

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“SATISFACCIÓN MARITAL Y SU ASOCIACIÓN CON FUNCIONALIDAD
CONYUGAL EN USUARIAS DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
HORMONAL DE LA UMF No 220, PERIODO 2019”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No
220 “GENERAL JOSÉ VICENTE VILLADA”**

TESIS

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

PRESENTA:

M.C. NADIA VIVIANA ASTUDILLO LUJA

DIRECTOR:

E. EN M. F. MARÍA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ

REVISORES:

**E. EN M.F. EDUARDO FLORES GONZÁLEZ
M. EN NUT. C. IRMA GONZÁLEZ SÁNCHEZ
E. EN S. P. NANCY CEDILLO VILLAVICENCIO
E. EN M.F. OLIVIA LANDA MARTÍNEZ**

TOLUCA ESTADO DE MÉXICO;

2021

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
I. MARCO TEÓRICO	6
I.1 SATISFACCIÓN MARITAL	6
I.1.1 IMPORTANCIA DE LA SATISFACCIÓN MARITAL.....	6
I.1.2 ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL (ESM)	10
I.2. SUBSISTEMA CONYUGAL	10
I.2.1 IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL	12
I.2.2 ESCALA DE FUNCIONALIDAD CONYUGAL (ESCALA DE CHÁVEZ – VELASCO).....	13
I.3 PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	15
I.4 ANTECEDENTES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO	16
I.5 BENEFICIOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	16
I.6 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.....	17
I.7 HISTORIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS.....	18
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
II.1 ARGUMENTACIÓN DEL PROBLEMA	21
II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	21
III. JUSTIFICACIÓN.....	22
IV. HIPÓTESIS	24
IV.1 HIPÓTESIS ALTERNATIVA	24
IV.2 HIPÓTESIS NULA	24
V. OBJETIVOS.....	25
V.1 OBJETIVO GENERAL.....	25
V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
VI MÉTODO	27
VI.1 TIPO DE ESTUDIO.....	27
VI.2 DISEÑO DEL ESTUDIO	27
VI.3 OPERALIZACION DE LAS VARIABLES.....	27
VI.4 UNIVERSO DE TRABAJO.....	29
VI.5 TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	29
VI.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	30
VI.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	30
VI.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	30

VI.6.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	30
VI.7 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	30
VI.7.1 ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL (ESM).....	30
VI.7.2 ESCALA DE FUNCIONALIDAD CONYUGAL (ESCALA DE CHÁVEZ- VELASCO)	32
VI.8 DESARROLLO DEL PROYECTO	34
VI.9 LÍMITE DE ESPACIO Y TIEMPO.....	35
VI.10 DISEÑO DE ANÁLISIS.....	35
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS	36
VIII ORGANIZACIÓN	39
IX RESULTADOS Y DISCUSIÓN	40
X TABLAS Y GRÁFICOS	47
XI. CONCLUSIONES.....	55
XII. RECOMENDACIONES	57
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	58
XIV. ANEXOS.....	61
XIV.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	61
XIV.2 FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	63

RESUMEN

Título del protocolo: Satisfacción marital y su asociación con funcionalidad conyugal en usuarias de método de planificación familiar hormonal de la UMF 220, periodo 2019.

Autores:

Director de tesis: E. en M. F. María Emiliana Avilés Sánchez.

Tesista: M. C. Nadia Viviana Astudillo Luján.

Introducción: El estudio de la satisfacción marital es importante para el médico familiar, ya que es la base de la relación de pareja dentro del subsistema conyugal, y, por lo tanto, tiene una gran influencia en la funcionalidad de éste; el subsistema conyugal es la base del sistema familiar y es necesario conocer su funcionamiento, debido a que si hay una disfunción en este subsistema afectará a los otros dos subsistemas familiares y por lo tanto alterará la funcionalidad familiar, generando problemas que puedan ocasionar diversas patologías.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la satisfacción marital y la funcionalidad conyugal en usuarias de métodos de planificación familiar hormonal de la UMF 220, periodo 2019.

Material y método: Estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal. Muestra probabilística de 218 usuarias de método anticonceptivo hormonal como método de planificación hormonal. Para esta investigación se utilizarán 2 escalas; la escala de satisfacción marital de Pick y Andrade para evaluar la satisfacción marital, y, para la evaluación de la funcionalidad del subsistema conyugal se utilizará la escala de Chávez y Velasco. Prueba estadística utilizada será coeficiente de correlación de Pearson.

Recursos e infraestructura: Se cuenta con los participantes suficientes para realizar estudio, área de planificación familiar y aula 3 de la UMF 220 y equipo de cómputo.

Experiencia de grupo: El director de tesis tiene experiencia en investigación, el Tesista es médico residente de la especialidad de Medicina Familiar de tercer año.

I. MARCO TEÓRICO

I.1 SATISFACCIÓN MARITAL

Existen diferentes definiciones del concepto de satisfacción marital, dentro de las cuales la más utilizada es la definición propuesta por Pick de Weiss y Andrade Palos (1988), donde es referida como el grado de favorabilidad (actitud) hacia los aspectos del cónyuge y de la relación¹.

Roach, Frazier y Browden dan otra definición sobre satisfacción marital, definiéndola como la actitud favorable o desfavorable hacia la relación de pareja desde el punto de vista conyugal.

Díaz-Loving, también define a la satisfacción marital como una percepción subjetiva que tiene el conyuge respecto a su pareja y su relación con ésta; también se ha utilizado el término de satisfacción marital para describir si las actividades realizadas por la pareja, desde el punto de vista conyugal, son satisfactorias para ellos².

En otras palabras, podemos decir que satisfacción marital es la percepción subjetiva y personal que tiene una persona sobre su cónyuge y la relación que lleva con esta persona, englobando los sentimientos y actitudes respecto al cónyuge, siendo diferente en los integrantes de la pareja ya que cada uno lo vive y lo interpretará de una manera diferente y única³.

I.1.1 IMPORTANCIA DE LA SATISFACCIÓN MARITAL

Como se ha mencionado, la satisfacción marital es una percepción subjetiva y personal que existe de un cónyuge respecto al otro miembro de la pareja y su relación con ésta. Por lo que es importante analizar que es una pareja.

La pareja es la unión de dos seres completos, con sus componentes físicos y psíquicos provenientes de sus respectivos sexos desde el punto de vista genético,

anatómico y fisiológico, así como también su sexo psíquico, familiar, social y cultural⁴.

Dentro de la pareja se establecen vinculaciones afectivas y eróticas en la comunicación física y espiritual, al ofrecer y obtener placer, satisfacción, amor y felicidad. La pareja es una diada donde cada integrante conserva su identidad, sin renunciar a sí mismo; si la identidad de uno es absorbida por el otro integrante, la pareja deja de ser un espacio propicio para el desarrollo y expresión pleno de la sexualidad y la autorrealización de la personalidad⁵.

Al formarse una pareja se presentan diferentes expectativas de género respecto a sus relaciones, las expectativas que surgen en la pareja respecto a lo deseable y lo que realmente se tiene difieren de un sexo a otro⁶.

Estas diferentes expectativas que existen en una pareja son creadas por los distintos tipos de contexto sociocultural en el que se han desarrollado los integrantes de la relación, por lo que pueden diferir de un lugar a otro e incluso de una familia a otra, por lo consiguiente es importante también saber el contexto de la familia de origen de los integrantes de la pareja.

En la pareja, dentro de la vida conyugal, es importante en el estudio de la familia, ya que es la pareja el elemento más importante de la familia, pues de ella se generarán nuevos integrantes que se espera sean benéficos para la sociedad, y, con estos nuevos integrantes también se formarán nuevos subsistemas dentro de la familiar.

La importancia de conocer la satisfacción marital radica en saber que tan satisfecha está un integrante de la pareja con el otro, de las manifestaciones de afecto dentro de esta relación, esto es importante debido a que una insatisfacción puede crear problemas en la pareja, generando un ambiente tenso que se vería reflejados en el

funcionamiento del subsistema conyugal e incluso afectando a los demás subsistemas.

El estudio de la satisfacción marital se centra en aspectos como la interacción, las emociones, la funcionalidad, el placer y la estabilidad dentro de la pareja; todo esto influenciado por valores culturales que son creencias que los individuos tienen sobre las relaciones de pareja y su desarrollo, estos valores se encuentran estrechamente asociados a la interacción, el compromiso, las expectativas y los planes a futuro de la relación. En México los valores más importantes dentro de la pareja son: fidelidad, honestidad, sinceridad, amor y equidad (García-Meraz, 2007).

Se proponen 3 modelos para la conceptualización de la satisfacción⁷:

- Modelo unidimensional: se basa en el placer-displacer, considerando la satisfacción como el resultado de superar los aspectos positivos y negativos del matrimonio.
- Modelo bidimensional: la satisfacción marital es definida como el resultado de dos dimensiones autónomas de satisfacción e insatisfacción, que son resultado de la interacción, las demostraciones de afecto, la organización y la estructura de la pareja.
- Modelo tridimensional: la satisfacción marital es la conducta multidimensional hacia el cónyuge y la relación marital.

De acuerdo con Andrade y Pick, existen diversas variables que influyen en la satisfacción marital como número de años de casados, el nivel socioeconómico, el nivel de educación profesional, el nivel de escolaridad, y el número de hijos.

Desglosando las variables mencionadas por Andrade y Pick, tenemos en cuenta de acuerdo con estudios previos y autores como Anderson, Russel y Schumm, quienes refieren que la satisfacción marital es alta en los primeros años del matrimonio,

posteriormente disminuyen en los años intermedios del matrimonio para aumentar nuevamente en los años posteriores.

Mientras tanto, en el nivel socioeconómico bajo, se asocia a mayores problemas económicos debido a un menor ingreso de recursos que podría generar discusiones, frustración o depresión en alguno de los cónyuges o en ambos. Respecto al nivel de educación o escolaridad puede modificar la satisfacción marital dependiendo de las expectativas laborales, profesionales o personales que tengan los integrantes de la pareja; por último, en lo referente al número de hijos se ha documentado que mientras más hijos tenga la pareja, va disminuyendo la atención o la importancia de las actividades realizadas en la relación respecto al cónyuge, esto sobre todo en los hombres⁸.

La satisfacción marital es el componente central para permanecer en la relación de pareja, y, por consiguiente, mantener el adecuado funcionamiento, en la medida de lo posible, del subsistema conyugal y el sistema familiar⁹; existe un modelo de involucramiento de Rusbult, en el cual se plantea que a mayor compromiso dentro de una relación de pareja hará que la pareja se sienta más satisfecha con la relación, sin embargo, es probable que a pesar de que la pareja se encuentre insatisfecha en la relación el hecho de considerar que tienen un compromiso con su pareja, hace que la relación se mantenga¹⁰.

El hecho de que la pareja presente conflictos sostenidos genera graves consecuencias en su salud física y emocional (Gottman y Levenson, 1999). Ya que, si no son resueltos, puede ser, que uno o ambos integrantes de la pareja, somaticen y acudan de manera repetitiva a atención médica. Por tal motivo radica su importancia el estudio de la satisfacción marital como parte importante en el subsistema conyugal, pieza fundamental de la familia y por consiguiente un motivo de estudio para la especialidad de medicina familiar.

I.1.2 ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL (ESM)

Esta esta escala fue creada por Susan Pick de Weiss y Patricia Andrade de Palos en 1988, en México. La validez y confiabilidad de la escala ha sido probada en diferentes grupos socioeconómicos y en personas con nivel socioeconómico alto¹¹.

La ESM posee 3 subescalas:

1. Satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge, cuya evaluación consta de 5 reactivos.
2. Satisfacción con la interacción marital, compuesta por 10 reactivos.
3. Satisfacción con los aspectos organizacionales y estructurales del cónyuge, subescala evaluada por 9 reactivos.

Las respuestas a estos reactivos son mediante 3 opciones: “me gusta como está pasando”, “me gustaría que pasara de manera algo diferente” y “me gustaría que pasara de manera muy diferente”.

I.2. SUBSISTEMA CONYUGAL

La familia es considerada un sistema, un sistema a su vez se define como “conjunto de elementos interrelacionados entre sí que constituyen una unidad” o “el conjunto de elementos interrelacionados que conforman una unidad que persigue algún objetivo identificable o una finalidad¹²”.

La familia es un sistema en transformación constante, que se autogobierna, un sistema abierto que interacciona con otros sistemas¹³.

La familia al funcionar como un sistema está formado por unidades más pequeñas o subsistemas, permitiendo establecer una jerarquización dentro del sistema familiar, esto da lugar a la distribución de las funciones dentro de una familia. Los subsistemas de la familia son:

- El subsistema conyugal (esposo-esposa)
- El subsistema paterno filial (padre - hijo), y
- El subsistema fraterno (hermano-hermano)

El subsistema conyugal está constituido por un hombre y una mujer se unen con la intención de formar una familia¹⁴. Las principales cualidades de este subsistema son la complementariedad y la acomodación mutua. Cada uno de los integrantes de este subsistema deben ceder parte de su individualidad para lograr el sentido de pertinencia sin perder la totalidad de su individualidad. Este subsistema debe desarrollar límites para protegerlo de las interferencias y demandas de otros subsistemas, ya que cualquier cambio en el subsistema conyugal influirá en la familia y en sus integrantes¹⁵.

Tomando en cuenta que el subsistema conyugal está formado por una pareja, es importante mencionar que la principal función de la pareja es la reproducción, como necesidad para la conservar la especie, sin embargo, cubre otras necesidades como la compañía y la solidaridad. Sabemos que para fines procreadores solo es necesario la unión sexual como en la mayoría de las especies animales, sin embargo, para los humanos, debido a la complejidad de la crianza, se ha buscado asegurar el proceso de crianza y suministrar también alimento, cobijo y protección mediante la organización matrimonial ¹⁶.

Desde la perspectiva filogenética o etológica existen tres fases de formación de la pareja:

- Fase de cortejo: es la fase inicial, que se obtiene mediante acciones con el objetivo de atraer, seducir o conquistar a la persona elegida para la cópula para establecer una relación fusional con ella. Esta fase es debido al enamoramiento generado por el circuito neurohormonal del placer

(influenciado por dopamina) y del apego (influenciado por vasopresina y oxitocina).

- Fase de nidificación: Esta fase está representada por el deseo de vivir juntos, la estabilidad de la relación, el deseo de formar un hogar, que es necesario para la crianza de los hijos.
- Fase de crianza: Esta fase abarca criar, proteger y cuidar a los hijos; en esta fase se marcaba claramente la división de los roles en la pareja “entre el marido y la mujer”, sin embargo, actualmente la crianza de los hijos se lleva a cabo de una forma compartida y consensuada entre los integrantes de la pareja.

I.2.1 IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

El subsistema conyugal se forma en el momento en que un hombre y una mujer deciden unirse para constituir una familia, las principales cualidades de este subsistema son la implementación de sus tareas, la complementariedad y la mutua acomodación¹⁷.

El analizar la funcionalidad del subsistema conyugal es importante para toda la familia, ya que gran parte de los problemas familiares pueden generar disfunción en el subsistema conyugal y viceversa. La alteración en la funcionalidad del subsistema conyugal afectará también el funcionamiento familiar definido como las tareas que le corresponde realizar a cada uno de los integrantes de la familia como un todo¹⁸.

Los problemas existentes en la pareja del subsistema conyugal pueden generar patología orgánica en uno e incluso ambos integrantes de la pareja, generando la necesidad de acudir a la atención médica por parte de servicios de salud ¹⁹, pero al llegar con el médico familiar es muy difícil que expongan la situación sobre algún problema que haya afectado la interacción del subsistema conyugal.

Viendo la repercusión que tiene la relación de la pareja en la salud, como médicos especialistas en medicina familiar, es importante tener el subsistema familiar en cuenta y evaluar la funcionalidad conyugal para detectar alguna alteración o disfunción conyugal de manera integral y sencilla al momento de realizar la consulta diaria.

Recordando la definición de medicina familiar de acuerdo con la Academia Americana de Médicos de Familia, tenemos que "La Medicina Familiar es la especialidad que brinda atención médica continua e integral para el individuo y la familia. Es la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento. El ámbito de la Medicina Familiar abarca a todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas y órganos y cada entidad de la enfermedad".

Respecto a la definición previa de Medicina Familiar sabemos que el médico familiar es el especialista responsable de brindar una atención médica integral y continua a cualquier individuo²⁰, por lo que es importante estudiar el subsistema conyugal para una atención integral de la familiar, ya que este subsistema es el que tiene mayor influencia en la familia.

El objetivo de estudiar el subsistema conyugal y el evaluar la funcionalidad conyugal nos permite identificar un subsistema conyugal disfuncional, lo que nos permitiría poder realizar una intervención en la relación de pareja, para evitar que los problemas que surgen en este subsistema perjudiquen al resto del sistema, llegando a ocasionar problemas que generan un círculo vicioso de insatisfacción dentro de la pareja, pudiendo provocar conflictos con los otros subsistemas debido a la formación de coaliciones, e incluso, una familia interrumpida.

I.2.2 ESCALA DE FUNCIONALIDAD CONYUGAL (ESCALA DE CHÁVEZ – VELASCO)

La evaluación de la funcionalidad del subsistema conyugal mediante la escala de Chávez-Velasco, toma en cuenta las principales funciones que tiene el subsistema conyugal, a cada función le da un criterio cuantitativo y cualitativo de evaluación a través de un indicador y debe ser realizado en un máximo de 2 entrevistas²¹.

Evaluando los siguientes parámetros:

I. Comunicación:

Evalúa que la comunicación con la pareja sea directa, con mensajes claros y la congruencia entre la comunicación verbal y analógica. Otorga el 30% de la evaluación, otorgando 0, 5 y 10 puntos para el indicador de nunca, ocasional y siempre respectivamente.

II. Adjudicación y asunción de roles:

Evalúa que la pareja cumpla los roles que se adjudican mutuamente, que estén satisfechos con los roles asumidos por cada uno de ellos y si existe o se da oportunidad al intercambio de roles en la pareja (flexibilidad). Da un 15% de la evaluación, con 0, 2.5 y 5 puntos si la respuesta es nunca, ocasional o siempre respectivamente.

III. Satisfacción sexual:

Con el objetivo de tener información sobre la frecuencia de las relaciones sexuales y si estas son satisfactorias. Estos parámetros proporcionan el 20% de la evaluación, con un indicador de 0 si la respuesta es nunca, 5 puntos si es ocasional y 10 puntos si la respuesta es siempre.

IV. Afecto:

Incluye las manifestaciones físicas de afecto que tiene la pareja respecto a su cónyuge, el tiempo que se dedican mutuamente, si la pareja se interesa por el desarrollo y superación uno del otro, y la percepción que tienen de sentirse queridos por su pareja. Es el 20% de la evaluación de la escala de funcionalidad conyugal

dando un indicador de 0, 5 y 10 puntos dependiendo si la respuesta es nunca, ocasional y siempre respectivamente.

V. Toma de decisiones:

Evalúa si las decisiones importantes se toman de manera conjunta por la pareja. Representa el 15% de esta escala, otorga puntos de 0 cuando la respuesta es nunca, 7.5 puntos si es ocasional y 15 puntos si la respuesta es nunca.

Con el uso de la escala de Chávez-Velazco se otorga un valor numérico según el grado de satisfacción a cada pregunta, al final se suman los valores numéricos obtenidos y se califica de acuerdo con el puntaje obtenido, que se muestra en la siguiente tabla:

Calificación de la funcionalidad del subsistema conyugal	
0-40	Pareja severamente disfuncional
41-70	Pareja con disfunción moderada
71-100	Pareja funcional

Calificación de la funcionalidad del subsistema conyugal de acuerdo con la escala de Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velazco Orellana para evaluación del subsistema conyugal.

I.3 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

“La planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos”.²²

La planificación familiar no sólo se logra con el uso de métodos anticonceptivos para tener control sobre la cantidad de hijos que una pareja desea tener, sino que también aborda el tratamiento de la esterilidad²³, en aquellas parejas que planean tener hijos, pero no lo han logrado por alguna patología determinada.

EL propósito de la planificación familiar consiste en disminuir los embarazos no planeados y/o no deseados, mediante la información, la oferta de métodos anticonceptivos para control de la fertilidad y prestación de servicios de calidad a toda la población²⁴.

I.4 ANTECEDENTES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO

Posterior al término de la Revolución Mexicana, la condición de salud en México eran dramáticas, ya que había una alta mortalidad asociada a efectos de la lucha armada, ocasionando una reducción drástica de la población en los años veinte. Por lo que los gobiernos posrevolucionarios, promovieron leyes pro natalistas (leyes Generales de Población de 1936 y 1947) para incentivar el crecimiento de la población.

Debido a estas leyes pro natalistas, la tasa de crecimiento poblacional alcanzó sus niveles más altos en la década de los setenta, ubicando la tasa global de fecundidad en casi siete hijos por mujer. Pasando de una población de 15 millones en los años veinte a 50 millones a los años setenta.

En 1974 se decretó la nueva Ley General de Población, en esta ley se establecieron las bases para la creación de servicios de planificación familiar. En este mismo año, se crea el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y en 1977 se aprueba el primer plan nacional de Planificación Familiar del sector Salud y se iniciaron a proporcionar los servicios de planificación familiar. En los años ochenta se incorporó el enfoque de riesgo y anticoncepción post-evento obstétrico en el Programa de Planificación Familiar²⁵.

I.5 BENEFICIOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

El promocionar la planificación familiar, así como el uso de métodos anticonceptivos tiene múltiples beneficios para la población mundial en diversos aspectos, algunos de los beneficios de la planificación familiar son los siguientes²⁶:

- Ayudar a que la población tome decisiones sobre su salud sexual y reproductiva en base a información precisa y confiable otorgada por parte de personal de salud.
- Reducción de muertes maternas, principalmente por embarazo no deseado o mujeres con antecedentes personales para considerar un embarazo de alto riesgo.
- Reducción del número de abortos, así como de las posibles complicaciones maternas que puedan suceder durante un aborto.
- Reducción de la mortalidad infantil, al tener un mayor espaciamiento entre cada nacimiento (al menos dos años entre el nacimiento de un hijo y el nacimiento de otro), mejorando la supervivencia de los recién nacidos.
- Mejora el crecimiento personal de las mujeres, logrando que tengan un mayor empoderamiento.

I.6 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Los métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente²⁷.

Los anticonceptivos hormonales previenen el embarazo a través de 2 mecanismos principales²⁸:

1. Inhibición total o parcial de la ovulación.
2. Espesando el moco cervical, haciendo que el moco cervical más espeso actúe como una barrera contra los espermatozoides, evitando que lleguen a la cavidad uterina.

Existen en diferentes presentaciones:

- a) Orales: Combinados con estrógeno y progestina o sólo de progestina.
- b) Inyectados: También combinados con estrógeno y progestina o sólo de progestina.
- c) Implante subdérmico: consiste en un sistema de liberación continua y gradual de progestina sintética, contiene únicamente progestina.
- d) Dispositivo intrauterino de levonogestrel.
- e) Parche anticonceptivo combinado.

I.7 HISTORIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS

Desde tiempos remotos, hablando incluso miles de años, las mujeres y los hombres han deseado decidir tener o no hijos y en qué momentos querer tenerlos; por este motivo, los métodos anticonceptivos se han utilizado para este fin. La planificación familiar se ha practicado en sociedades dominadas por códigos sociales, políticos o religiosos²⁹ y, aunque en sus inicios, los métodos anticonceptivos utilizados no eran tan seguros o eficaces como las actuales, aunque algunos de ellos (ya investigados recientemente) han demostrado ser efectivos como métodos anticonceptivos.

El uso de un método anticonceptivo no sólo es utilizado con el objetivo de planificación familiar, sino que también para ejercer los derechos reproductivos y disfrutar ampliamente de la sexualidad.

A lo largo de la historia se han utilizado diversos tipos de anticonceptivos, pero no fue hasta la segunda mitad del siglo XX, cuando la idea de la anticoncepción oral se introdujo, gracias a la influencia de Margaret Sanger, luchadora por los derechos reproductivos de las mujeres, quien influyó durante las décadas de 1940 y 1950 para que las mujeres pudieran utilizar métodos anticonceptivos y se hiciera legal el uso de la primera pastilla anticonceptiva.³⁰

Katherine Dexter McCormick, ofreció también su apoyo financiero para la investigación sobre anticonceptivos, se reunió con Sanger y visitaron la Fundación Worcester de Biología Experimental en Massachusetts, donde se realizaban experimentos para tratar de producir un anticonceptivo oral en base de progesterona sintética, estos estudios fueron realizados por los investigadores Gregory Pincus y Min Chuen Chang.

Posteriormente McCormick también apoyó los primeros ensayos realizados por el Dr. John Rock, considerado como el co-descubridor de la píldora anticonceptiva. En 1956, la publicación de Science anunció el éxito de los ensayos clínicos realizados por el Dr. John Rock, posteriormente en 1960 la FDA aprueba el uso de la primera pastilla anticonceptiva llamada Enovid.

Sin embargo, Russell E. Marker descubrió que varias generaciones de mujeres mexicanas habían ingerido una planta silvestre llamada raíz del barbasco o *cabeza de negro*, de la cual extrajo progestina, que en el año de 1951 se utilizó como "Syntex", que fue la primera pastilla anticonceptiva creada del material de Merker³¹.

Tres años después de la aparición de la píldora anticonceptiva, se buscaba obtener un método anticonceptivo sin tener que tomar una píldora anticonceptiva todos los días, por lo que se iniciaron investigaciones con acetato de medroxiprogesterona (DMPA), en esos tiempos utilizada para el tratamiento de endometriosis avanzada, cáncer de riñón y disminución del deseo sexual en hombres culpables de delitos sexuales.

La propuesta de aprobar el uso de acetato de medroxiprogesterona como anticonceptivo fue presentado ante la FDA en 1967 y comenzó a distribuirse a nivel mundial en 1971, sin embargo existían controversias ante su uso ya que aparecieron estudios que relacionaban el DMPA con el riesgo de padecer cáncer, específicamente cáncer de mama, por tal motivo la Organización Mundial de la

Salud, realizó un estudio donde se concluyó que el DMPA no presentaba un riesgo mayor para el desarrollo de cáncer de mama para las mujeres en general, aunque si existía un riesgo levemente mayor de cáncer de mama en mujeres menores de 35 años. En estudios posteriores con MDPA se determinó que disminuía el riesgo de cáncer cérvico uterino, ovario e hígado, así como menor riesgo de cáncer de endometrio.

En cuanto al implante subdérmico, en 1979 surgió la marca de Norplan^R (que contenía levonogestrel), aprobado en 1990 por la FDA³², pero existen otras marcas como Implanon^{MR} en base a etonogestrel o el implante subdérmico Jadelle^R a base de levonogestrel.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 ARGUMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La satisfacción marital es un parámetro importante que nos orienta sobre la satisfacción que existe en la relación de los integrantes de la pareja del subsistema conyugal, se obtiene mediante la apreciación subjetiva que tiene un integrante de la pareja, respecto al otro o su relación con éste.

El subsistema conyugal es el origen de la familia, a partir de este subsistema se crearán el subsistema paternal e influirá de manera importante en el subsistema fraternal, también, es el subsistema que mayor responsabilidad tiene en el sistema familiar y, por ende, cualquier alteración en el subsistema conyugal generará una alteración en la funcionalidad familiar.

Un nivel de satisfacción alto influye de manera positiva en el funcionamiento del subsistema conyugal, mientras que un nivel de satisfacción marital bajo influye de manera negativa en el funcionamiento del subsistema conyugal lo que generaría una disfunción moderada o severa en este subsistema y por consiguiente en la funcionalidad familiar.

II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de satisfacción marital más frecuente asociado con la funcionalidad del subsistema conyugal en usuarias de método de planificación hormonal de la UMF 220, periodo 2019?

III. JUSTIFICACIÓN

ACADÉMICA:

La investigación presente, tiene como fin obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar; así como ampliar los conocimientos sobre satisfacción marital y funcionalidad conyugal ya que es muy importante como médico familiar saber la satisfacción que existen en la pareja del subsistema conyugal, debido a que una insatisfacción marital puede generar disfunciones en el subsistema conyugal que afecte al sistema familiar.

FAMILIAR:

La satisfacción marital es un aspecto muy importante del subsistema conyugal, la importancia de la investigación de la satisfacción marital radica en, que, si existe insatisfacción, aunque sea por uno de los integrantes del subsistema conyugal, puede crear conflictos dentro de la relación y comunicación de la pareja generando disfunción en el subsistema conyugal, que es la piedra angular en el funcionamiento del sistema familiar, dentro de este subsistema, se toman las decisiones más importantes de a la familia, rigen los límites y las funciones de la familia dentro del sistema familiar³³. Una disfunción de este subsistema afectará el funcionamiento de la familia, llegando a generar triangulaciones como alianzas y coaliciones, generando familia desligadas o aglutinadas e incluso disrupción en la familia; motivo por el cual es muy importante estudiar los aspectos de satisfacción marital y funcionalidad conyugal en nuestros pacientes.

EPIDEMIOLOGICA:

Es importante el estudio de estas dos variables para investigar la función de este subsistema, ya que actualmente las tensiones y problemáticas generadas en este subsistema llegan a ocasionar divorcios, los cuales han incrementado en un 5.6 % del 2016 al 2017 (Estadística de Matrimonios y Divorcios, INEGI 2019).

SOCIAL:

Se realiza el estudio en usuarias de planificación familiar considerando que, al planificar la cantidad de hijos y el momento en el cual se desea tenerlos, mantiene una mejor satisfacción marital y, por ende, un mejor funcionamiento conyugal, tomando en cuenta que al tener menos cantidad de hijos hay más tiempo para la relación de pareja y disminuye la pobreza³⁴. Además de que si la disfunción el subsistema conyugal genera una familia disfuncional puede generar serios problemas en salud pública como adicciones y/o suicidio.

Debemos de recordar que la atención ofrecida por el médico familiar debe de ser integral, reuniendo actividades de promoción, prevención y recuperación, con el fin de responder a las necesidades sanitarias de la comunidad³⁵, por lo tanto, debemos de estudiar la satisfacción marital para identificar problemas que puedan resolverse a tiempo en el subsistema conyugal, evitando que progrese y genere una familia disfuncional.

IV. HIPÓTESIS

IV.1 HIPÓTESIS ALTERNATIVA

El nivel alto de satisfacción marital es el más frecuente asociado con un subsistema conyugal funcional en usuarias de método de planificación familiar hormonal en UMF No 220.

IV.2 HIPÓTESIS NULA

Un nivel alto de satisfacción marital no es el más frecuente asociado con un subsistema conyugal funcional en usuarias de método de planificación familiar hormonal en UMF No 220.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la asociación entre el nivel de satisfacción marital y la funcionalidad conyugal en usuarias de métodos de planificación familiar hormonal de la UMF No 220, periodo 2019.

V.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el nivel de satisfacción marital de acuerdo con el número de hijos de las usuarias de método de planificación familiar hormonal de la UMF No 220, periodo 2019.

Identificar el nivel de satisfacción marital de acuerdo con el estado civil de las usuarias de métodos de planificación familiar hormonal de la UMF No 220, periodo 2019.

Identificar el nivel de satisfacción marital de acuerdo con el anticonceptivo hormonal elegido en las usuarias de métodos de planificación familiar hormonal de la UMF No 220, periodo 2019.

Identificar el grado de funcionalidad conyugal de acuerdo con el grupo etario de las usuarias de métodos de planificación familiar hormonal de la UMF No 220, periodo 2019.

Identificar el grado de funcionalidad conyugal de acuerdo con el grado de escolaridad de las usuarias de métodos de planificación familiar hormonal de la UMF No 220, periodo 2019.

Identificar cual es el grado de escolaridad respecto a la cantidad de hijos de las usuarias de método de planificación familiar hormonal de la UMF No 220, periodo 2019.

Identificar cual es la cantidad de hijos respecto al estado civil de las usuarias de método de planificación familiar hormonal de la UMF No 220, periodo 2019.

VI MÉTODO

VI.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo, transversal.

VI.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó la captación de las participantes en el área de salud reproductiva, de la Unidad de Medicina Familiar “General José Vicente Villada” No. 220 del Instituto Mexicano de Seguro Social, posteriormente se informó sobre el objetivo del estudio, el cuestionario y que sus datos proporcionados son totalmente confidenciales, participantes autorizaron la aplicación de cuestionario mediante un consentimiento informado, los cuestionarios fueron aplicados por un colaborador de la investigación en un área específica con privacidad para las participantes, así mismo se aclararon las dudas de las participantes sobre el cuestionario en el momento de su aplicación, al finalizar cuestionario se otorgó copia de consentimiento informado firmado por ellas.

VI.3 OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR O INDICE	ÍTEM
Satisfacción Marital	Evaluación subjetiva acerca de la calidad del matrimonio	Evaluar la satisfacción marital que perciben las usuarias de anticonceptivos orales como método de planificación familiar mediante la escala de satisfacción marital de Pick y Andrade. A mayor número de puntos, mayor satisfacción marital.	Cualitativa, ordinal, politómica	1 Alto 2 Medio 3 Bajo	24

Funcionalidad del subsistema conyugal	Evaluación de la funcionalidad de la pareja, abordando principales funciones del subsistema conyugal	Clasificar el grado de funcionalidad del subsistema conyugal.	Cualitativa, ordinal, politómica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pareja funcional 2. Parejas con disfunción moderada 3. Pareja severamente disfuncional. 	13
Grupo etario	Personas dentro de un grupo de edad	Organizar a las participantes en 3 grupos etarios distintos.	Cuantitativa, discreta, politómica.	<p>Número del 15 al 45, dividido en 3 grupos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De 15-25 años. 2. De 26 a 35 años. 3. De 36 a 46 años. 	1
Estado civil	Desde el aspecto jurídico y en relación con el matrimonio y la filiación comprende el estado de cónyuge	Identificar el estado civil de las participantes.	Cualitativa, nominal, dicotómica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casada 2. Unión libre 	2
Número de hijos	Número de descendiente, respecto a su madre o padre	Se identifica la cantidad de hijos que tienen las usuarias de métodos anticonceptivos hormonales y se identifica su influencia en la satisfacción marital.	Cuantitativa, discreta, politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 2. 2 3. 3 4. 4 	3
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o cualquier centro de enseñanza.	Identificación del grado de estudio en las participantes, así como su relación con la funcionalidad conyugal y la cantidad de hijos por grado escolar.	Cualitativa, ordinal, politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secundaria o menos 2. Nivel medio superior 3. Nivel superior 	4

Método de planificación hormonal	Métodos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de una mujer en forma temporal mediante la inhibición de la ovulación y/o espesando el moco cervical.	Se identifican los métodos anticonceptivos hormonales más utilizados como método de planificación familiar.	Cualitativa, nominal, politómica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anticonceptivos orales 2. Anticonceptivos inyectables 3. Implante subdérmico 4. DIU Mirena 5. Parches anticonceptivos 	5
---	--	---	-----------------------------------	--	---

VI.4 UNIVERSO DE TRABAJO

Para el presente estudio se contó con universo de trabajo de 218 participantes que acudieron al área de salud sexual y reproductiva del HGR con UMF 220, las cuales contaban con todos los criterios de inclusión para este trabajo de investigación.

VI.5 TIPO DE MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó muestreo probabilístico.

Durante el periodo de 26 de diciembre de 2018 al 25 de abril del 2019 hubo un total de 498 usuarias de un anticonceptivo hormonal.

Se utilizó la siguiente fórmula para la obtención del tamaño de la muestra:

$$\eta = \frac{Nz^2pq}{(N - 1)E^2 + z^2pq}$$

η = Tamaño de la muestra.

Z= Nivel de confianza deseado

p= Proporción de la población con la característica deseada.

q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso).

E= Nivel de error dispuesto a cometer.

N= Tamaño de la población.

Utilizando un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%, el resultado concluyo con una muestra de 218 participantes.

VI.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

VI.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres afiliadas a IMSS, en edad fértil, con estado civil casadas o en unión libre, con al menos un hijo, que usen anticonceptivo hormonal como método de planificación familiar que sea otorgado por el servicio de salud reproductiva del HGR con UMF No. 220, y, que autorizaron participar en el estudio bajo consentimiento informado.

VI.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres que usen un método anticonceptivo hormonal por indicación médica para tratamiento de determinada patología.

VI.6.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Mujeres que no hayan concluido cuestionario.

VI.7 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

VI.7.1 ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL (ESM)

VI.7.1.1 DESCRIPCIÓN DE ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL

Esta esta escala fue creada por Susan Pick de Weiss y Patricia Andrade de Palos en 1988, en México³⁶; consta de 24 reactivos, donde se puede obtener un puntaje mínimo de 24 puntos y un máximo de 72 puntos, con mayor satisfacción marital al acercarse al puntaje máximo.

La ESM posee 3 subescalas:

1. Satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge, cuya evaluación consta de 5 reactivos.
2. Satisfacción con la interacción marital, compuesta por 10 reactivos.
3. Satisfacción con los aspectos organizacionales y estructurales del cónyuge, subescala evaluada por 9 reactivos.

Las respuestas a estas tres subescalas son mediante tres opciones: “me gusta como está pasando” que otorga 3 puntos, “me gustaría que pasara de manera algo diferente” da 2 puntos y “me gustaría que pasara de manera muy diferente” que proporciona 1 punto.

La concordancia interna de las subescalas es alta, debido a que los coeficientes (Alpha de Cronbach) fluctuaron entre $\alpha=0.81$ y $\alpha=0.90$ para las tres subescalas. La confiabilidad de esta escala medida mediante el coeficiente de Alpha de Cronbrach se obtiene un valor para el factor 1 de 0.757, para el factor 2= 0.682, y para el factor 3= 0.765.

Niveles de satisfacción marital de acuerdo con puntaje obtenido y factor evaluado:

Nivel de Satisfacción Marital	Puntajes directos		
	Alto	Medio	Bajo
Satisfacción con la Interacción Marital	>26	17-25	<16
Satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge	>12	8-11	<7
Satisfacción con los aspectos organizacionales del cónyuge	>25	17-24	<16

Escala de satisfacción marital de Susan Pick de Weiss y Patricia Andrade Palos 1988, México

VI.7.1.2 VALIDACIÓN

La Escala de Satisfacción Marital (ESM) fue diseñada por Pick de Weiss y Patricia Andrade Palos en el año de 1988, validada en 8 colonias del Distrito Federal, actualmente Ciudad de México a partir de entrevista a hombres y mujeres con nivel socioeconómico medio y bajo; se realizan 2 estudios con la participación de 330 personas casadas en el primer estudio y 244 personas casadas para el segundo estudio. La validez y confiabilidad de dicha escala ha sido probada en diferentes niveles socioeconómicos incluyendo el nivel socioeconómico alto.

VI.7.1.3 APLICACIÓN

En presente estudio se utilizó la ESM, la cual se incluyó en el cuestionario aplicado a las participantes, contiene 24 ítems, cada uno de ellos con 3 opciones, una sola respuesta por pregunta, con de resultado de 1 a 3 puntos por cada respuesta. Duración promedio de aplicación de 10 minutos.

VI.7.2 ESCALA DE FUNCIONALIDAD CONYUGAL (ESCALA DE CHÁVEZ-VELASCO)

VI.7.2.1 DESCRIPCIÓN DE ESCALA DE FUNCIONALIDAD CONYUGAL (ESCALA DE CHÁVEZ-VELASCO)

La evaluación de la funcionalidad del subsistema conyugal mediante la escala de Chávez-Velasco, toma en cuenta las principales funciones que tiene el subsistema conyugal, a cada función le da un criterio cuantitativo y cualitativo de evaluación a través de un indicador.

Evalúa los siguientes parámetros mediante 13 ítems:

I. Comunicación:

Evalúa que la comunicación con la pareja sea directa, con mensajes claros y la congruencia entre la comunicación verbal y analógica. Contiene 3 ítems y otorga el

30% de la evaluación, otorgando 0, 5 y 10 puntos para el indicador de nunca, ocasional y siempre respectivamente.

II. Adjudicación y asunción de roles:

Evalúa que la pareja cumpla los roles que se adjudican mutuamente, que estén satisfechos con los roles asumidos por cada uno de ellos y si existe o se da oportunidad al intercambio de roles en la pareja (flexibilidad). Contiene 3 ítems y da un 15% de la evaluación, con 0, 2.5 y 5 puntos si la respuesta es nunca, ocasional o siempre respectivamente.

III. Satisfacción sexual:

Con el objetivo de tener información sobre la frecuencia de las relaciones sexuales y si estas son satisfactorias. Estos parámetros proporcionan el 20% de la evaluación, mediante 2 ítems con un indicador de 0 si la respuesta es nunca, 5 puntos si es ocasional y 10 puntos si la respuesta es siempre.

IV. Afecto:

Incluye las manifestaciones físicas de afecto que tiene la pareja respecto a su cónyuge, el tiempo que se dedican mutuamente, si la pareja se interesa por el desarrollo y superación uno del otro, y la percepción que tienen de sentirse queridos por su pareja. Es el 20% de la evaluación de la escala de funcionalidad conyugal, mediante 4 ítems, dando un indicador de 0, 5 y 10 puntos dependiendo si la respuesta es nunca, ocasional y siempre respectivamente.

V. Toma de decisiones:

Evalúa si las decisiones importantes se toman de manera conjunta por la pareja. Representa el 15% de esta escala mediante 1 ítem, otorga puntos de 0 cuando la respuesta es nunca, 7.5 puntos si es ocasional y 15 puntos si la respuesta es nunca.

Con el uso de la escala de Chávez-Velazco se otorga un valor numérico según el grado de satisfacción a cada pregunta, al final se suman los valores numéricos

obtenidos y se califica de acuerdo con el puntaje obtenido, que se muestra en la siguiente tabla:

Calificación de la funcionalidad del subsistema conyugal	
0-40	Pareja severamente disfuncional
41-70	Pareja con disfunción moderada
71-100	Pareja funcional

Calificación de la funcionalidad del subsistema conyugal de acuerdo con la escala de Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velazco Orellana para evaluación del subsistema conyugal.

VI.7.2.2 VALIDACIÓN

Escala validada en el año de 1990 por Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velazco mediante su aplicación en diversas sedes de unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), publicado en la revista del IMSS en ese mismo año.

VI.7.2.3 APLICACIÓN

En el presente estudio se utilizó la Escala de Funcionalidad Conyugal de Chávez y Velasco, la cual se incluye en el cuestionario aplicado a las participantes, contiene 13 ítems. Duración promedio de aplicación de 5 minutos.

VI.8 DESARROLLO DEL PROYECTO

Primero se elaboró el protocolo de investigación, posteriormente este se aprobó por el comité local de investigación, aprobado también por el comité de bioética. Se procedió a la aplicación de los cuestionarios mediante elección de las pacientes con un muestreo probabilístico. Se les informó sobre el estudio y sus objetivos, previa autorización con un consentimiento informado las participantes contestaron el cuestionario que incluye los instrumentos de investigación.

Se recolectaron los datos proporcionados en el cuestionario en un base de datos en el programa estadístico SPSS para su análisis, posteriormente se analizaron y graficaron los resultados obtenidos, por último, con los resultados obtenidos se realiza la discusión de dicho estudio.

VI.9 LÍMITE DE ESPACIO Y TIEMPO

El presente estudio se realizó en el HGR con UMF No 220 “General José Vicente Villada”, Toluca, Estado de México en el periodo 2019-2020.

VI.10 DISEÑO DE ANÁLISIS

Mediante la base de datos realizado en programa estadístico SPSS se realiza un análisis estadístico para la asociación entre las variables de satisfacción marital y funcionalidad conyugal, utilizando la prueba de Chi cuadrada de Pearson.

Para el análisis de las variables sociodemográficas se utilizaron medidas de tendencia central.

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

El estudio que se realizó fue una investigación con riesgo mínimo de acuerdo con el artículo 17 del Capítulo I (De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos) del Título segundo de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, a continuación, se presenta su definición de acuerdo con la Ley General de Salud:

Investigación de riesgo mínimo: “Son estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común”.

El presente estudio fue sometido a evaluación y aceptado por el comité de ética en investigación, posteriormente se inició con la realización del estudio.

Los procedimientos que se realizaron en la presente investigación se apegan a las normas éticas vigentes nacionales e internacionales, el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud, y a la 64 asamblea General de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

La selección de los participantes se realizó en las usuarias de anticonceptivos hormonales que acudían al servicio de salud reproductiva del HGR con UMF 220, durante el periodo 2019-2020, fueron seleccionadas de manera aleatoria, sin ningún tipo de discriminación por condiciones físicas, sociales, políticas, religiosas, preferencias sexuales o género.

Se elaboró consentimiento informado con el objetivo de que los participantes conocieran sobre la investigación y el uso que tuvo la información proporcionada por ellas; así las participantes aceptaron de manera voluntaria su participación mediante su autorización con un consentimiento informado, el cuestionario fue contestado por las propias participantes sin intervenir en sus respuestas, sólo en caso necesario se aclararon dudas.

Las participantes fueron captadas en el área de salud reproductiva de la UMF 220, se otorgó consentimiento informado, antes de realizar el cuestionario para la obtención de datos, se entregó una copia de consentimiento informado para la participante; el consentimiento informado fue explicado por el colaborador de la investigación y las dudas también fueron respondidas por él. El cuestionario se realizó en el aula 3 de la UMF 220, para mantener un ambiente de privacidad para la realización del cuestionario, respondido por las propias participantes, el aplicador del cuestionario no intervino en las respuestas proporcionadas, sólo aclaró dudas. En el presente estudio no se obligó a ninguna paciente a contestar el cuestionario.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes: se a conocer el nivel de satisfacción marital y la calificación de funcionalidad conyugal que existe con su pareja, creando su propia perspectiva sobre su relación de pareja, en caso de que así lo pidieran se dio a conocer sus resultados.

Contribuciones y beneficios para la sociedad: conocer qué es la satisfacción marital y qué es la funcionalidad conyugal, saber cuál es la asociación entre satisfacción marital en la funcionalidad conyugal.

La presente investigación representó un riesgo mínimo para las participantes, ya que pueden generar cierta incomodidad algunas de las preguntas de los cuestionarios utilizados en este estudio, el beneficio es obtener información y conocer el nivel de satisfacción marital y la calificación de funcionalidad del subsistema conyugal, observando los beneficios de conocer fortalezas y debilidades de la relación de pareja del subsistema conyugal.

La información proveída por los participantes en la investigación está resguardada para proteger la confidencialidad de su información personal.

VIII ORGANIZACIÓN

Para fines de tesis la organización será la siguiente:

Tesista: M. C. Nadia Viviana Astudillo Luja

Director de Tesis: E. en M. F. María Emiliana Avilés Sánchez

IX RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente estudio participaron un total de 218 mujeres, obteniendo los siguientes resultados:

Dentro de los resultados obtenidos se encontró lo siguiente: se obtuvo un nivel de satisfacción marital alta en el 42.20% (N=92) de las participantes, de ellas el 41.28% (N=90) presentan un subsistema conyugal funcional, el 0.46% (N=1) tienen una disfunción moderada en el subsistema conyugal, mientras que el 0.46% (N=1) presentan una disfunción severa en el subsistema conyugal; el 51.38% (N=112) de las participantes tienen una satisfacción marital media, de ellas el 38.99% (N=85) presentan un subsistema conyugal funcional, mientras que el 11.47% (N=25) tienen una pareja con disfunción moderada y el 0.92% (N=2) una disfunción severa en el subsistema conyugal. El nivel de satisfacción marital bajo representó el 6.42% (N=14), de las cuales el 0.46% (N=1) tienen un subsistema conyugal alto, el 0.92% (N=2) tienen un subsistema conyugal con una disfunción moderada y el 5.04% (N=11) tienen una disfunción severa en el subsistema conyugal. (Tabla 1, Gráfica 1)

Se utilizó chi cuadrada de Pearson para establecer la asociación entre satisfacción marital y la funcionalidad conyugal con un nivel de significancia de 0.05 y, mediante la realización de una base de datos que se elaboró en el programa estadístico de SPSS versión 22, se obtuvo que el valor de $p=0.000$, lo que estadísticamente significativa, motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula, lo que demuestra que un nivel de satisfacción marital alto se asocia a una mejor función del subsistema conyugal.

Respecto a los resultados obtenidos del presente estudio, se demuestra que a mayor nivel de satisfacción marital existe una mejor funcionalidad del subsistema conyugal, no se encontró ningún otro estudio que asocie la satisfacción marital con la funcionalidad conyugal, sin embargo, de acuerdo con el modelo de involucramiento de Rusbult que refiere que cuando existe mayor satisfacción marital

hace que el compromiso con la pareja crezca y continúe funcionando de manera satisfactoria. Sería conveniente a realizar a futuro mayor cantidad de estudios para investigar la asociación de satisfacción marital y funcionalidad conyugal.

En el presente estudio también se identificó la satisfacción marital de acuerdo con el número de hijos de las participantes, donde el 18.81% (N=41) presentan una satisfacción marital alta y tienen un hijo, el 19.27% (N=42) en las que tienen dos hijos, el 3.67 % (N=8) poseen una satisfacción marital alta y 3 hijos y el 0.46% (N=1) de las participantes poseen un nivel alto de satisfacción marital y tienen 4 hijos. El 12.84% (N=28) tienen un nivel de satisfacción marital media al tener 1 hijo, el 33.48% (N=9) de las participantes tienen un nivel de satisfacción marital media al tener 2 hijos, el 4.13% (N=9) tienen una satisfacción marital media y 3 hijos, el 0.92% (N=2) tienen un nivel de satisfacción marital media y 4; por último el 1.37% (N=3) tienen un nivel de satisfacción bajo al tener un hijo, el 4.13% (N=9) del total de la población presentan un bajo nivel de satisfacción marital con 2 hijos, el 0.46 % (N=1) tienen una satisfacción marital baja al tener 3 hijos, y el 0.46% (N=1) de las participantes poseen un nivel de satisfacción marital baja con 4 hijos. (Tabla 2, Gráfica 2)

Respecto a la satisfacción marital y el número de hijos, se identifica que a mayor cantidad de hijos se existe un menor nivel de satisfacción marital, lo que concuerda con el estudio realizado por Pick de Weiss y Andrade Palos donde investigaron como influye el número de hijos que tiene la pareja en aspectos de la relación marital, obteniendo que conforme incrementa el número de hijos, el nivel de satisfacción marital va disminuyendo.

Se identificó que la satisfacción marital de acuerdo con el estado civil de las participantes, donde el 22.01% (N=48) de las participantes presentan una satisfacción marital alta y están casadas, el 20.20% (N=44) tienen un nivel de satisfacción marital alta y se encuentran en unión libre, el 28.90% (N=63) tienen un nivel de satisfacción marital media y están casadas, el 22.47% (N=49) tienen un

nivel de satisfacción marital media y se encuentran en unión libre; el 4.13% (N=9) muestran un nivel de satisfacción marital baja y están casadas, mientras que el 2.29% (N=5) se encuentran con un nivel de satisfacción marital baja y están en unión libre. (Tabla 3, Gráfica 3)

Respecto al nivel de satisfacción marital de acuerdo al estado civil, se identificó que es más frecuente encontrar un nivel de satisfacción medio y bajo en las participantes que se encuentran casadas, en comparación de aquellas que se encuentran en unión libre, sin embargo, en un estudio realizado por Moral de la Rubia en Monterrey Nuevo León en el año 2015, reportó que existe una menor satisfacción marital en personas que se encuentran en unión libre en comparación con las que se encontraban casadas, lo que concuerda con Diaz- Loving y Sánchez Aragón quienes indican que las personas que se encuentran en unión libre presentan una menor satisfacción marital, debido a que presentan dudas sobre el compromiso de casarse y el amor a largo plazo.

Se identificó también el nivel de satisfacción marital de acuerdo con el anticonceptivo hormonal elegido, encontrando que el 5.96% (N=13) tienen un nivel de satisfacción marital alta y utilizan anticonceptivos orales, el 3.21% (N=7) tienen una satisfacción marital alta y usan anticonceptivos inyectados, el 18.80% (N=41) tienen un nivel de satisfacción marital alta y utilizan implante subdérmico, el 14.24% (N=31) tienen un nivel de satisfacción marital alto y utilizan el DIU Mirena con método de planificación familiar. El 5.04% (N=11) tienen un nivel de satisfacción marital media y utilizan anticonceptivos orales, el 2.29% (N=5) tienen una satisfacción marital media y usan anticonceptivos inyectados, el 22.01% (N=48) tienen un nivel de satisfacción marital media y utilizan implante subdérmico, el 22.01% (N=48) tienen un nivel de satisfacción marital media y utilizan el DIU Mirena con método de planificación familiar; mientras que el 2.76% (N=6) tienen un nivel de satisfacción marital baja y usan implante dérmico, el 3.68% poseen un nivel de satisfacción marital baja y utilizan DIU Mirena, ninguna de las participantes de

anticonceptivos orales e inyectados presentó un nivel de satisfacción marital baja. (Tabla 4, Gráfica 4).

En cuanto a la satisfacción marital respecto a método de planificación familiar elegido, se identificó que los métodos hormonales más elegidos son el implante subdérmico y el DIU Mirena, quienes son elegidos en cualquier nivel de satisfacción marital; los anticonceptivos orales o inyectados son más utilizados en nivel alto o medio de satisfacción marital, sin utilizarse en las participantes que tienen un nivel de satisfacción marital baja; no se encontraron estudios previos sobre si el nivel de satisfacción marital influye en la elección de un método de planificación familiar hormonal de mayor o menor duración, por lo que sería importante realizar próximas investigaciones sobre este tema.

Se identificó la funcionalidad conyugal de acuerdo con el grupo etario de las participantes, donde la percepción de tener una pareja funcional entre las participantes de 15-25 años fue de 34.40% (N=75), el 6.88% (N=15) presentan un subsistema conyugal con pareja funcional y se encuentra entre los 26 y 35 años, el 0.92% (N=2) poseen un subsistema conyugal con una pareja funcional y están entre los 36-45 años; el 40.82% (N=89) tienen un subsistema conyugal con una pareja con disfunción moderada y se encuentran entre los 15-25 años de edad, el 5.05% (N=11) tienen una pareja con disfunción moderada y están dentro del grupo etario de 26 a 35 años, el 4.59% (N=10) tienen un subsistema conyugal con disfunción moderada y se encuentran entre los 36-45 años de edad; el 5.50% (N=12) tienen una subsistema conyugal con una pareja con disfunción severa y se encuentran entre los 15-25 años de edad, el 0.92% (N=2) tienen una disfunción severa en el subsistema conyugal y se encuentran entre los 26-35 años, mientras que el 0.92% (N=2) tienen una pareja con disfunción severa en el subsistema conyugal y se encuentran entre los 36-45 años de edad. (Tabla 5, Gráfica 5)

En cuanto a la funcionalidad conyugal y el grupo etario de las participantes se identifica que, la mayoría de las participantes se encuentran entre los 15-25 años y

perciben tener un subsistema conyugal funcional o una disfunción moderada en su mayoría, mientras que en los grupos de edad de 26-35 años y de 36 a 45 años, es más frecuente la existencia de disfunción moderada o severa; lo cual concuerda con estudios previos en pacientes hiperutilizadores de servicios médicos en la Clínica de Medicina Familiar “Ignacio Chávez” (CMFICH) en el año 2004, donde se observa que en pacientes de mayor edad o cercanas al climaterio presentan mayor grado de disfunción conyugal.

Se identificó el nivel de funcionalidad conyugal de acuerdo con el grado de escolaridad de las participantes, identificando que el 31.19% (N=68) presentan una pareja funcional del subsistema conyugal y una escolaridad de secundaria o menor, el 27.54% (N=60) se encuentran en una pareja funcional del subsistema conyugal con una escolaridad de nivel medio superior, el 22.01% (N=48) poseen un subsistema conyugal funcional y cuentan con una escolaridad de nivel superior; el 3.21% (N=7) de las participantes consideran tener una disfunción moderada del subsistema conyugal y tienen una escolaridad de secundaria o menos, el 5.96% (N=13) tienen una disfunción moderada y un nivel medio superior de escolaridad, el 3.67% (N=8) presentan una disfunción moderada del subsistema conyugal y una escolaridad de nivel superior. El 2.29% (N=5) de las participantes tienen un subsistema conyugal con una pareja con disfunción severa y una escolaridad de secundaria o menos, el 1.38% (N=3) tienen una disfunción severa del subsistema conyugal y una escolaridad nivel medio superior, por último, el 2.755 (N=6) poseen una pareja con disfunción severa en el subsistema conyugal y cuentan con una escolaridad nivel superior. (Tabla 6, Gráfica 6)

Respecto a la funcionalidad conyugal y la escolaridad se identifica que las pacientes con mayor grado de escolaridad presentaban un mayor porcentaje de disfunción severa del subsistema conyugal en comparación con las de menor escolaridad. No se encontraron estudios que investiguen el grado de funcionalidad conyugal respecto a la escolaridad.

En la presente investigación también se identificó la escolaridad respecto a la cantidad de hijos de las participantes, el 5.96% (N=13) cuentan con secundaria o menos y tienen un hijo, el 25.69% (N=56) tienen escolaridad secundaria o menos y 2 hijos, el 3.67% (N=8) tienen escolaridad de secundaria o menos y 3 hijos, mientras que el 1.38% (N=3) cuentan con escolaridad de secundaria o menos y 4 hijos; el 9.17% (N=20) cuentan con nivel medio superior y tienen un hijo, el 21.56% (N=47) tienen escolaridad nivel medio superior y 2 hijos, el 3.67% (N=8) tienen escolaridad de nivel medio superior y 3 hijos, mientras que el 0.46% (N=1) cuentan con escolaridad de nivel medio superior y 4 hijos; el 17.89% (N=39) cuentan con nivel superior y tienen un hijo, el 9.63% (N=21) tienen escolaridad nivel superior y 2 hijos, el 0.92% (N=2) tienen escolaridad de nivel superior y 3 hijos, ninguna participante con escolaridad de nivel superior o más cuenta con 4 hijos. (Tabla 7, Gráfica 7).

Respecto a la escolaridad y número de hijos, se identificó que a menor grado de escolaridad las participantes tienen mayor número de hijos, lo cual concuerda con la información proporcionada por Mujeres y hombres en México en 2019/INEGI 2019.

Por último, se identificó la cantidad de hijos respecto al estado civil de las participantes, el 55.05% (N=120) de las participantes están casadas, de ellas el 8.26% (N=18) tienen 1 hijo, el 39.91% (N=87) tienen 2 hijos, el 5.5% (N=12) tienen 3 hijos y el 1.38% (N=3) tienen 4 hijos; mientras tanto el 44.95% de la muestra se encuentra en unión libre, siendo más frecuente en las participantes que tienen un hijo, representando el 24.77% (N=54), seguido de las participantes con 2 hijos con un 16.97% (N=37), el 2.75 % (N=6) tienen 3 hijos y el 0.46% (N=1) tiene 4 hijos. (Tabla 8, Gráfica 8)

Se identifica que al tener 2 hijos o más es más frecuente que las pacientes se encuentren casadas, mientras que, al tener un hijo, la mayoría de las pacientes se encuentran en unión libre con su pareja, en México el promedio de hijos por familia es de 2.1 hasta el año 2019, sin embargo, datos aportados por el INEGI en el año

2019 refiere 561, 446 de los nacimientos registrados, las madres se encuentran casadas y 1,095, 716 se encuentran en unión libre; pero no se especifica la cantidad de hijos que poseen de acuerdo al estado civil de las mujeres.

X TABLAS Y GRÁFICOS

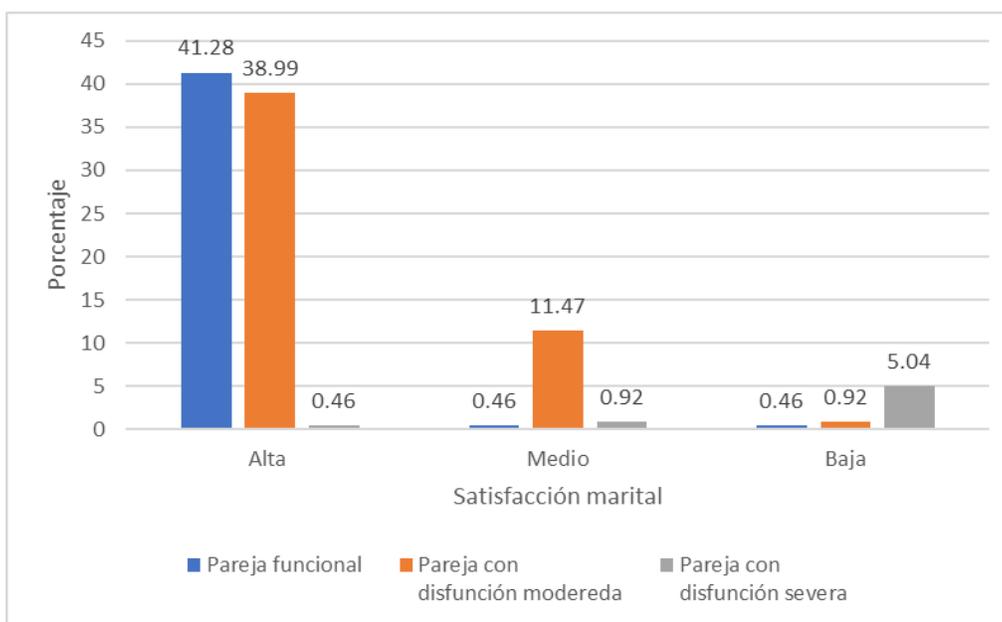
Tabla 1. Satisfacción marital y funcionalidad del subsistema conyugal en las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.

Funcionalidad subsistema conyugal \ Satisfacción marital	Pareja funcional		Pareja con disfunción moderada		Pareja con disfunción severa		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Alta	90	41.28	1	0.46	1	0.46	92	42.20
Medio	85	38.99	25	11.47	2	0.92	112	51.38
Baja	1	0.46	2	0.92	11	5.04	14	6.42
Total	176	80.73	28	12.85	14	6.42	218	100

Fuente: base de datos.

*F=Frecuencia; %= Porcentaje; valor de $p=0.000$

Gráfica 1. Satisfacción marital y funcionalidad del subsistema conyugal en las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.



Fuente: Tabla 1.

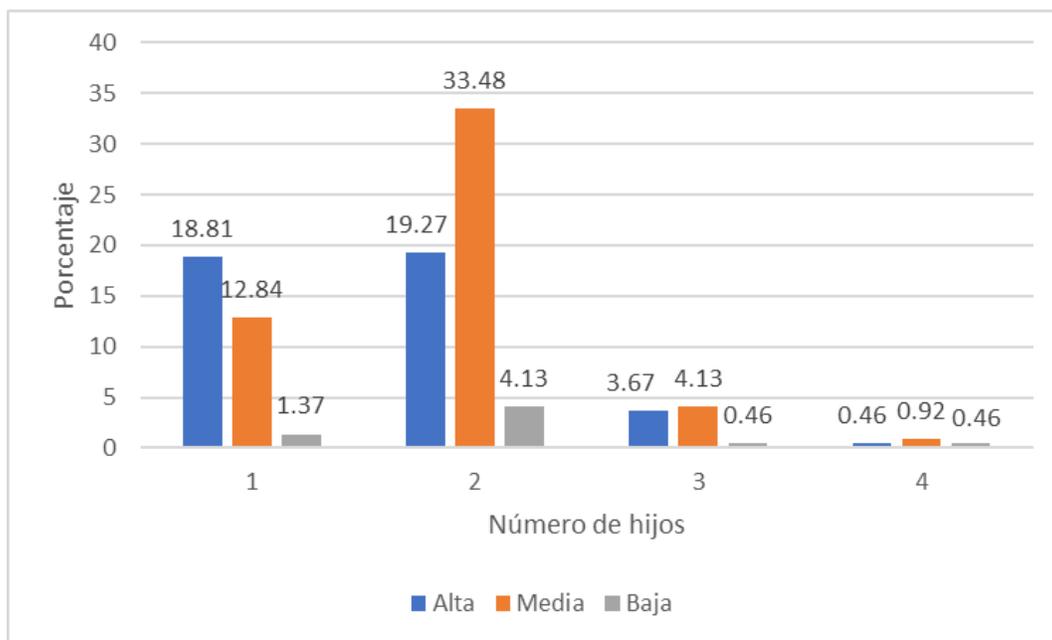
Tabla 2. Nivel de satisfacción marital de acuerdo con el número de hijos en las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.

Satisfacción marital \ Número de hijos	1		2		3		4		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Alta	41	18.81	42	19.27	8	3.67	1	0.46	92	42.21
Media	28	12.84	73	33.48	9	4.13	2	0.92	112	51.37
Baja	3	1.37	9	4.13	1	0.46	1	0.46	14	6.42
Total	72	33.02	124	56.88	18	8.26	4	1.84	218	100

Fuente: base de datos.

*F=Frecuencia; %=porcentaje

Gráfica 2. Nivel de satisfacción marital de acuerdo con el número de hijos en las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.



Fuente: Tabla 2.

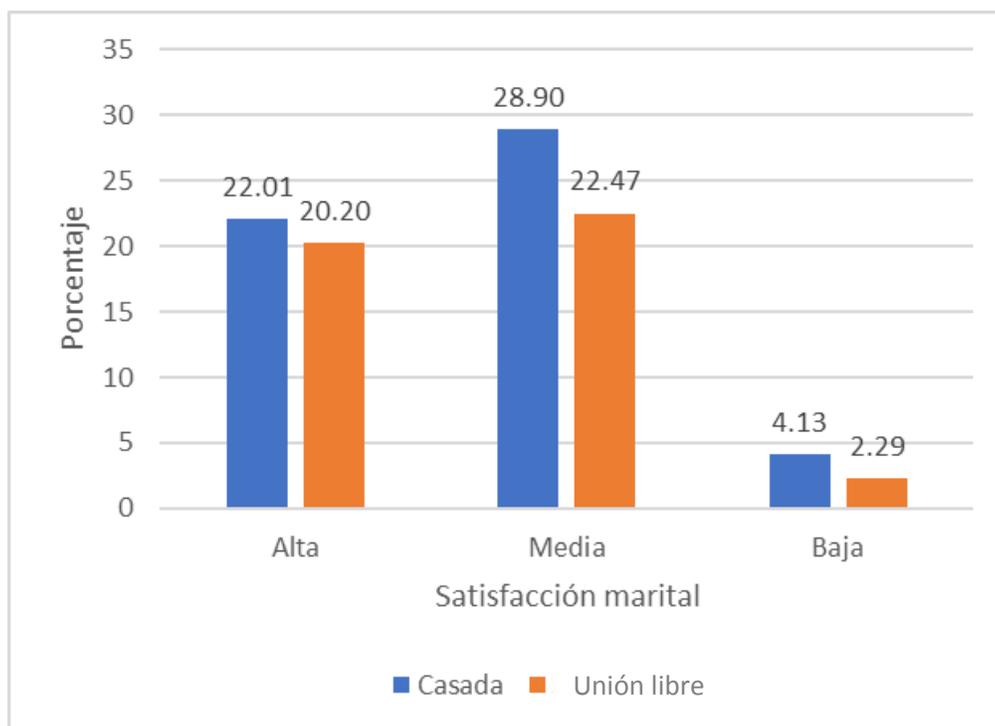
Tabla 3. Nivel de satisfacción marital de acuerdo con el estado civil de las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.

Satisfacción marital	Casada		Unión libre		Total	
	F	%	F	%	F	%
Alta	48	22.01	44	20.20	92	42.21
Media	63	28.90	49	22.47	112	51.37
Baja	9	4.13	5	2.29	14	6.42
Total	120	55.04	98	44.96	218	100.00

Fuente: base de datos.

* F=Frecuencia; %=porcentaje

Gráfica 3. Nivel de satisfacción marital de acuerdo con el estado civil de las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.



Fuente: Tabla 3.

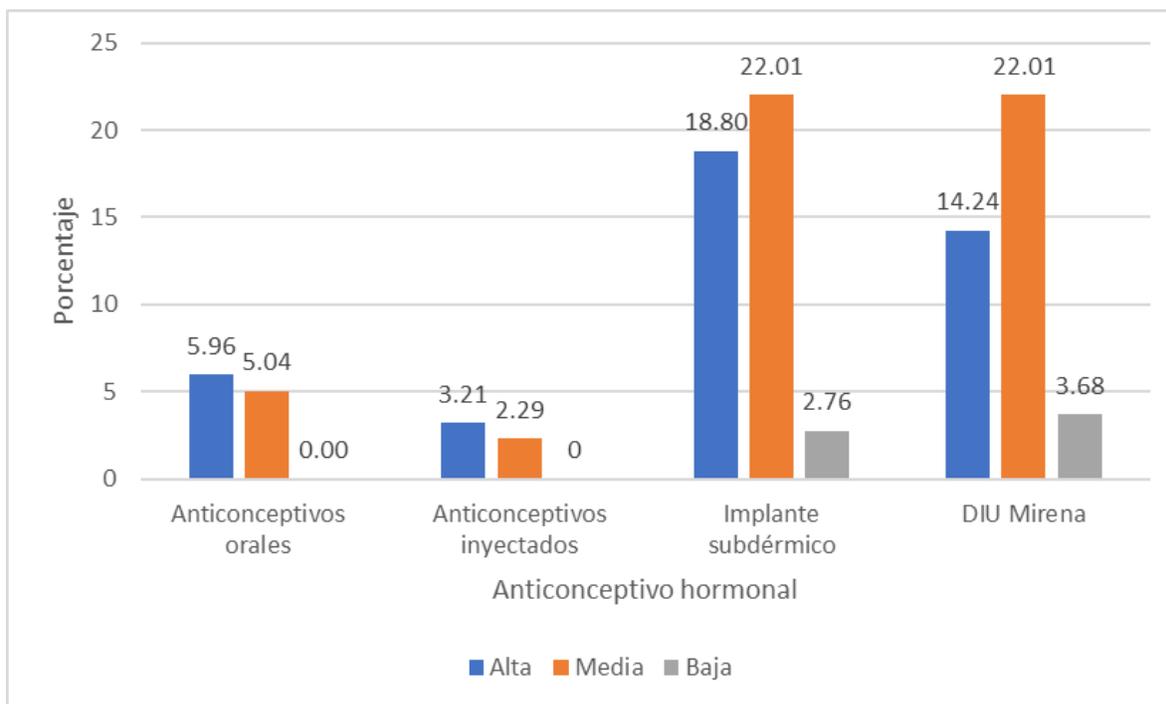
Tabla 4. Nivel de satisfacción marital de acuerdo con el anticonceptivo hormonal elegido por las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.

Satisfacción marital \ Anticonceptivo hormonal	Anticonceptivos orales		Anticonceptivos inyectados		Implante subdérmico		DIU Mirena		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Alta	13	5.96	7	3.21	41	18.80	31	14.24	92	42.21
Media	11	5.04	5	2.29	48	22.01	48	22.01	112	51.35
Baja	0	0.00	0	0	6	2.76	8	3.68	14	6.4
Total	24	11.00	12	5.5	95	43.57	87	39.93	218	100

Fuente: base de datos.

*F=Frecuencia; %=porcentaje

Gráfica 4. Nivel de satisfacción marital de acuerdo con el anticonceptivo hormonal elegido por las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.



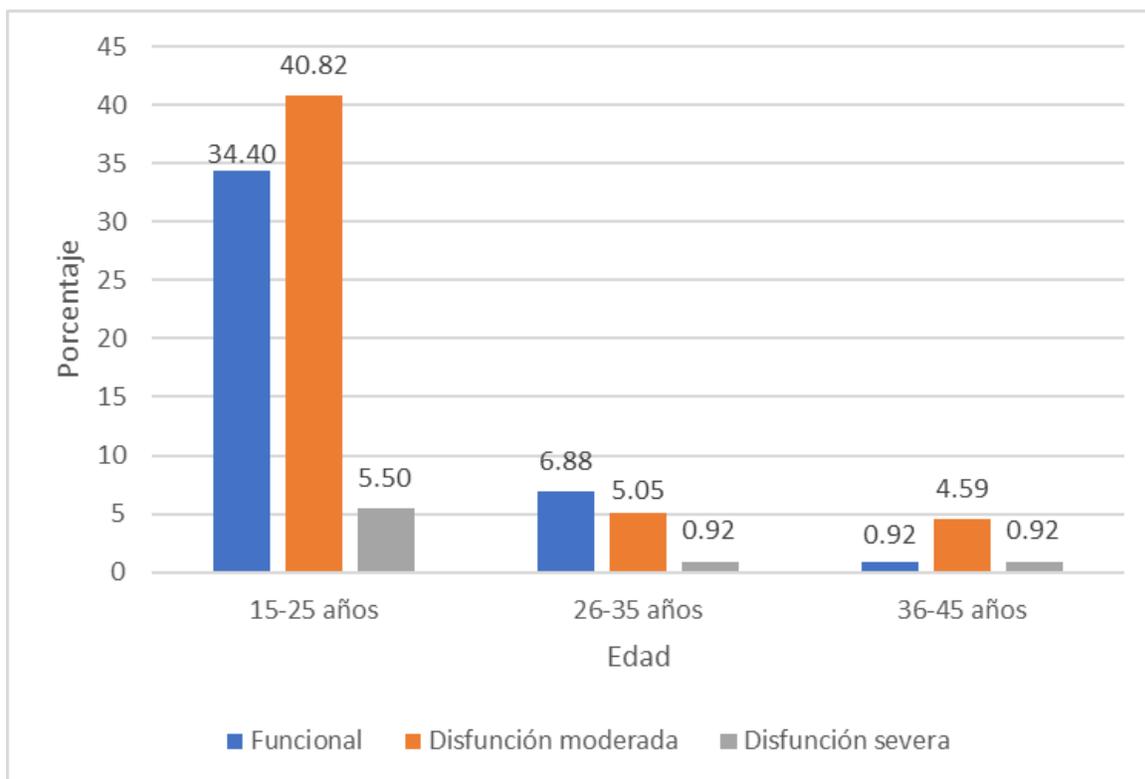
Fuente: Tabla 4.

Tabla 5. Nivel de funcionalidad del subsistema conyugal de acuerdo con el grupo etario de las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.

Funcionalidad del subsistema conyugal \ Grupo etario	15-25 años		26-35 años		36-45 años		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Pareja funcional	75	34.40	15	6.88	2	0.92	92	42.20
Pareja con disfunción moderada	89	40.82	11	5.05	10	4.59	110	50.46
Pareja con disfunción severa	12	5.50	2	0.92	2	0.92	16	7.34
Total	176	80.72	28	12.85	14	6.43	218	100

Fuente: base de datos.

Gráfica 5. Nivel de funcionalidad del subsistema conyugal de acuerdo con el grupo etario de las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.



Fuente: tabla 5.

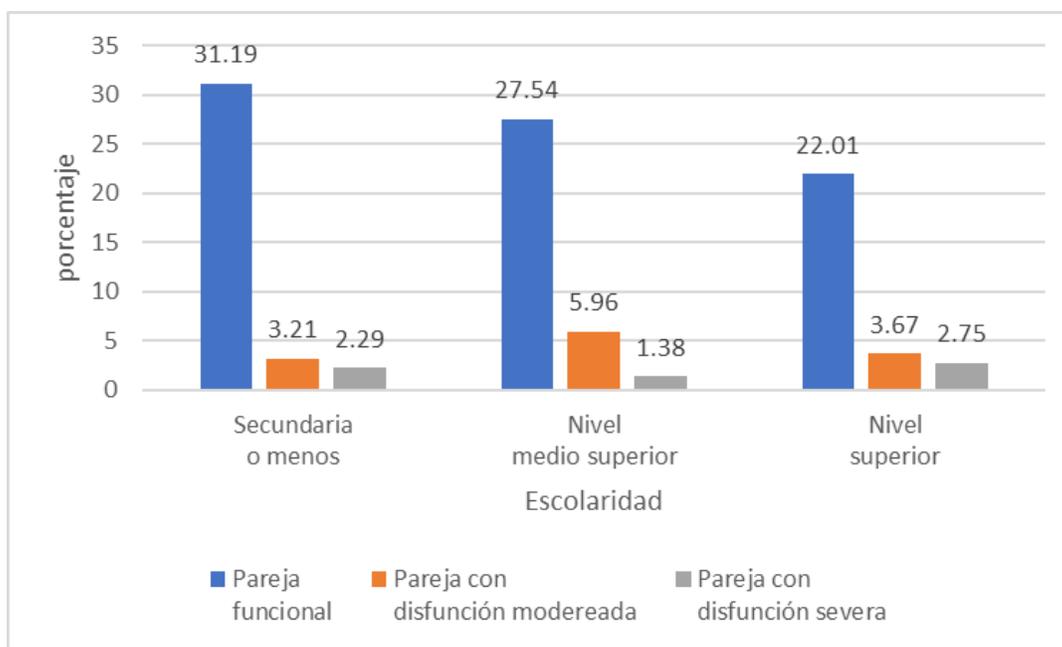
Tabla 6. Nivel de funcionalidad conyugal de acuerdo con la escolaridad de las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.

Funcionalidad subsistema conyugal \ Escolaridad	Secundaria o menos		Nivel medio superior		Nivel superior		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Pareja funcional	68	31.19	60	27.54	48	22.01	176	80.74
Pareja con disfunción modereada	7	3.21	13	5.96	8	3.67	28	12.84
Pareja con disfunción severa	5	2.29	3	1.38	6	2.75	14	6.42
Total	80	36.69	76	34.88	62	28.43	218	100

Fuente: base de datos.

* F=Frecuencia; %=porcentaje

Gráfica 6. Nivel de funcionalidad conyugal de acuerdo con la escolaridad de las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.



Fuente: Tabla 6.

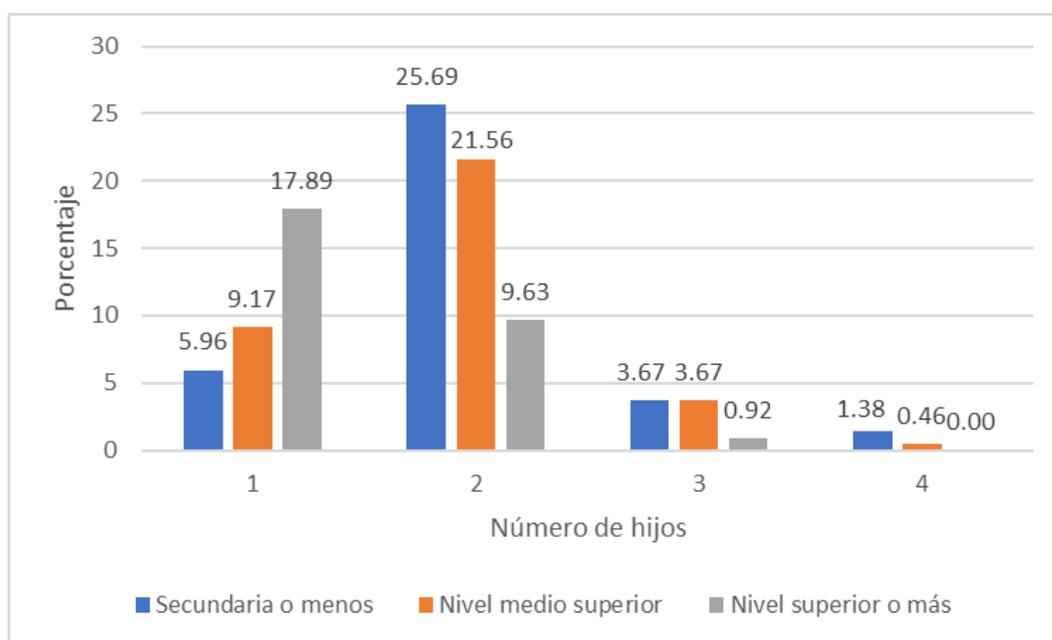
Tabla 7. Nivel de escolaridad respecto a la cantidad de hijos de las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.

Escolaridad \ Número de hijos	1		2		3		4		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Secundaria o menos	13	5.96	56	25.69	8	3.67	3	1.38	24	36.70
Nivel medio superior	20	9.17	47	21.56	8	3.67	1	0.46	29	34.86
Nivel superior o más	39	17.89	21	9.63	2	0.92	0	0.00	41	28.44
Total	72	33.02	124	56.88	18	8.26	4	1.84	94	100

Fuente: base de datos

F=Frecuencia; %=porcentaje

Gráfica 7. Nivel de escolaridad respecto a la cantidad de hijos de las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.



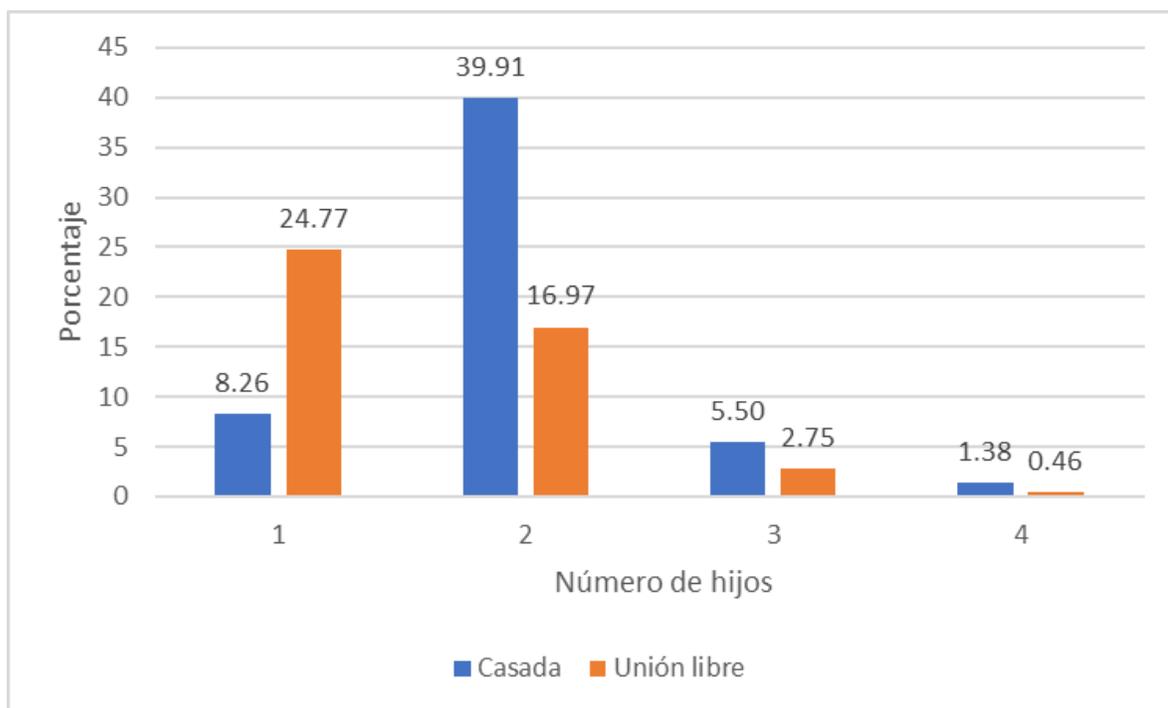
Fuente: Tabla 7.

Tabla 8. Cantidad de hijos respecto al estado civil de las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.

Estado civil \ Número de hijos	Casada		Unión libre		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
1	18	8.26	54	24.77	72	33.03
2	87	39.91	37	16.97	124	56.88
3	12	5.50	6	2.75	18	8.26
4	3	1.38	1	0.46	4	1.83
Total	120	55.05	98	44.95	218	100

Fuente: base de datos

Gráfica 8 Cantidad de hijos respecto al estado civil de las usuarias de método de planificación hormonal de la UMF No 220.



Fuente: Tabla 8.

XI. CONCLUSIONES

En el presente estudio se investigó la satisfacción marital y su asociación con funcionalidad conyugal en usuarias de método de planificación familiar hormonal de la UMF No. 220, periodo 2019, para lo cual se aplicó la prueba estadística Chi cuadrada de Pearson, obteniendo un valor de $p=0.000$, siendo estadísticamente significativa, motivo por el cual se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la hipótesis alterna, por lo tanto los resultados demuestran que el nivel alto de satisfacción marital es el más frecuente asociado con un subsistema conyugal funcional en las usuarias de método de planificación familiar hormonal de la UMF 220.

Se identificó que el nivel de satisfacción marital más frecuente entre las participantes es un nivel de satisfacción marital media, mientras que la mayoría de las participantes consideran tener un subsistema conyugal con pareja funcional.

Respecto a la satisfacción marital y el número de hijos, se concluye que a menor cantidad de hijos existe un mejor nivel de satisfacción marital y viceversa; en cuanto a la satisfacción marital y el estado civil, no se observa diferencia significativa respecto a un nivel de satisfacción marital alta entre participantes casadas o en unión libre. Se identificó que los anticonceptivos hormonales de larga duración (DIU Mirena e implante subdérmico) se utilizan con mayor frecuencia, sin importar el nivel de satisfacción marital, mientras que no se encontró participantes que utilizaran anticonceptivos orales o inyectables con un nivel de satisfacción marital baja; no se encuentra referencia bibliográfica que investigue sobre estos datos.

Respecto a la funcionalidad conyugal y grupo etario se identifica que la mayoría de las participantes están entre los 15-25 años de edad, siendo parejas funcionales o disfunción moderada del subsistema conyugal; es más frecuente que a mayor edad de participante el subsistema conyugal presente una disfunción moderada o severa.

También se identifica que a mayor grado de estudio presentan un mayor porcentaje de disfunción del subsistema conyugal. Existe una relación inversa donde a menor

escolaridad las participantes tienen mayor número de hijos. En lo referente a la cantidad de hijos y el estado civil de las participantes, se identifica que a mayor cantidad de hijos la mayoría de las participantes se encuentran casadas.

XII. RECOMENDACIONES

Recordando que la especialidad de medicina familiar tiene un enfoque preventivo, se proporcionan las siguientes recomendaciones, con el fin de mejorar nuestra actividad diaria como médicos familiares:

- Fomentar una buena relación médico paciente.
- Investigar el nivel de satisfacción marital y el funcionamiento del subsistema conyugal, con el objetivo descubrir insatisfacciones que puedan generar más adelante algún grado de disfunción en el subsistema conyugal.
- Realizar intervenciones de manera oportuna al detectar algún grado de disfunción en el subsistema conyugal.
- Conocer y proporcionar estrategias de mantenimiento de satisfacción marital involucrando a ambos integrantes de la pareja, teniendo en cuenta las variables sociodemográficas de nuestros pacientes.
- Reforzar la promoción de métodos de planificación familiar a las pacientes que se encuentren en edad reproductiva, sin importar el motivo de consulta y su estado civil, con el objetivo de disminuir la tasa de natalidad, morbilidad y mortalidad materna y perinatal, mejorando con esto la situación económica de las familias en nuestro país.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Zicavo N., Vera C. Incidencia del ajuste diático y sentido del humor en la satisfacción marital. Rev. Psicol. Trujillo. Perú 2011.13(1):74-89.
- 2 Miranda P., Ávila R. Estimación de la magnitud de la satisfacción marital en función de los años de Matrimonio. Rev. Inetercontinental de Psicología y Educación. 2008. 10(2): 57-77.
- 3 Armenta C., Sánchez R. Efectos de la cultura sobre las estrategias de mantenimiento y satisfacción marital. Acta de Investigación Psicológica. UNAM, Facultad de Psicología 2014.4 (2):1572-1584.
- 4 García Estrada H. Intimidación Sexual, satisfacción marital y temas de conversación en el subsistema conyugal del paciente con diabetes mellitus Tipo 2. En la Unidad de Medicina Familiar No. 64. Universidad Autónoma del Estado de México. 2012.
- 5 Anzures R. Medicina Familiar. Corporativo Intermédica. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. Segunda edición 2013. P. 326.
- 6 Hernández N., Alberti M., Núñez J., Samaniego M. Relaciones de género y Satisfacción marital en Comunidades Rurales de Texcoco, Estado de México. Revista internacional de ciencias sociales y Humanidades. SOCIOTAM. 21(1).2011:39-64
- 7 Sosa Quintana M. La satisfacción marital y los patrones de comunicación en la pareja conyugal. Facultad de ciencias jurídicas y sociales. Universidad Argentina de la Empresa. 2015. P. 7-15.
- 8 Ávila R., Miranda P., Juárez A. Contribución del número de hijos a la magnitud de la satisfacción marital. International Journal of Psychological Research. 2009. 2(1): 35-43.
- 9 Bastida R., Valdez J., Valor I., González N., Rivera S.. Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2017. 26 (1):95-102
- 10 Nina Estrella R. ¿Qué Nos Mantiene Juntos? Explorando el Compromiso y las Estrategias de Mantenimiento en la Relación Marital. Rev Intercont De Psic y Educ. 2011;13(2):197-220.

- 11 Moral J. Validación de la Escala de Valoración de la relación en una muestra mexicana. Revista Electrónica de Metodología Aplicada. Facultad de Psicología. UANL. 2008.13.(1): 1-12.
- 12 Membrillo Luna A. Familia Introducción al estudio de sus elementos. Editores de Textos Mexicanos. México 2008.
- 13 De Revilla L., La familia como sistema. FMC- Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2007. 14. (1): 8-18
- 14 Huerta González J. L. Medicina familiar. La medicina en el proceso salud-enfermedad. Biblioteca de Medicina Familiar. Editorial Alfil 2005.
- 15 Jimenez N., Lima J., Lima M. Relación entre variables familiares y el ajuste conyugal. Atención Primaria, 2018, 50(4): 205-212.
- 16 Villegas M., Mayor P. La dimensión estructural y evolutiva en las relaciones de pareja Acción Psicológica, Universidad Nacional de Educación a Distancia Madrid, España. 2012. 9 (2): 97-109
- 17 Rivera J., Nájera A. Subsistema conyugal en el control glucémico del paciente diabético del hospital naval de especialidades de Veracruz. Rev. Mex. de Med. Fam. 2018. 2018(1):14-20.
- 18 Conceptos básicos para el estudio de la familia. Archivos de Medicina Familiar. 2005. 7 (1):15-19
- 19 Salazar E., Boschetti B., Monrroy C., Ponce R., Irigoyen A. Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores. Archivos en Medicina Familiar. 2005. 7 82):45-48.
- 20 Abril R., Cuba M. Introducción a la Medicina Familiar. Act. Med. Per. 2013. 30 (1):31-36.
- 21 Pavón N., Dickinson M., González C. El Climaterio como factor de riesgo en casos de disfunción conyugal. Atención Familiar. 2015. 21 (2):35-38.
- 22 De los servicios de planificación familiar. Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993. Diario Oficial de la Nación, 30 de mayo de 1994.
- 23 Programa de Acción Específico. Planificación familiar 2013-2018
- 24 Programa de Acción: Salud Reproductiva. Secretaria de prevención y protección de la salud. Primera Edición 2001.

- 25 Programa de Acción Específico Planificación familiar y anticoncepción 2013-2018. Programa Sectorial de Salud.
- 26 Planificación familiar. Nota descriptiva. OMS 2018. www.who.int/news-room/fact-room/fact-sheets/detail/family-plannin-contraception
- 27 Introducción a los métodos anticonceptivos: información general. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. Segunda edición noviembre 2002. P. 30-31.
- 28 Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Tercera edición, 2018.
- 29 Planned Parenthood. Federación of America, Inc. Publicado por la Biblioteca Katharine Dexter McCormick. Enero 2012 www.plannedparenthood.org
- 30 Katzive C. Margaret Sanger: Demonstrating Leadership and Legacy Through Her Crusade For Women's Reproductive Rights. The historial teacher. 2015. 49 (1):127-138.
- 31 The "Marker Degradation" and creation of the Mexican Steroid Hormone industry 1938-1945. American Chemical Society. Sociedad Química de México. 1999.
- 32 Montenegro E., Lara R., Velásquez N. Implantes anticonceptivos. Perinatol Reprod Hum. 2015. 19:31-43
- 33 Mendoza L., Soler E., Sainz L., Gil. I, Mendoza H., Pérez C. Al. Análisis de la Dinámica y funcionalidad familiar en Atención primaria. Archivos en Medicina Familiar. 2006. 8 (1):27-32.
- 34 Ávila R., Miranda P., Juárez A. Contribución del número de hijos a la magnitud de la satisfacción marital. International Journal of Psychological Research. 2009. 2 (1):35-43.
- 35 Múnera F., Salamanca D., Mora S. Reflexiones sobre el rol de medicina familiar y la atención primaria de Salud. Atención Familiar. 20013. 20 (1):28-30
- 36 Pick S., Andrade P. Relación entre el número de hijos, la satisfacción marital y la comunicación con el cónyuge. Salud Mental. 1988. 11. (3):15-18.

XIV. ANEXOS

XIV.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS
DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGR/UMF 220

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

“SATISFACCIÓN MARITAL Y SU ASOCIACIÓN CON FUNCIONALIDAD CONYUGAL EN USUARIAS DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR HORMONAL DE LA UMF No 220, PERIODO 2019”

Investigador Principal	E. EN M. F. MARÍA EMILIANA AVILÉS SÁNCHEZ
Investigador Asociado o Tesista	M. C. P. NADIA VIVIANA ASTUDILLO LUJA
Número de registro:	
Financiamiento (si Aplica)	Ninguno
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 220 Toluca de Lerdo, Estado México 2019
Riesgo de la Investigación:	Riesgo mínimo
Propósito del estudio:	Dicho estudio nos indicara la asociación entre el nivel de satisfacción marital y el grado de funcionalidad del subsistema conyugal en usuarias de método de planificación familiar hormonal de la UMF 220. Usted es formalmente invitado a participar por las características personales que posee, así mismo serán invitados otras personas más que comparten algunas características como las que usted cuenta. Por favor lea la información de este formato y haga las preguntas que desee antes de decidir participar o no en la investigación.
Procedimientos:	Si usted acepta participar en el estudio, se le realizara un cuestionario que evaluará el nivel de satisfacción marital (saber qué tan satisfecho se siente usted con su pareja) y otro para conocer el grado de funcionalidad conyugal (saber si su relación de pareja está funcionando de manera adecuada o padece de cierto grado de disfunción).
Posibles riesgos y molestias:	Riesgo mínimo al involucrar aspectos psicológicos. Las posibles molestias serian incomodidad por el tipo de preguntas acerca de la relación que usted posee con su pareja.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los participantes no recibirán ningún pago, tampoco les implicara gastos; los beneficios directos son: saber qué tan satisfecho se siente usted con su pareja y si su relación de pareja está funcionando de manera adecuada o padece de cierto grado de disfunción.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento (ensayos clínicos)	Se dará a conocer los resultados de los cuestionarios aplicados de manera confidencial y personal a quien lo solicite, en el cual le haremos saber su nivel de satisfacción marital y funcionalidad conyugal.
Participación o retiro:	Su participación será completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectado en cuanto a su atención medica que recibe por parte de los servicios de salud del IMSS, si en un momento decide participar y posteriormente cambia de opinión, pueden abandonar el estudio en cualquier momento, sin modificar los beneficios que tienen como derechohabiente del IMSS.

Privacidad y confidencialidad:

La información que se nos proporcione será estrictamente confidencial y resguardada a los propósitos únicos del estudio, la base de datos estará protegida por una clave de acceso, sólo el equipo de investigación podrá tener acceso a dicha información, cuando los resultados sean publicados, presentados en foros o conferencias no existirá información que pudiera revelar su identidad.

Autoriza usted que la información obtenida en este estudio se utilice:

Solo para este estudio

Para investigaciones futuras

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

E. en M.F. María Emiliana Avilés Sánchez dra.cya1214@outlook.com, Tesista M.C. Nadia Viviana Astudillo Luja. naviaslu@gmail.com del HGR/UMF 220 Avenida Paseo Tollocan No 620 Colonia Vértice, CP 50150, puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 14:00 horas, al teléfono 01 722 2 17 0733 ext. 244, o bien; puede acudir a esta unidad con domicilio tal en el mismo horario y días.

Colaboradores:

M.C: Nadia Viviana Astudillo Luja, Residente de la especialidad de Medicina Familiar; Lugar de trabajo: HGR con UMF 220 IMSS.

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse al Comité de Ética en Investigación 15058, Unidad de Medicina Familiar Número 222 del IMSS: Calle Josefa Ortiz de Domínguez Esquina Avenida José Ma. Morelos y Pavón e Hidalgo, Colonia Santa Clara. Toluca, Estado de México, CP. 50000. Teléfono (722) 2798000 extensión 1320, de lunes a viernes, en un horario de 08:00 a 16:00 hrs., correo electrónico: comite.etica15058@gmail.com

Nombre, firma y fecha del participante

Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria

Testigo 2

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó este formato en mi presencia, de manera voluntaria

Nombre, relación y firma

Nombre, relación y firma

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

43

XIV.2 FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGR CON UMF NO. 220
“GENERAL JOSÉ VICENTE VILLADA”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE MUJERES USUARIAS DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR HORMONAL DE LA UMF No 220:

1. Edad: _____
2. Estado civil: _____
3. Número de hijos: _____
4. Escolaridad: _____
5. Método de planificación empleado: _____

ESCALA DE SATISFACCION MARITAL

(Pick y Andrade, 1988)

Instrucciones: En base a las expectativas que cada uno tiene sobre su vida matrimonial, las siguientes preguntas deberán ser respondidas de acuerdo con el nivel de satisfacción que siente en relación con su conyugue. Es importante recalcar que no hay respuestas buenas o malas, y que los resultados son confidenciales.

No me satisface	Me satisface poco	Me satisface mucho
1	2	3

ITEMS	PREGUNTA	No me satisface	Me satisface poco	Me satisface mucho

1	La frecuencia con la que mi conyugue me dice algo bonito			
2	La forma con la que mi conyugue trata de solucionar sus problemas			
3	El tiempo que dedica a mi			
4	La forma en que se comporta cuando esta de mal humor			
5	La comunicación con mi conyugue			
6	La forma como mi conyugue se organiza			
7	El cuidado que mi conyugue tiene a su salud			
8	El tiempo que dedica a si mismo			
9	La frecuencia con que mi conyugue me abraza			
10	El tiempo que mi conyugue dedica a nuestro matrimonio			
11	Las prioridades que mi conyugue tiene en la vida			
12	La atención que mi conyugue pone a mi apariencia			
13	La forma cómo pasa el tiempo libre			
14	Las reglas que mi conyugue hace para que se sigan en casa			
15	La forma como se comporta cuando está enojado			
16	La conducta de mi conyugue enfrente de otras personas			
17	La forma como me pide que tengamos relaciones sexuales			

18	La forma en que se comporta cuando está preocupado			
19	La reacción de mi conyugue cuando no quiero tener relaciones sexuales			
20	El tiempo que pasamos juntos			
21	La forma en que se comporta cuando esta triste			
22	El interés que mi conyugue pone en lo que yo hago			
23	La puntualidad de mi conyugue			
24	El grado el cual mi conyugue me atiende			

EVALUCIÓN DEL SUBSISTEMA CONYUGAL (ESCALA CHAVEZ-VELASCO)

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente y responda cada uno de los enunciados según el grado de satisfacción de cada pregunta según corresponda:

0= Poca satisfacción (nunca)

5= Moderada satisfacción (ocasional)

10= Gran satisfacción (siempre)

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) Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	5	10
II. Adjudicación y asunción de roles			

a) La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	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 importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15