95)

d= precisión del 5%

Por lo tanto:

$$n = \frac{(36722 \times 1.96^2)(0.05 \times 0.95)}{(0.05^2)(36722-1) + (1.96^2)(0.05 \times 0.95)}$$

$$n = \frac{(36722 \times 3.8416)(0.0475)}{(0.0025)(36721) + (3.8416)0.04675}$$

$$n = 141071.2352 \times 0.0475$$
$$91.8025 + 0.182476$$

$$n = 6700.883672$$
$$91.984976$$

$$n = \mathbf{72.85}$$

Se multiplica por 2 ya que está dirigido a parejas:

$$n = 72.85 \times 2 = \mathbf{145.7}$$

Se suma el 10% por posibles pérdidas.

$$n = 145.7 + 14.57$$

$$n = \mathbf{\underline{160.2}}$$

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se presentó ante el comité, el estudio de investigación con el título: “Infertilidad como factor asociado a insatisfacción conyugal.” Una vez autorizada la investigación por parte del comité local de investigación, se procede identificar las parejas que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona, Pachuca Hidalgo, del 15 al 30 de diciembre, y que cumplieran con los criterios de inclusión. Se otorgó un formato de Consentimiento informado donde autorizan la participación en el estudio, para la recolección de datos, se aplicara un cuestionario de datos generales mediante entrevista personal de forma individual a los miembros de parejas, posteriormente se entregó el formato del instrumento de medición (Escala de evaluación del subsistema conyugal de Chávez y cols.), auto aplicable.

Una vez concluido el periodo de recolección se identificaron las personas que cumplieran con la definición de Infertilidad primaria, determinando así su prevalencia en esta unidad de atención; se conformaron dos grupos para el análisis de resultados, el Grupo 1, parejas sin infertilidad y el Grupo 2 con infertilidad.

Para el análisis de la información se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión de los datos para poder compararlos en ambos grupos. Se determinara si existe alguna diferencia significativa en alguno de los datos generales en ambos grupos lo cual pueda influir en los resultados.

Finalmente se comparó a partir de los resultados obtenidos en el instrumento de medición la funcionalidad y la satisfacción en las parejas de ambos grupos. El análisis de los casos se realizó en equipo de cómputo estándar, empleando el programa de computo SPSS (Statistical Program for Social Sciences).

ANALISIS ESTADISTICO: Análisis Bivariado.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Parejas casadas o en unión libre entre 25 a 45 años adscritas al HGZ-MF no.1 de Pachuca Hidalgo.
- Parejas que vivan el primer Matrimonio.
- Parejas sin hijos previos
- Quienes aceptaron participar en el estudio, firmando un consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Parejas donde alguno de los miembros tenga hijos fuera de la pareja.
- Parejas que tengan más de un matrimonio.
- Parejas sin convivencia.
- Pacientes con menos de un año de vivir en pareja.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que no respondieron de forma completa cuestionario de evaluación.
- Pacientes que no acudieron con su pareja.

VARIABLES

Variable Independiente	Definición Conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Infertilidad	La infertilidad es la incapacidad de una pareja de concebir después de 12 meses de relaciones sexuales frecuentes sin métodos anticonceptivos.	Pareja Infértil: Pareja con Diagnostico de Infertilidad. Pareja Fértil: Pareja con al menos un embarazo.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Pareja Infértil 2. Pareja Fértil.

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Satisfacción del Subsistema conyugal	El grado de favorabilidad o actitud hacia aspectos del cónyuge y de la interacción conyugal.	Se determinara el grado de satisfacción conyugal mediante la aplicación de un instrumento de valuación del subsistema conyugal de Chávez y cols.	Cualitativa	Ordinal	Pareja severamente disfuncional. Parejas con disfunción moderada. parejas funcional

Variables Demográficas	Definición Conceptual	Definición operativa	Clasificación de variable	Escala de medición	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento	Edad en años cumplidos	Cuantitativa continua.	ordinal	25 a 29 años 30 a 34 años 35 a 39 años 40 a 45 años
Sexo	Según caracteres sexuales del individuo	Se obtendrá por medio de la encuesta al pedir que señale con una x en e recuadro correspondiente a su sexo	Cualitativa	nominal Dicotómica	1. Hombre 2. Mujer
Años de Matrimonio	Tiempo de formación de la pareja	Se interrogará en la encuesta	Cuantitativa	Discreta	1. Menor de 5 años 2. 6 a 10 años 3. 11 a 15 años 4. Más de 15
Escolaridad	Grado máximo de estudios	Se interrogará en la encuesta	cualitativa	Nominal	1. Secundaria 2. Bachillerato 3. Técnica 4. Licenciatura 5. Post-grado

Variables Clínicas	Definición Conceptual	Definición operativa	Clasificación de variable	Escala de medición	Indicador
Tiempo de diagnóstico	Es la magnitud física con la que medimos la duración o separación de acontecimientos sujetos a cambios.	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico al momento de ser encuestado	Cuantitativos	Discreta	1. menor de 2 años 2. 3 a 5 años 3. 6 a 10 años 4. Más de 10

IX. ASPECTOS ETICOS

El estudio no representa riesgo alguno para el paciente, y se conservarán los principios de respeto a la persona, beneficencia y justicia. Los resultados permitieron conocer mejor la relación en el Subsistema conyugal en parejas con Infertilidad.

La información obtenida cumplió con lo establecido en la declaración de la Asociación Médica Mundial sobre las consideraciones éticas de las bases de datos de salud respetándose los principios de accesibilidad, confidencialidad, consentimiento, autorización y uso de información, integridad de la misma, documentación y administración desde el punto de vista médico y ético.

MARCO LEGAL

La constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4to. Capítulo IV, Están descritos los derechos reproductivos. La fertilización in vitro y otros procedimientos de reproducción asistida.

Esta investigación cumple con las normas establecidas en el reglamento de la Ley General De Salud en materia de investigación para la salud en México, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 7 de febrero de 1987. De acuerdo con el reglamento, esta investigación se clasifico como de riesgo 1 (investigación sin riesgo) según lo dictado en el título segundo, capítulo 1, artículo 17, investigación documental y aquellos en los que no se realiza alguna intervención o modifican intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

X. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos Humanos:

Aplicador de encuestas con conocimientos sobre el tema de Infertilidad, sistema Familiar, así también capacitado en el Instrumento de Medición.

Asesor Metodológico

Tutor Clínico

Recursos Materiales:

Formatos de Consentimiento informado

Formatos de Recolección de la información.

Hoja de Registro

Material de papelería

Equipo de cómputo

Equipo de impresión

FINANCIAMIENTO: El presente protocolo de investigación no cuenta con financiamiento externo. Los recursos materiales serán a partir de la Beca del médico residente.

FACTIBILIDAD: Contando con los recursos humanos, operativos, técnicos y económicos necesarios para llevar a cabo los objetivos propuestos. Esta investigación es factible.

XI. BIOSEGURIDAD

Se trata de un estudio observacional tipo encuesta Riesgo II (riesgo mínimo). No afecta los derechos humanos de los pacientes, se preserva la confidencialidad de la información. Respeto la Ley General de Salud en materia de investigación, no transgrede las normas de investigación en seres humanos.

XII. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la información obtenida de la aplicación de encuestas aplicadas al azar a 80 parejas captadas en el área de consulta externa del Hospital General de Zona no. 1, de las cuales se obtuvieron datos demográficos y se evaluó la satisfacción y funcionalidad del Subsistema Conyugal a través de la escala de Chávez, analizando de forma comparativa parejas con infertilidad y parejas sin trastorno de reproducción.

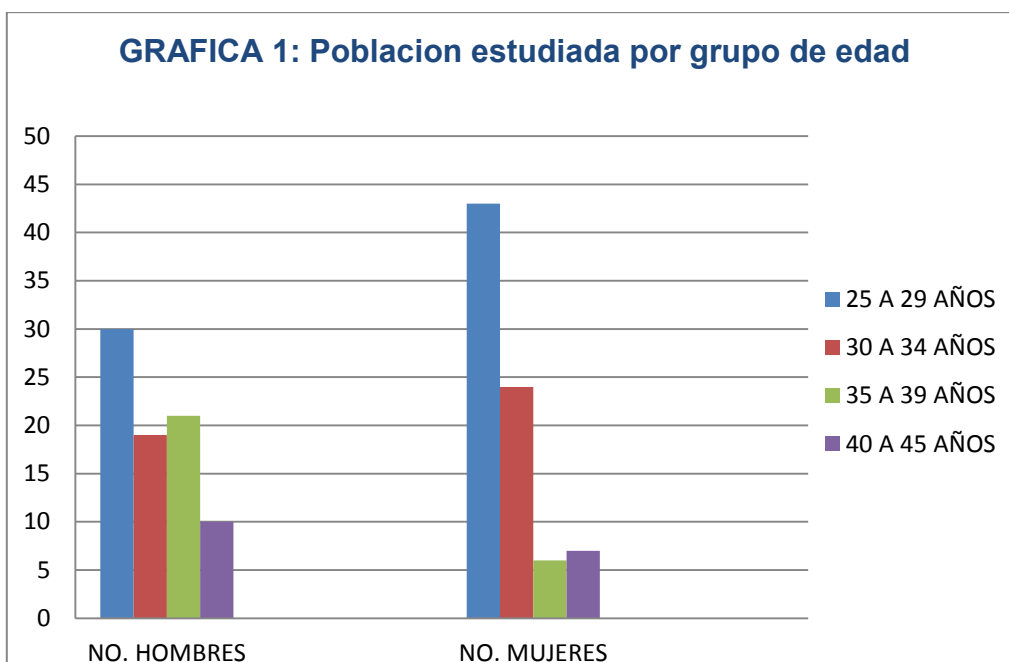
Datos Demográficos:

Cuadro 1: Frecuencia según características demográficas de población estudiada

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICA	n=160			
	HOMBRES		MUJERES	
	FREC	%	FREC	%
Edad				
25 A 29 años	30	37.5	43	53.75
30 a 34 años	19	23.75	24	30
35 a 39 años	21	26.25	6	7.5
40 a 45 años	10	12.5	7	8.75
Escolaridad				
Secundaria	10	12.5	18	22.5
Bachillerato	19	23.75	19	23.75
Carrera Técnica	21	26.25	9	11.25
Universidad	19	23.75	26	32.5
Postgrado	11	13.75	8	10
Ocupación				
Ama de casa	0	0	31	38.75
Empleado	80	100	49	61.25
Años de vida en pareja				
< 5 años	10	12.5	18	22.5
6 a 10 años	19	23.75	19	23.75
11 a 15 años	21	26.25	9	11.25
> de 15 años	19	23.75	26	32.5
Infertilidad				
sin infertilidad	77	96.25	61	76.25
con infertilidad	3	3.75	19	23.75

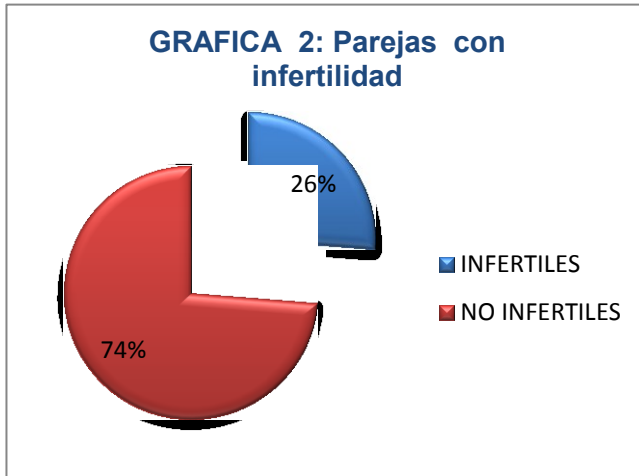
Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013.

Se analizaron 160 encuestas 80 del sexo masculino y 80 femenino, para evaluar la edad, esta población se clasifico en con intervalos de 5 años siendo mayor el grupo de 25 a 29 años tanto en hombres como en mujeres representando el 46.24% y el 53.75% respectivamente, con una Media de edad de 32.15 años, con una desviación estándar de ± 4.8 años, La edad mínima para ambos sexos fue de 25 años y la máxima de 45 años, con un rango de 20 años. En la Grafica 1 se muestra observa que el comportamiento de edad en los hombres es uniforme para los grupos de edad, en el sexo femenino existe mayor variabilidad.



Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013.

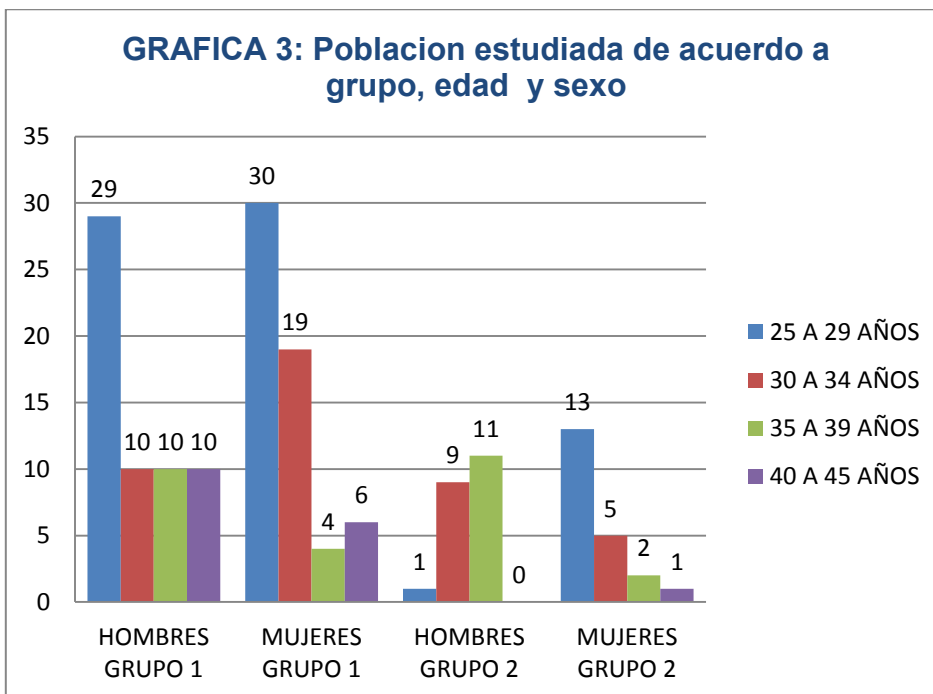
En relación al motivo del Estudio. Infertilidad, se declararon 22 individuos con Infertilidad primaria, 2 dentro de la misma pareja. Con lo que se obtiene una Prevalencia del 13.75; con estos resultados, pudimos dividir a la población estudiada en dos grupos, Grupo 1 sin infertilidad, conformada por 59 parejas y el Grupo 2 quedo constituido con 21 parejas identificadas con Infertilidad primaria, el cual representó el 26.25%. (Grafica 2)



Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013.

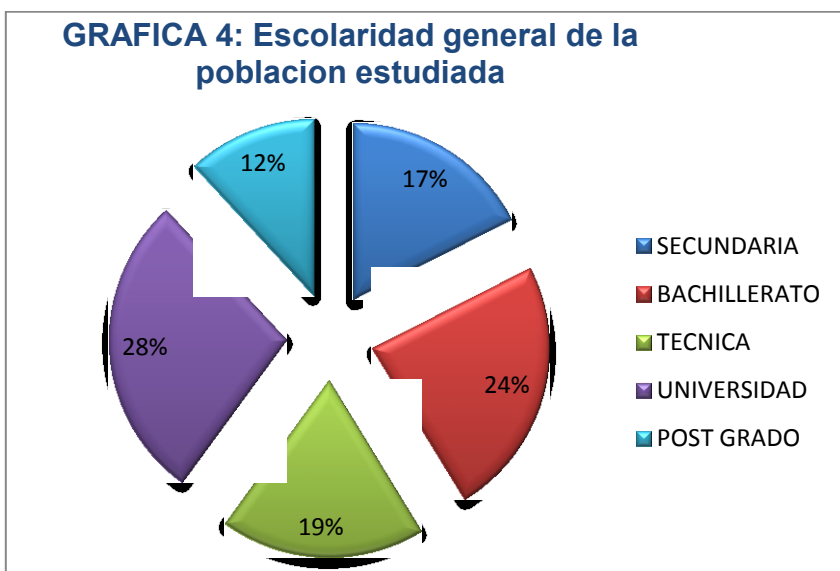
A continuación se describe el comportamiento de las variables en ambos grupos.

En relación a la edad, no existe uniformidad en la distribución por grupos de edad, En el Grupo 1 se encontró que el 49% de los hombres y más del 50% de las mujeres pertenece al grupo de 25 a 29 años En el grupo 2 el 53.38% de los hombres pertenecen al grupo de 35 a 39 años. Contrario a la distribución de mujeres donde el 61.90% tiene de 25 a 29 años. (Grafica 3)



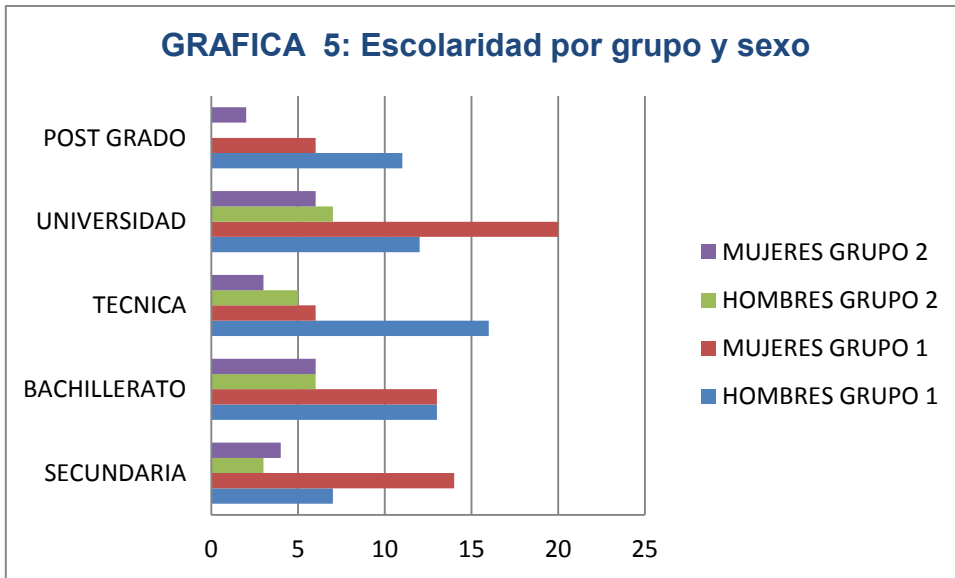
Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013.

En cuanto a la Escolaridad General, solo el 17% del total contaba con escolaridad básica, en este nivel predominio el sexo femenino, el 43% de la población tiene un nivel medio superior, el grupo más grande con 45 individuos tienen una carrera universitaria, tanto en hombres como en mujeres, Por lo que consideramos confiables los resultados obtenidos en la encuesta de evaluación aplicada. (Grafica 4).



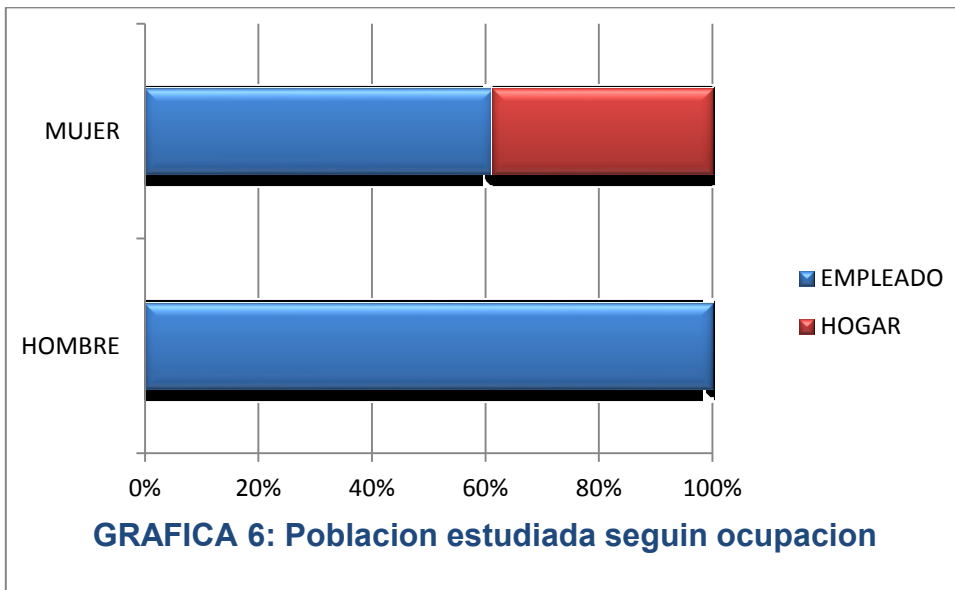
Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013.

En cuanto al Grupo 1 el 27.11 % de los hombres tienen carrera técnica, el 33.89% de las mujeres tienen carrera universitaria. En el Grupo 2 tienen carrera universitaria el 28.57% y 33.33% en mujeres y hombres respectivamente. (Grafica 5).



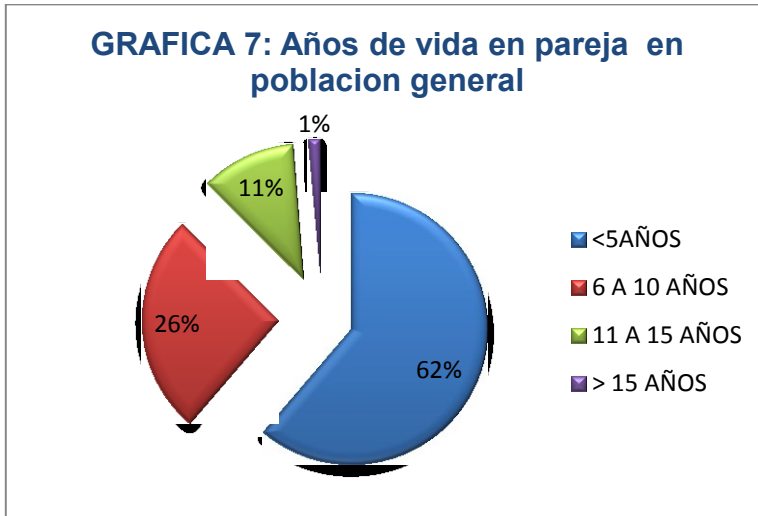
Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013.

En ambos grupos se observó la variable Ocupación, 80% de la población general es empleada, el 100% de la población masculina tienen un empleo remunerado, y en el sexo femenino el 61.25% son empleadas y el 38.75% son amas de casa. (Grafica 6)



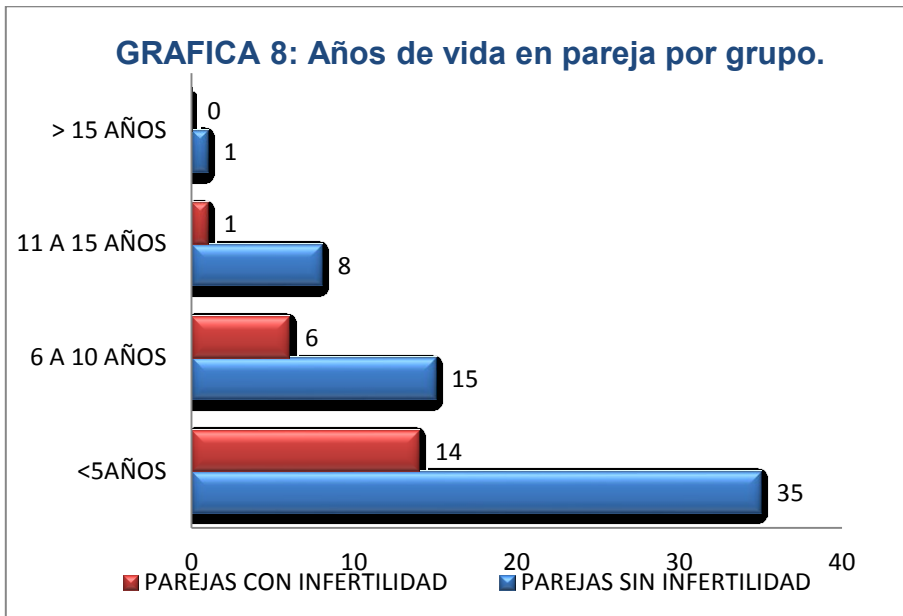
Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013.

Para los años de Vida en Pareja se encontró una Media de 5.3 años, con una desviación estándar de ± 3.02 , en un rango de 13 años con edad de pareja mínima de 2 y máxima de 15 años; el 62% tienen menos de 5 años de vivir juntos, seguida del rango de 6 a 10 años con un 26%. (Grafica 7)



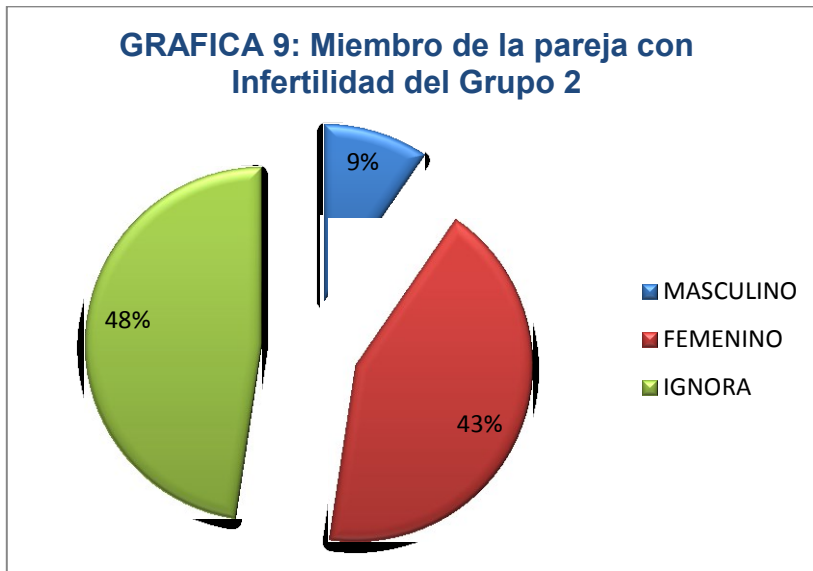
Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013.

No existió una diferencia significativa entre ambos grupos de estudio. (Grafica 8)



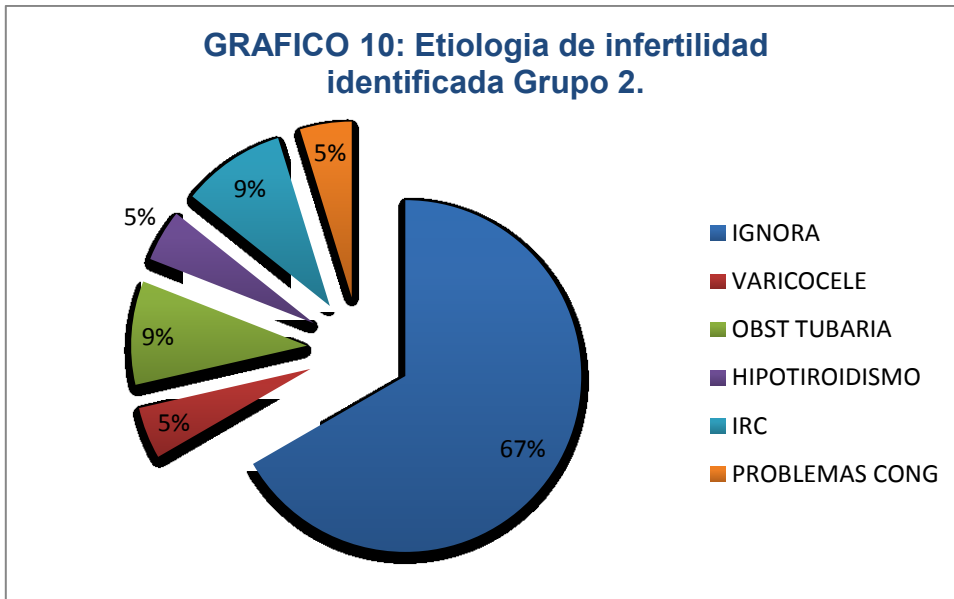
Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013

Las parejas infértiles conforman el Grupo 2, donde el 48% de las parejas ignoran el origen de del trastorno de reproducción, pues están iniciando protocolo de estudio, y en el 43% de las parejas la infertilidad era de origen femenino. (Grafica 9)



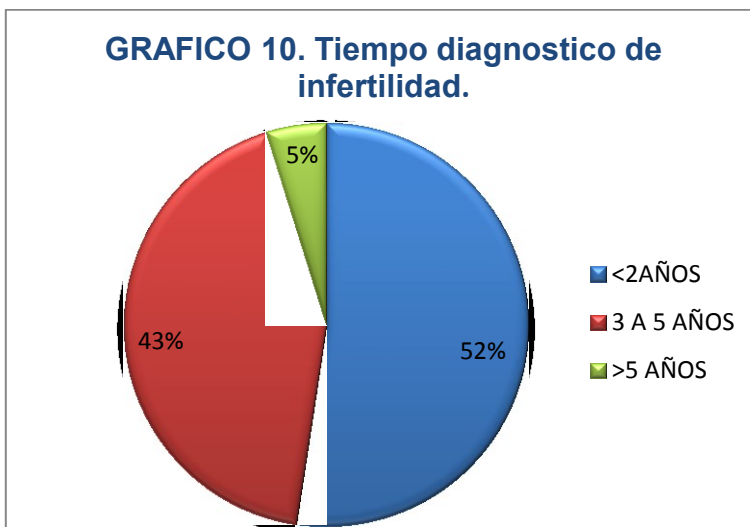
Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013

El 48% de las parejas del Grupo 2, ignoran la causa del trastorno de reproducción, en el 43% de los casos la afección es del sexo femenino la causa más frecuente de las parejas captadas fue la obstrucción tubarica, sin identifica la causa de esta; en cuanto a las causas de origen endocrino solo el 5% se declaró con Hipotiroidismo. La insuficiencia renal crónica, una causa frecuente con el 9% identificándose en ambos sexos, identificándose la hipoplasia renal en la parte inicial de su estudio. (Grafico 10).



Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013

En el grupo de parejas con infertilidad, el 52% de las parejas tienen menos de 2 años de diagnóstico, seguido del grupo de 3 a 5 años con el 43% de los casos. Con una Media de 2.8 años, con una desviación estándar de 1.45 años, en un rango de 5 años, los años de diagnóstico mínimo y máximo es 2 y 6 años respectivamente.



Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013

Posterior a la investigación de datos generales, se aplicó el Instrumento de medición de Chávez y colaboradores en la que se evalúa la Funcionalidad del subsistema conyugal de forma conjunta; y de forma específica el grado de Satisfacción sexual, comunicación, adjudicación y asunción de roles, afecto y toma de decisiones, las cuales también se analizarán, categorizando a nuestros resultados en Funcionales, con disfunción moderada y con disfunción severa.

En el caso de Satisfacción sexual en satisfechos, Insatisfacción moderada e insatisfacción severa.

En el Cuadro 2 se muestran los resultados de Funcionalidad del subsistema conyugal según Escala de Chávez y cols. de forma general y específica, en los grupos estudiados.

Cuadro 2: Resultados de Funcionalidad del subsistema conyugal según Escala de Chávez y cols. por grupos.

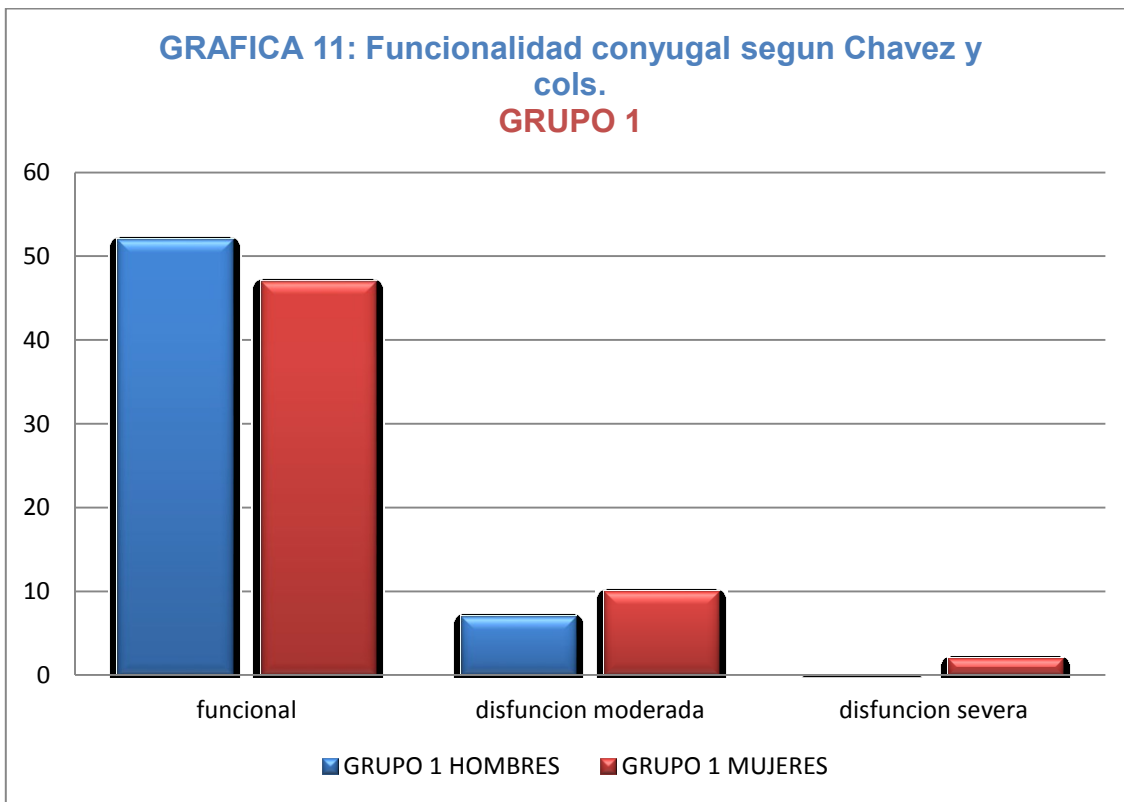
n=160

	GRUPO 1				GRUPO 2			
	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES		MUJERES	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
Funcionalidad General								
Funcional	52	88.13	47	79.66	15	71.42	17	80.95
Disfunción moderada	7	11.86	10	16.94	6	28.57	4	19.04
Disfunción severa	0	0	2	3.38	0	0	0	0
Comunicación								
Funcional	45	76.3	42	71.2	12	57.1	19	90.5
Disfunción moderada	14	23.7	14	23.7	9	42.9	2	9.5
Disfunción Severa	0	0	3	5.08	0	0	0	0
Adjudicación y asunción de roles								
Funcional	43	72.9	42	69.5	19	90.48	16	76.19
Disfunción moderada	16	27.1	14	27.1	2	9.52	4	19.05
Disfunción severa	0	0	3	3.39	0	0	1	4.76
Satisfacción sexual								
Satisfecho	45	76.21	45	76.27	10	47.62	13	80.95
Insatisfacción moderada	14	23.72	10	16.94	11	52.38	8	19.05
Insatisfacción severa	0	0	4	6.77	0	0	8	0
Afecto				0				
Funcional	57	96.61	51	86.44	19	90.48	20	95.24
Disfunción moderada	2	3.39	5	8.47	2	9.52	1	4.76
Disfunción severa	0	0	3	5.08	0	0	0	0
Toma de Decisiones								
Funcional	49	83.05	16	81.36	48	76.19	17	80.95
Disfunción moderada	10	16.95	5	18.64	11	23.81	4	19.05
Disfunción severa	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013.

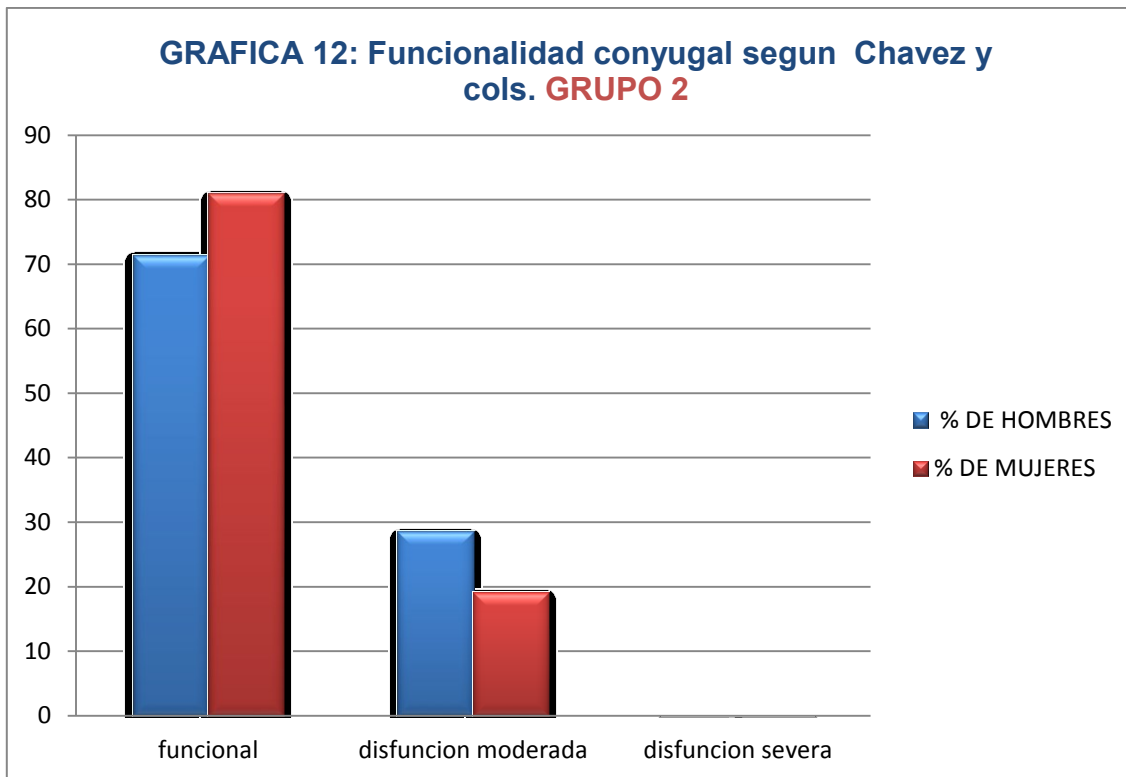
Funcional Conyugal

En el Grupo 1 en general es funcional con una media de 83.64, con una desviación estándar de 13.58, una calificación mínima de 30 y máxima de 95, el rango es muy amplio de 65. La Funcionalidad Conyugal en el grupo 1, fue mayor en hombres, las mujeres tuvieron mayor grado de disfunción moderada con 16.94% y solo el 3.38% de las mujeres tienen disfunción severa. (Grafica 11)



Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013

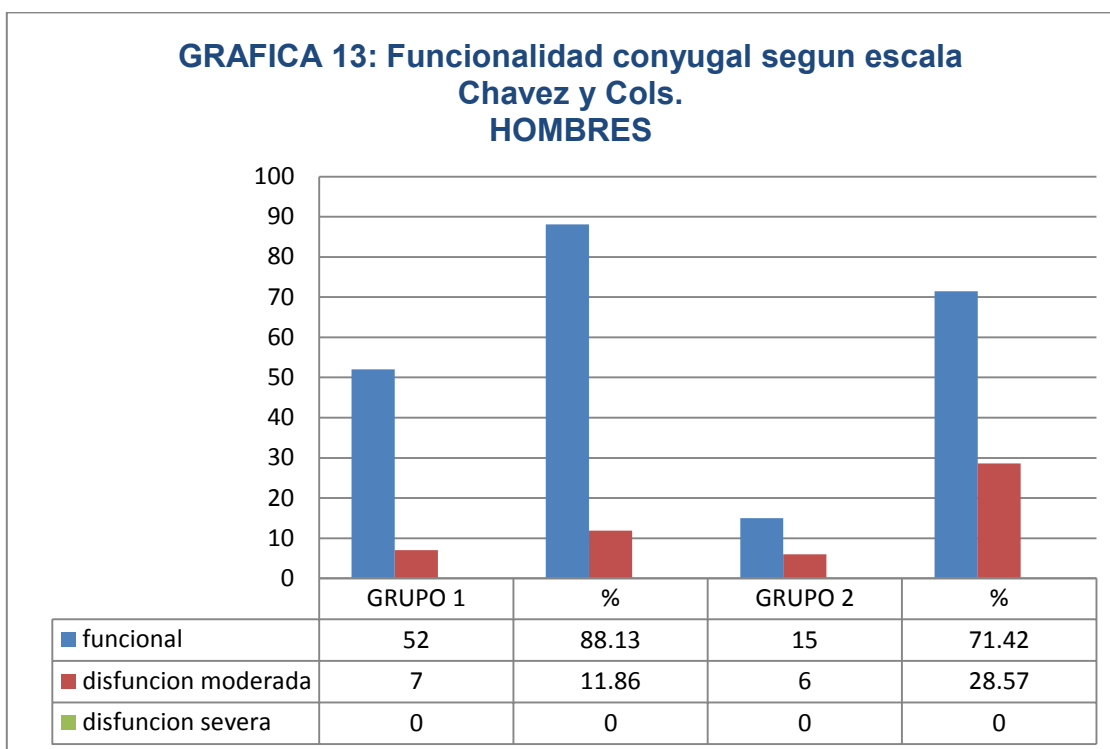
El Grupo 2 es funcional con una calificación media de 81.01 (desviación estándar de 10.67), pero con una calificación mínima de 60 y máxima de 95, siendo mayor en mujeres; en cuanto a la disfunción moderada fue mayor en el sexo masculino con el 28.57% y solo se presentó en el 19.05% de las mujeres. (Grafica 12).



Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013

El sexo masculino fue funcional en el 88.13% en el Grupo 1, su calificación media es de 85.34 (desviación estándar de 9.86), el 11.86 % con disfunción moderada y el 71.42%.

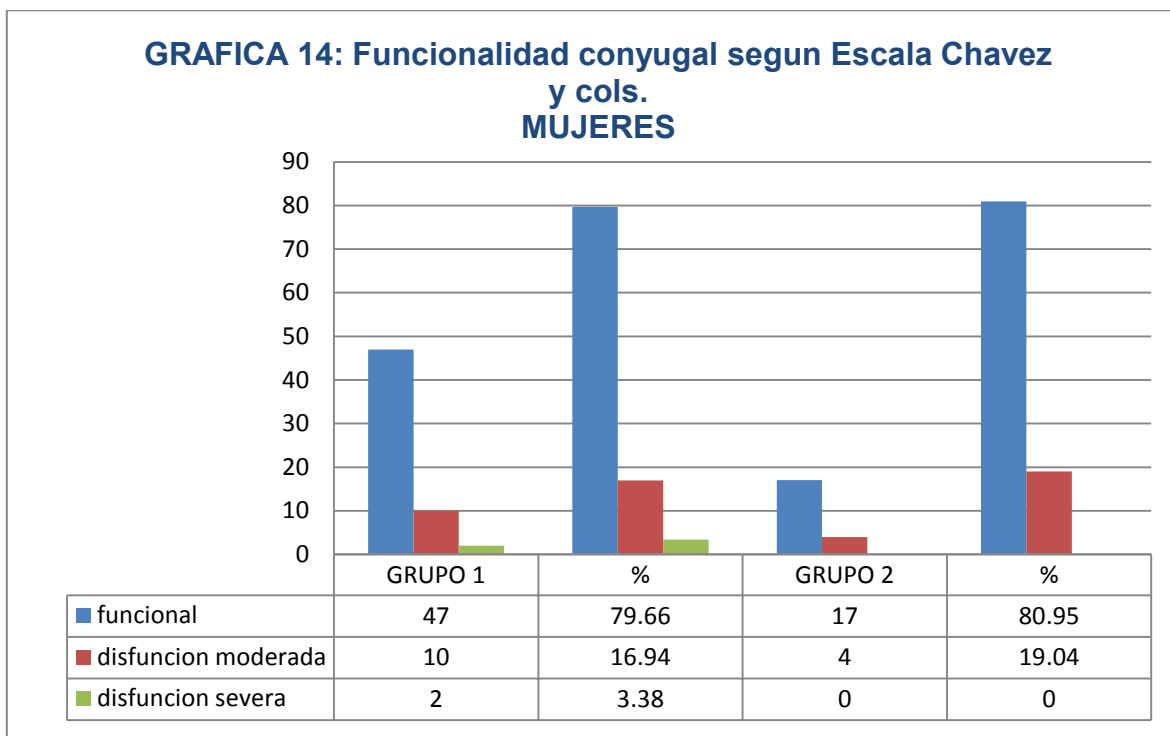
En el Grupo 2; el 71.42% fue funcional con una calificación de 79.28 (desviación estándar de 10.52) mediana de 77.5, de este grupo la disfunción moderada fue mayor a la del grupo 1 con un 28.57% de los casos. (Grafica 13)



Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013.

El sexo femenino fue funcional en el 79.66% en el Grupo 1, su calificación media es de 81.94 (desviación estándar de 16.40), sin embargo el 16.94% tiene disfunción moderada, y el 3.38% tiene disfunción severa con una puntuación media 35.

En el Grupo 2 el 80.95% es funcional con una calificación de 82.73 (desviación estándar de 10.82) y el 19.04% tiene disfunción moderada. (Grafica 14)

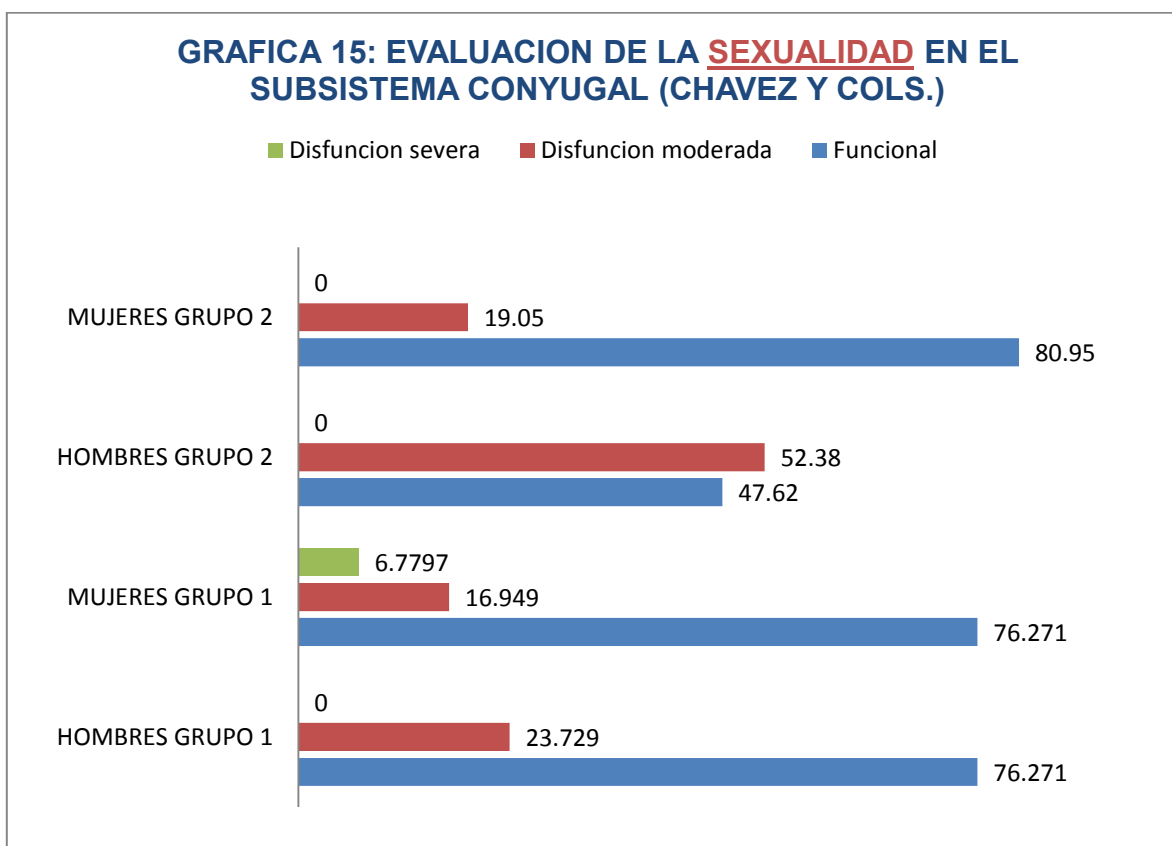


Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013

Satisfacción Conyugal

En el **Grupo 1** el 76.21% de los hombres se declaró Satisfecho, el 23.72% tiene insatisfacción moderada, el 76.27% del sexo femenino es satisfecha, el 16.94% tiene insatisfacción moderada y el 6.77% insatisfacción severa.

En el **Grupo 2**, el 47.62% de los hombres es satisfecho, mientras que el 52.38% se declaró con insatisfacción moderada, en el sexo femenino solo el 19.05% tiene insatisfacción moderada. (Grafica 15).

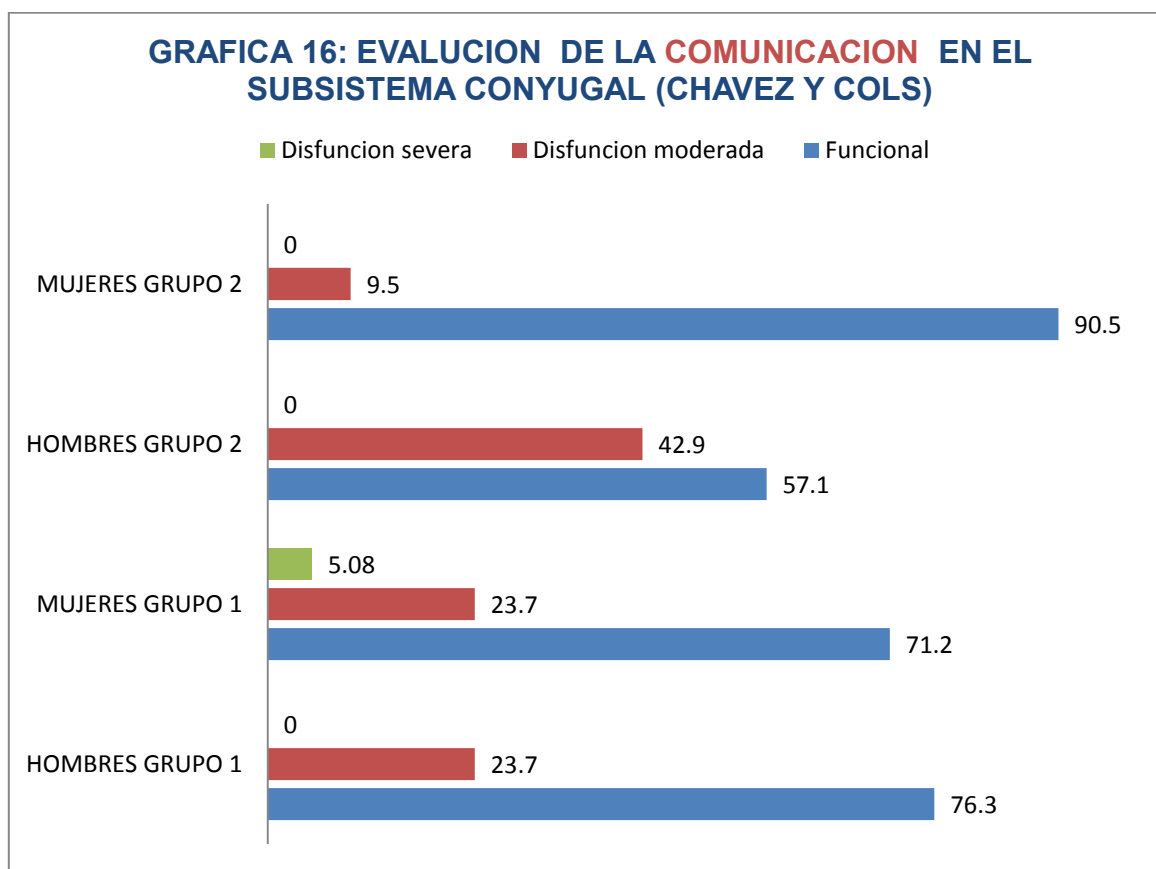


Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013

Comunicación

En el **Grupo 1** el 76.3% de los hombres es funcional en relación a la comunicación, el 23.7% tiene disfunción moderada, el 71.2% del sexo femenino es funcional, el 23.7% tiene disfunción moderada y el 5.08 se declaró con disfunción severa.

En el **Grupo 2**, el 57.1% de los hombres es funcional, mientras que el 42.9% se declaró con disfunción moderada, en el sexo femenino el 90.5% es funcional, solo el 9.5% tiene disfunción moderada en comunicación. (Grafica 16).

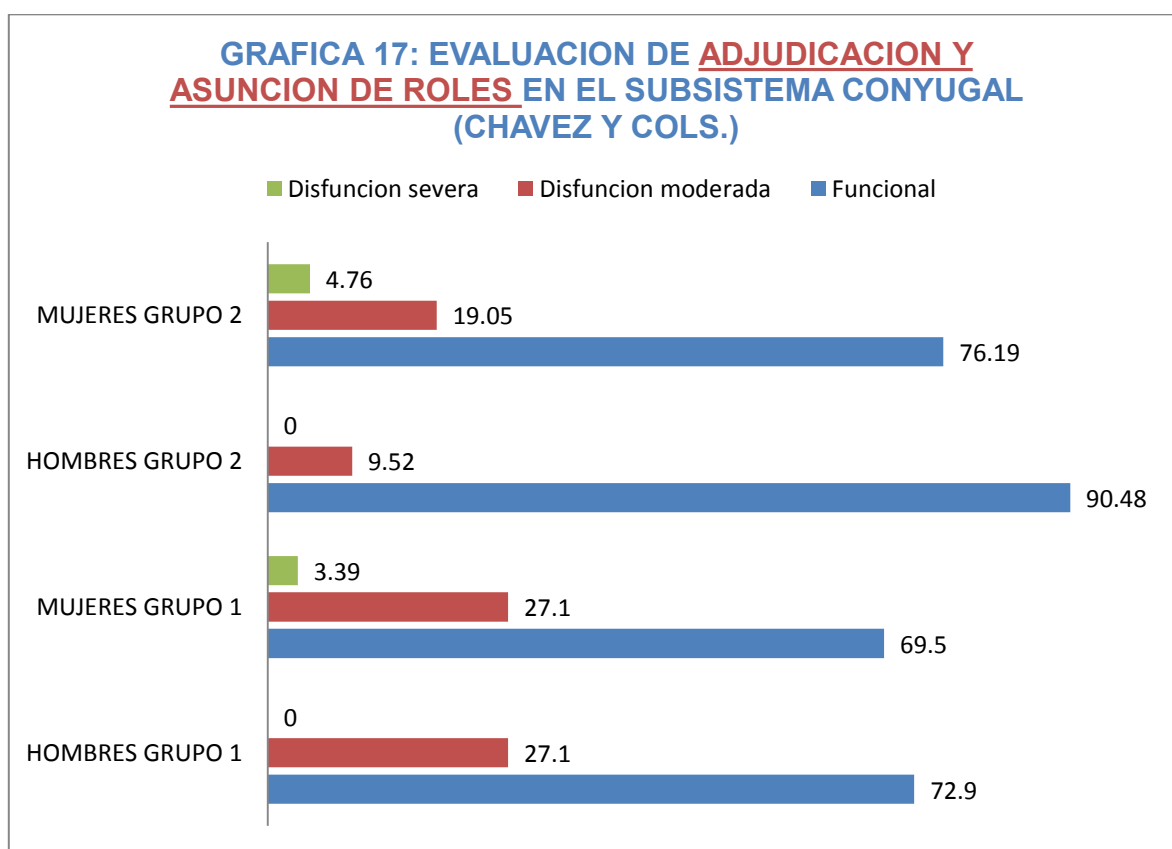


Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013

Adjudicación y asunción de roles:

En el **Grupo 1** el 72.9% de los hombres es funcional, el 27.1% tiene disfunción moderada en cuanto a la adjudicación de roles, el 69.5% del sexo femenino es funcional, el 27.1% tiene disfunción moderada y el 3.39% se declaró con disfunción severa.

En el **Grupo 2**, el 90.48% de los hombres es funcional, en el sexo femenino el 76.19% es funcional, el 19.05% tiene disfunción moderada y el 4.76% tiene disfunción severa en relación a adjudicación de roles. (Grafica 17).

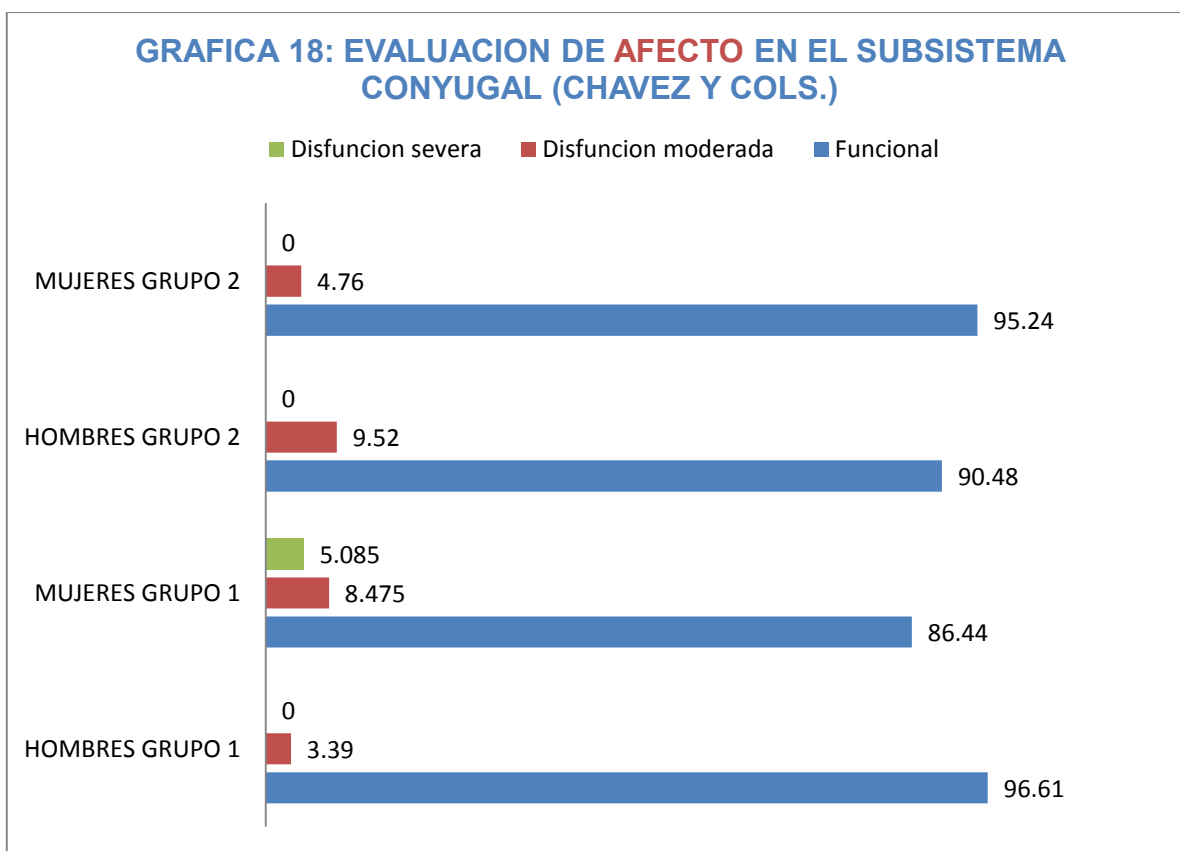


Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013

Afecto.

En el **Grupo 1** el 96.61% de los hombres es funcional en relación al afecto, el 3.39% tiene disfunción moderada. El 86.48% de las mujeres es funcional, el 8.47 tiene disfunción moderada y 6.77 disfunción severa.

En el **Grupo 2**, el 90.48% de los hombres es funcional, en el sexo femenino el 95.24% es funcional, 4.76% tienen disfunción moderada. (Grafica 18).

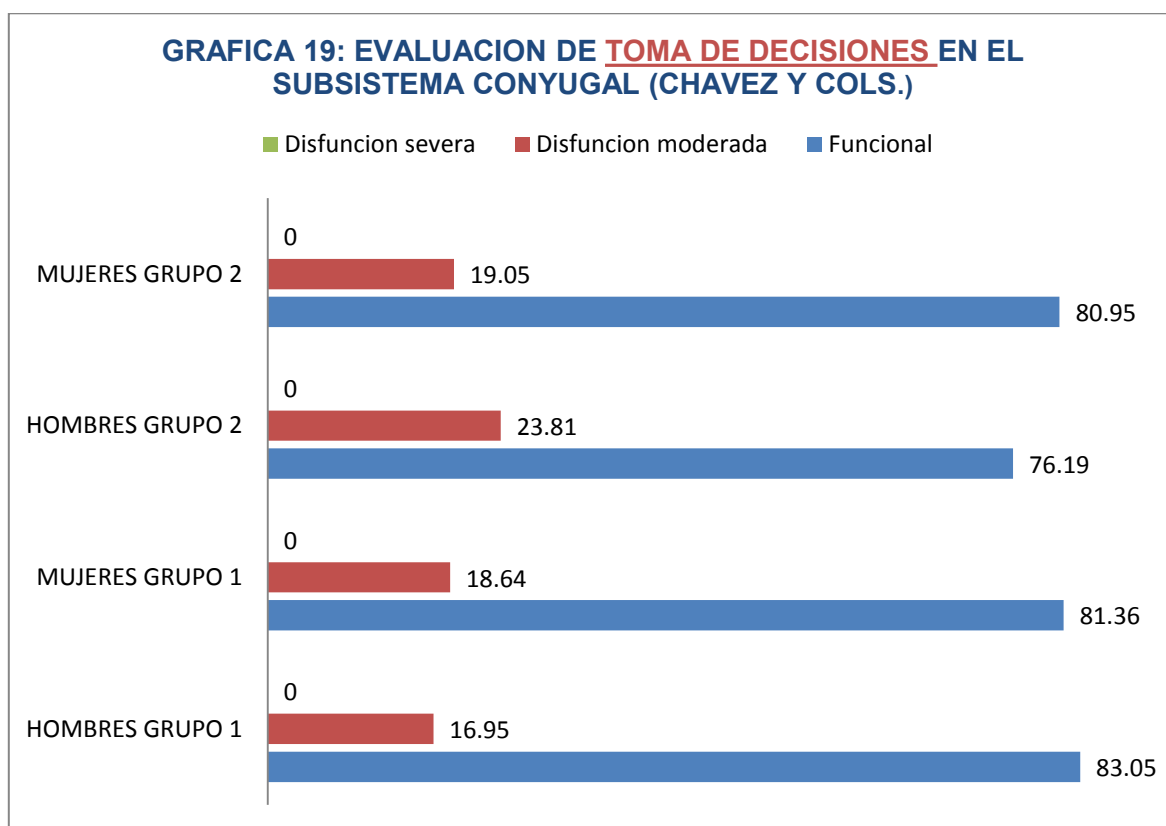


Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013

Toma de decisiones:

En el **Grupo 1** el 83.5% de los hombres es funcional en relación a la toma de decisiones, el 16.95% tiene disfunción moderada, el 81.36% del sexo femenino es funcional, el 18.64% tiene disfunción moderada,

En el **Grupo 2**, el 76.19% de los hombres es funcional, mientras que el 23.85% se declaró con disfunción moderada, en el sexo femenino el 80.95% es funcional y el 19.05% tiene disfunción moderada en toma de decisiones. (Grafica 19).



Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013

Análisis Bivariado

Una vez dicotomizadas las variables para ver la asociación entre la infertilidad y la insatisfacción y la disfunción conyugal, realizamos análisis bivariado obteniendo como medida de asociación la Razón de Prevalencias (RP) con sus respectivos Intervalos de Confianza al 95% (IC95%) los cuales mostramos en el cuadro 5.

Pudimos observar que la según la escala de Chávez, en el sexo masculino, muestra que la infertilidad aparentemente aumenta 1.41 veces más el riesgo de Disfuncionalidad del subsistema conyugal, ya que tuvo una razón de prevalencia 1.418 (IC 95% de 0.685 a 2.938), sin embargo la P no fue significativa ($p=0.346$).

La Disfuncionalidad del subsistema conyugal según la escala de Chávez, en mujeres tuvo una razón de prevalencia 1.011 (IC 95% de 0.757 a 1.350), lo cual demuestra que aparentemente es un factor de riesgo asociado pero no significativo ($p=0.942$).

En cuanto a la evaluación de la insatisfacción conyugal en hombres, se demostró que la infertilidad aparentemente aumenta el doble el riesgo de esa insatisfacción, ya que se obtuvo una razón de prevalencias de 1.973 de razón de prevalencia (RP=1.973; IC 95% de 0.885 a 4.396), con una P de 0.093; en el sexo femenino el RP fue de 1.375 (IC 95% 0.648 a 2.918) estadísticamente no significativo por P 0.406.

Para evaluar la edad, como factor de riesgo se toma la edad mayor a 30 años, aumentando así el 1.926 veces el riesgo para disfunción e insatisfacción con un Razón de Prevalencia de 1.926 (IC 95% de 0.937 a 3.958) con una P de 0.072.

La escolaridad se valoró como riesgo en los niveles posgrado, universidad y carrera técnica; obteniéndose un RP de 1.370 (IC 95% de 0.661 a 21.840) lo que demuestra que aparentemente es un factor de riesgo asociado pero no significativo. ($p=0.396$).

Se analizó también los Años de vida en pareja, dando un valor de riesgo a edad menor de 5 años con riesgo de prevalencia de 1.371(IC 95% 0.655 a 2.8729) lo

que demuestra que aparentemente es un factor de riesgo asociado pero no significativo. (p= 0.401).

Cuadro.3: Análisis Bivariado de los factores de riesgo asociados a Disfunción e insatisfacción conyugal.

FACTOR DE RIESGO	RP	IC 95%	X ² *	p
Disfuncionalidad en hombres	1.418	0.685 – 2.938	0.888	0.346
Disfuncionalidad en mujeres	1.017	0.757 – 1.350	0.005	0.942
Insatisfacción en hombres	1.973	0.885 - 4.396	2.818	0.093
Insatisfacción en mujeres	1.375	0.648 – 2.918	0.692	0.406
Edad >30 años	1.926	0.937 – 3.958	3.228	0.072
Escolaridad (carrera técnica, universidad, postgrado)	1.370	0.661 – 2.840	0.720	0.396
Años de vida en pareja (<5 años)	1.371	0.655 – 2.875	0.704	0.401

Fuente: Datos de obtenidos de la hoja de recolección de información, en parejas en el Hospital General de Zona de Medicina Familiar no. 1, Pachuca Hidalgo; en el periodo comprendido del 15 al 31 de diciembre 2013.

XIII. DISCUSIÓN

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, comparativo, en 160 individuos, en 80 parejas, a partir de las cuales se conformó el Grupo 1 o sin infertilidad y el Grupo 2 donde algún miembro de la pareja se declara con infertilidad, el cual represento el 26.25% de nuestra población estudiada.

Se obtuvo una prevalencia de Infertilidad Primaria de 13.75; lo cual corrobora cifras declaradas por la Organización Mundial de la Salud donde la Infertilidad afecta el 10-20% de la población mundial.¹⁸ Pero se encontró una prevalencia inferior a la reportada en México donde se ha reportado del 15 al 18%. En este estudio no se identificó ningún caso de infertilidad secundaria, por lo que no se excluyó ninguna pareja.²⁰

La literatura citada reporta que solo el 60% de las parejas recurren a procedimientos de reproducción asistida (TRA), en este estudio, en nuestro estudio el 100% a iniciado su protocolo de pareja infértil sin embargo ninguna a recurrido a TRA.¹⁹

A pesar de que las parejas del Grupo 2 ha iniciado su estudio; 48% de las parejas ignoran la causa de infertilidad, el 43% tiene afección en el sexo femenino ignorando en su mayoría la causa del trastorno sin embargo se identificó la obstrucción tubarica en el 9% e hipotiroidismo en el 5% de los casos. Se encontró afección masculina en el 9% de los casos y la causa identificada pue varicocele. Se identificó hipoplasia renal en ambos sexos durante el protocolo de estudio de la pareja infértil, en contraste a la literatura donde del 40 a 50% se encuentra una causa masculina y solo el 14% de las causas son desconocidas, esto por el tiempo de diagnóstico ya que el 52% tiene menos de 2 años, seguida de 3 a 5 años con el 43% lo cual puede ser consecuencia a la limitación diagnostica de esta unidad.¹⁹⁻²⁰

En relación a la Edad, el grupo de edad de 25 a 29 años tuvo el 46.24% y el 53.75% de los casos en hombres y mujeres respectivamente, característica

compartida excepto en los hombres del grupo 2 fue mayor el grupo de 30 a 34 años. El nivel de escolaridad fue similar en ambos grupos predominando en el sexo femenino con el 33.89%. El 100% de los hombres son empleados, y solo el 61.25% de las mujeres tienen un empleo remunerado característica que se comparte en ambos grupos, En el 62% de las parejas la edad del matrimonio fue menor de 5 años, con lo cual observamos que no existió diferencia significativa de los datos demográficos en ambos grupos estudiados.

Según la escala de Chávez y cols. para Funcionalidad Conyugal en el Grupo 1 el hombre fue más funcional con el 88.13% de los casos y con disfunción moderada el 11.86%. El sexo femenino presentó mayor disfunción con el 16.40% de los casos fue moderada y el 3.38% severa. En el grupo 2 el grupo de hombres con disfunción moderada fue mayor con el 28.57% el 19.04% de las mujeres tienen disfunción moderada y el 82.73% es funcional. Por lo que se encontró mayor disfunción en mujeres del grupo 1 y en hombres del grupo 2.

En relación a la satisfacción sexual en el grupo 1: el 76.27% de los hombres y mujeres es satisfecho, el 23.72 fue insatisfecho, marcando en el sexo femenino en el 6.77% insatisfacción severa. En el grupo dos solo el 47.62% de los hombres es satisfecho el 52.38 es insatisfecho y el 80.95% de las mujeres se declaró satisfecha. Por lo que los hombres del grupo 2 tuvieron mayor insatisfacción-

Algunos estudios han encontrado la relación entre infertilidad y mayor grado de insatisfacción sexual la cual está determinada a partir de las características de lubricación, evaluación del deseo, presencia de dolor o malestar con la relación sexual, estrés emocional, el placer, y la capacidad de alcanzar el orgasmo en nuestro estudio se vio más afectado el sexo masculino del grupo 2. ⁴⁰⁻⁴¹

En el grupo 1 el 23.7% y el 28.78% de hombres y mujeres respectivamente tiene algún grado de disfunción en comunicación, mientras que en el grupo 2 el 42.9% de hombres y el 9.5% de mujeres tiene disfunción. Los hombres del grupo 2 tuvieron mayor disfunción en comunicación

En adjudicación y asunción de roles tanto hombres como mujeres tienen un 27.1 de disfunción, en el grupo 2 solo el 23.81% de las mujeres se declaran con algún grado de disfunción. Las mujeres del grupo 1 presentan mayor disfunción en este rubro.

En Afecto solo las mujeres declararon tener aun grado de disfunción en el grupo 1 con el 15.24% menor en el grupo 2 con el 4.76%.

El grupo 2 tuvo mayor disfunción en el rubro de toma de decisiones con el 23.85% de hombres y el 19.05% de mujeres.

En general el sexo femenino presento disfunción tanto moderada y severa así como insatisfacción en las categorías comentadas y relacionándola con su escolaridad donde en ambos grupos fueron más las mujeres universitarias, podríamos relacionar con otros autores donde encuentran que las esposas menos satisfechas son las profesionistas. ¹³

La infertilidad demostró que aparentemente es un factor de riesgo para la disfunción conyugal en hombres como en mujeres con 1.418 y 1.017 veces mayor respectivamente sin embargo estadísticamente no fue significativo ($p=0.346$ y $p=0.942$).

La insatisfacción conyugal aumenta en casi dos veces en los hombres cuando hay infertilidad (RP= 1.973) pero no fue significativo ($p=0.093$) y la insatisfacción conyugal aumenta 1-375 veces más el riesgo en las mujeres (RP=1.375) con una $p=0.406$.

Los resultados anteriores sugieren aumento de riesgo de insatisfacción conyugal por el hecho de sufrir infertilidad, sin embargo nuestros resultados no fueron significativos, consideramos que nos hizo falta aumentar el tamaño de la muestra.

Algunas otras variables asociadas a disfuncionalidad en la pareja fue la edad la cual tuvo un riesgo con un RP de 1.926 ($p=0.072$), escolaridad con RP 1,370 (0.396),

En cuanto a los años de vida en pareja (menos de 5 años) tuvo un RP de 1.371 ($p=0.401$), lo cual no es significativo estadísticamente, en este caso probablemente por el valor otorgado al riesgo ya que en la literatura refiere mayor satisfacción en el periodo inicial con un decremento lineal hasta el final sobre todo basado en la explicación postulada a la presencia de hijos y cambio de roles en la familia. ¹²

Llama la atención que las mujeres del grupo 1 tuvieron mayor grado de disfunción e insatisfacción que las mujeres del grupo 2, donde hubo mayor funcionalidad por lo que podríamos tomar en cuenta la literatura que declara que los hijos afectan la interacción marital de manera tal que existe una relación negativa entre el número de hijos y el ajuste marital así como la misma relación entre tener hijos más pequeños y que la infertilidad aumenta la unión, el amor y el apoyo en la pareja y además supone una experiencia de crecimiento personal para ambos conyugues, factores como la calidad de la relación de pareja y el adecuado ajuste marital antes de la aparición del problema de infertilidad parecen explicar el mantenimiento y fortalecimiento de la relación tras el mismo. ⁴²

En relación a la Insatisfacción conyugal fue mayor en más del 50% de los casos en el sexo masculino de grupo 2.

Sin embargo el análisis bivariado todas las variables representaron un riesgo en la cual no se encontró significancia estadística, probablemente por los valores de riesgo pero más importante por el tamaño de muestra.

Por lo que concluimos que La infertilidad no es un factor de riesgo asociado al desarrollo de disfunción e insatisfacción del subsistema conyugal en parejas en edad fértil del Hospital General de Zona de Medicina Familiar No. 1 de Pachuca Hidalgo.

XIV. CONCLUSION

La Infertilidad es un factor de riesgo asociado a la Insatisfacción del subsistema conyugal con mayor afectación en el sexo masculino más no para la Funcionalidad del subsistema donde en general se presentó mayor disfunción en parejas sin trastorno de reproducción con mayor afectación en el sexo femenino, Ya que si bien la infertilidad es una crisis para normativa que no permite evolucionar a la pareja a otras etapas de su ciclo familiar, en las que existen más factores de riesgo probablemente más significativos que contribuyen a la insatisfacción, a la disfunción conyugal y con esto a la disfunción familiar.

En relación al estudio de la pareja infértil podemos concluir existen parejas con trastornos de la reproducción, se identifican, se envían sin embargo en más de la mitad de los casos se ignora el diagnóstico etiológico lo que limita y retrasa el tratamiento.

XV. BIBLIOGRAFÍA

1. Membrillo Luna Apolinar (2008). Familia.
2. Mendoza SL, Soler HE, Sáenz VL. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en la Atención Primaria. Archivos de Medicina Familiar 2007; 8(1):27-32
3. González G. La Familia como Sistema. Revista de Medicina Familiar 2007, 4(6):111-114.
4. Díaz MJ, Ángeles QE. Emparejamiento selectivo en temperamento e inteligencia y su relación con la satisfacción marital. Psicothema 2009,21(2):262-267.
5. Bentazo OP. La Inteligencia emocional en la solución de conflictos afectivos en la vida de pareja. Instituto Mexicano de la Pareja, 2009, 1:1-10 <http://www.ametep.com.mx/aportaciones.htm>
6. Valdez MJ, Arce VJ. Motivación y desmotivación sexual en parejas con unión conyugal. Archivos Hispanoamericanos de sexología. 2007(13):151-166.
7. Álvarez DJ. Sexualidad en parejas con problemas de Fertilidad. Gaceta Médica de México. 2007; 143(1): 65-71.
8. Pérez AG, Estrada CS. Intimidad y Comunicación en cuatro etapas de la vida de pareja: Su relación con la satisfacción marital, Archivos Hispanoamericanos de Sexología 2007 (7):133-164.
9. Aragón DJ. Comunicación sexual desde el contacto de la relación de pareja. Archivos Hispanoamericanos de Sexología 2008(14):43-55
10. Sobrino CL. Niveles de satisfacción Familiar y de comunicación entre padres e hijos. Av. Psicología. Enero-diciembre 2008; 16(1): 109-137.
11. Ojeda N, González FE. Divorcio y separación conyugal en los albores del Siglo XXI. Revista Mexicana de Sociología. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales. Enero-marzo 2008; 1: 115-145.

12. Iraurgi L, Martínez PA. Adaptación y estudio psicométrico de dos Instrumentos de pareja: Índice de Satisfacción Matrimonial y Escala de Inestabilidad Matrimonial. *Revista IIPSI Facultad de Psicología* 2009; 12(2): 177-192.
13. Moral RJ. Validación de la Escala de Valoración de la Relación de una muestra mexicana. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 2008; 13(1):1-12.
14. Oropesa RE, Armenta HC. Validación de la Escala de Evaluación de Relaciones en la Población Mexicana. *Psicología Iberoamericana*. Julio-diciembre, 2010; 18(2):56-65.
15. Margalef MM. La Mujer y la Satisfacción Marital. . Instituto Mexicano de la Pareja, 2011, 1:1-17 <http://www.ametep.com.mx/aportaciones/margalef.htm>.
16. Ocampo BP, Shibata MR. Satisfacción sexual entre mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos. *Archivos en medicina Familiar*. Abril-junio 2010: 12(2); 51-56.
17. Pick-WS, Andrade P. Desarrollo y Validación de la Escala de Satisfacción Marital. *Psiquiatría*. Enero-abril, 1988; 4(1): 9-20 NOTA: única revista donde se encuentra criterios de validación de la encuesta.
18. Wilkes S, Chinn DJ, Murdoch A. Epidemiology and management of infertility: A population-based study in UK primary care. *Fam Pract*. 2009; 26:269-74.
19. Lineamientos de infertilidad, Estudio de la Pareja Infértil. *Ginecología y Obstetricia de México*. Noviembre 2011; 79(11):674-682.
20. Greil AL, Slauson-Blevins K. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn*. 2010 Jan; 32(1):140-62.
21. Jose-Miller AB, Boyden JW, Infertility. *Am fam physician*. 2007;75: 849-56.
22. González CA. Sub fecundidad e Infertilidad en mujeres mexicanas. *Papeles de población*. Universidad Autónoma Metropolitana. 2010:1 277-289.
23. Gómez VL. Análisis Cromosómico en personas con fallas reproductivas. *Salud en Tabasco*. Enero-Abril 2007. Vol.13 No.1. 573-578

24. Drosdzol A, Skrzypulec V. Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008 Sep;13(3):271-81
25. Rebaza RP, Julca MB. Satisfacción Marital y ansiedad por concebir un hijo en mujeres con diagnóstico de infertilidad. *Revista de Psicología*. Noviembre 2009; (11):1-5.
26. Romero RR, Romero GG. Factores de riesgo asociados a infertilidad femenina. *Ginecología y obstetricia de México* 2008; 76 812.717-721.
27. Serpa I, Lima A, López C. Factores de infertilidad en el Ámbito público de la ciudad del Rosario. *Revista de Reproducción*, Marzo 2011; 26(1).24-28.
28. Arranz LL, Martínez LH. Estudio fenomenológico de mujeres estériles con obesidad. *Ginecología y obstetricia de México* 2010; 78 (10):547-552.
29. Loret de mola JR, Obesity and its relationship to infertility in men and women. *Obstetric Gynecol clin North Am*. 2009;36:333-46
30. Santillana EE, Ávila EF. Infertilidad e insulinoresistencia. *Archivos de investigación Materno infantil*. Septiembre-Diciembre 2009; 1(3):118-122.
31. Mayel C, Caballero CF. Nuevos enfoques en el estudio y diagnóstico de la infertilidad masculina. Aportaciones de la investigación básica al conocimiento de la función espermática. *Revista. Internacional de Andrología*. 2007; 5(3):270-6.
32. Dohle GR, Diemer T. Guía Clínica sobre la infertilidad masculina. *European Asociación of Urología*. Actualización en Abril de 2010.
33. Tárraga LJ. Disfunciones sexuales en Atención Primaria. *Archivos de Medicina Familiar*. Febrero 2007:13-22.
34. Salazar CE, Boschetti FB. Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores. *Archivos de Medicina Familiar*. 2008 7(2):45-48.
35. Fernández CC. Prevención de infertilidad. *Ginecología y Obstetricia de México*. Noviembre 2011; 79(11):659-672.
36. Wilkins KM, Warnock JK. Depressive symptoms related to infertility and infertility treatments. *Psychiatry Clin north Am*.2010;33:309-21.


37. Mott SL, Edler S, Gringer R. Depression and anxiety among post-partum and adoptive mothers. *Arch Womens Ment Health* 2011, 14:335-343
38. Aydogan Kirmiz. Effects of infertility duration on female sexual functions
39. Carreño MJ, Morales CF. Una explicación de depresión y ansiedad en mujeres estériles. *Ginecología y Obstetricia de México* 2007; 75: 133-144.
40. García SY, Royo S. Inmigración y reproducción. Fertilidad. Enero-febrero 2009; 26(1): 50-57.
41. Carreño MJ, Bium G. Salud Psicológica en la mujer estéril. *Perinatología y Reproducción Humana*. Octubre-diciembre 2008, 22(4): 290-302.
42. Genaro RC, Moreno RC. La evaluación psicológica en infertilidad. El "DERA" una prueba creada en España. *Papeles del Psicólogo*, 2008; 29(2):176-185.
43. Sammer V, Trupti B. An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. *Journal of human Reproductive sciences*. 2011 may-aug;4(2):80-85
44. Flores RN, Jenaro RC. Terapia de pareja en Infertilidad. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 29(2): 205-212.
45. Nelson CJ, Shindel AW. Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *J Sex Med*. 2008 Aug;5(8):1907-14
46. Repokari L, Punamäki RL. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod*. 2007 May;22(5):1481-91.
47. Moreno GJ, Saucedo GL. Experiencia del programa de Reproducción asistida del Centro Médico Nacional 20 Noviembre. *Revista Mexicana de medicina de la reproducción*. 2009; 1(4): 131-134.

XVI. ANEXOS

XVI.1 CRONOGRAMA

	2012												2013												2014		
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	
Elección del tema de investigación																											
Realizado																											
Revisión de Bibliografía																											
Realizado																											
Elaboración de protocolo																											
Realizado																											
Correcciones Observaciones de tutores																											
Realizado																											
Presentación Comité Local Investigación																											
Realizado																											
1era. Revisión por Comité Local Investigación																											
Realizado																											
Correcciones de acuerdo a Comité local investigación																											
Realizado																											
2da. Revisión por el comité local de investigación																											
Realizado																											
Correcciones de acuerdo a Comité local investigación																											
Suben correcciones a CLIEIS																											
Realizado																											
Dictamen y revisión de CLIES																											
Correcciones según observaciones CLIES																											
Realizado																											
REGISTRO SIRELSIS																											
Aplicación de instrumento de evaluación																											
Realizado																											
Análisis de resultados																											
Realizado																											
Discusión de resultado																											
Realizado																											

XVI.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION (ADULTOS)
Nombre del estudio:	Infertilidad como factor de riesgo asociado a insatisfacción conyugal
Patrocinador externo (si aplica):	No cuenta con patrocinador externo
Lugar y fecha:	Pachuca hidalgo a aplicarse del 01 al 31 de diciembre 2013
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer la asociación entre infertilidad e insatisfacción conyugal en parejas en edad fértil adscritas al HGZ-MF no.1.
Procedimientos:	Consiste en auto aplicación de instrumento de medición que evalúa el subsistema conyugal en parejas adscritas al HGZ-MF NO 1, posteriormente se analizara en dos grupos: 1 sin infertilidad y 2 con infertilidad. Una vez transcritas los cuestionarios, se destruirán.
Posibles riesgos y molestias:	Probablemente experimente incomodidad al investigar sobre la relación de pareja. En este caso usted es libre de continuar o abandonar la encuesta.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Este estudio permitirá evaluar la satisfacción y funcionalidad del sistema conyugal en las parejas determinando así a la infertilidad como factor de riesgo de insatisfacción, invitando a la participar en forma mas activa en el estudio y manejo de la pareja infértil.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término del estudio podremos asociar la presencia o ausencia de hijos a la satisfacción conyugal, y abordando esto como causa de salud enfermedad, y poder ofertar en un futuro terapia individual o de pareja.
Participación o retiro:	Su participación será voluntaria, y podrá retirarse, en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que usted proporciona en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes:	No aplica.
Beneficios al término del estudio:	Asociación de la infertilidad como factor de riesgo de insatisfacción conyugal que permita su evaluación y manejo.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	Dra. Gabriela García Laguna (tel.: 77171 3 78 33)
Tesisista	Dra. Olivia Ugalde Rojo (tel.: 77171 3 78 33)
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Nombre, dirección, y firma Testigo 1	Nombre, dirección y firma Testigo 2
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	

XVI.3 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR NO. 1

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

“INFERTILIDAD COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A LA INSATISFACCIÓN
CONYUGAL”

El siguiente es una encuesta destinada a conocer algunos de aspectos relacionados con la Satisfacción del Sistema Conyugal, para ello necesito de su valioso apoyo a través del llenado **completo** del siguiente cuestionario marcando con una x una sola respuesta de cada pregunta. Toda la información que se proporcione será estrictamente confidencial Si tiene alguna duda solicita la ayuda de las personas que te entregan el documento.

1. EDAD: _____
 - 25 a 29 años
 - 30 a 34 años
 - 34 a 39 años
 - 40 a 45 años
 2. SEXO:
 - Hombre
 - Mujer
 3. ESCOLARIDAD:
 - Secundaria
 - Bachillerato
 - Carrera Técnica
 - Universidad
 - Post-grado
 4. OCUPACION:
 - Hogar
 - Empleado
 5. AÑOS DE VIDA EN PAREJA: _____
 - Menor de 5 años
 - De 6 a 10 años
 - De 11 a 15 años
 - Más de 15 años
 6. **EN LA PAREJA EXISTE ALGUN TRASTORNO E INFERTILIDAD:**
 - SI (pasar a pregunta 7, 8, 9)
 - NO.
 7. INFERTILIDAD ES POR:
 - Factor masculino
 - Factor femenino
 - IGNORA
 8. TIEMPO DE DIAGNOSTICO:
 - Menos de un 2 años
 - De 3 a 5 años
 - 6 a 10 años
 - Más de 10 años
- SABE CUAL ES LA CAUSA DE SU TRASTORNO DE INFERTILIDAD:**

XV.4. ESCALA DE MEDICION DE CHAVEZ Y COLS. FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

INSTRUCCIONES: En el siguiente cuadro se encuentran algunas preguntas de acuerdo a las funciones conyugales, en el extremo de la derecha se encuentran tres opciones como respuesta, maque con una X solo una respuesta para cada una de las preguntas.

FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
I. COMUNICACIÓN			
a. Se comunica directamente con su pareja	0	5	10
b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c. Existe congruencia entre la comunicación verbal la analógica	0	5	10
II. ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES			
a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudicaban	0	2.5	5
b. Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
III. SATISFACCIÓN SEXUAL			
a. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
IV. AFECTO			
a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	5
c. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
d. Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
V. TOMA DE DECISIONES			
a. Las decisiones importante para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15