



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON
PROBLEMAS DE INFERTILIDAD PRIMARIA EN COMPARACIÓN CON
MUJERES FERTILES EN LA UNIDAD MEDICA DE ALTA
ESPECIALIDAD DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA "LUIS
CASTELAZO AYALA" DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL.**

T E S I S
QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN
LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A
DRA. CRUZ BLANCAS MARIA DEL ROSARIO

ASESOR CLINICO
DR. HUGO SANCHEZ MARTINEZ MEDICO GINECOBSTETRA.

ASESOR EXPERIMENTAL
DR. FERNANDO CRUZ CASTILLO MÈDICO FAMILIAR.

DR. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCÍA
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LA UMF No. 8
GILBERTO FLORES IZQUIERDO I.M.S.S.

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR

CD. DE MÉXICO, D. F. FEBRERO 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

No DE REGISTRO:

Cohesión y Adaptabilidad Familiar en mujeres con problemas de infertilidad primaria, en comparación con mujeres fértiles en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Gineco obstetricia “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

AUTORES: Dra. María del Rosario Cruz Blancas

Dr. Fernando Cruz Castillo. Dr. Hugo Sánchez Martínez

OBJETIVO: Determinar el grado de cohesión y adaptabilidad familiar en mujeres con problemas de infertilidad primaria y mujeres fértiles en el Hospital Gineco obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MATERIALY METODOS: Se realizó un estudio transversal, comparativo, observacional, y descriptivo de mujeres que acudieron al servicio de Biología de la Reproducción del UMAE “Luis Castelazo Ayala”. Con una muestra total de 116 mujeres, divididas en, 58 mujeres con infertilidad primaria que acuden a la consulta externa de los consultorios 6, 7 y 8; que atienden pacientes de la Clínica de Biología de la Reproducción y se compararon con 58 parejas con características semejantes en cuanto a años de casados, edad, escolaridad, pero que nunca hubieran presentado infertilidad. La edad promedio fue de 18 a 41 años con un mínimo de 3 años de casados. Evaluadas mediante el instrumento de funcionalidad familiar FACES III.

RESULTADOS: El total de mujeres estudiadas, se divido en dos grupos mujeres fértiles e infértiles para el grupo de mujeres fértiles dentro del nivel de cohesión y adaptabilidad extrema represento 11(18.8%), dentro del rango medio 26 (44.6%), y para el nivel de equilibradas 21(36.1%). Para las mujeres infértiles el nivel extremo represento 3(5.2%), en nivel medio 24(41.2%), para el nivel de equilibradas 31(53.5%). El tipo de familias que predomino en las mujeres fértiles fue flexibles semi-relacionadas (13.8%) seguidas por caóticas relacionadas (10.3%), y para las mujeres infértiles fue flexibles semi-relacionadas (25.9%), seguida de estructurada semi-relacionada (19.0%). El nivel de escolaridad y la ocupación no influyeron de manera importante sobre la fertilidad de las pacientes.

CONCLUSIONES: El estudio demostró al aplicar la prueba estadística U de Mann Wytnhey para cohesión una $P = .383$, y una adaptabilidad con $P = .120$ por lo que no se observo significancia estadística en ambos grupos en el aspecto de cohesión y adaptabilidad familiar de las mujeres estudiadas.

PALABRAS CLAVE:

infertilidad, funcionalidad familiar, cohesión y adaptabilidad.

COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN MUJERES CON PROBLEMAS DE INFERTILIDAD PRIMARIA, EN COMPARACIÓN CON MUJERES FÉRTILES EN LA UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD DEL HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA “LUIS CASTELAZO AYALA” DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8
“GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA
**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION
EN SALUD DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 “GILBERTO FLORES
IZQUIERDO”**

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
**ADJUNTA AL COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

ASESOR CLINICO

**DR. HUGO SANCHEZ MARTINEZ MEDICO GINECOBSTETRA
ADSCRITO AL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL H.G.Z.
No. 8 GILBERTO FLORES IZQUIERDO.**

ASESOR EXPERIMENTAL

**DR. FERNANDO CRUZ CASTILLO MÈDICO FAMILIAR, ADSCRITO AL
SERVICIO DE URGENCIAS DEL H.G.Z. No 8 GILBERTO FLORES
IZQUIERDO.**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres porque sin su apoyo incondicional nunca hubiera logrado mi meta.

A mis hijos Jatziri, Italibi y Emiliano gracias por darme su tiempo, tiempo que debí haber pasado con ellos.

A mi compañero de toda la vida Gilberto.

Agradezco por su ayuda a la Dra. Dickinson y al Dr. Sebastián Carranza Lira. Así como a mis asesores de tesis Dr. Fernando Cruz Castillo y Dr. Hugo Sánchez Martínez. Y especialmente al Dr. Gilberto Espinoza Anrubio.

INDICE

| | PAGINAS |
|--|---------|
| ANTECEDENTES..... | 1 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 11 |
| JUSTIFICACION..... | 12 |
| OBJETIVOS..... | 13 |
| HIPOTESIS..... | 14 |
| MATERIALES Y METODOS | 15 |
| TIPO DE ESTUDIO | 15 |
| DISEÑO DEL INVESTIGACION | 16 |
| POBLACION, LUGAR Y TIEMPO..... | 17 |
| MUESTRA..... | 17 |
| CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION..... | 18 |
| VARIABLES..... | 19 |

| | PAGINAS |
|--|----------------|
| DISEÑO ESTADISTICO | 21 |
| INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS | 22 |
| METODOS DE RECOLECCION DE DATOS | 25 |
| MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS | 26 |
| CRONOGRAMA | 27 |
| RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO..... | 28 |
| CONSIDERACIONES ETICAS..... | 29 |
| RESULTADOS..... | 30 |
| DISCUSION..... | 47 |
| CONCLUSIONES..... | 48 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 49 |
| ANEXOS..... | 51 |

INTRODUCCION

El buscar un embarazo parecería una situación tan sencilla como tener relaciones sexuales en los días fértiles y sin ningún método anticonceptivo, sin embargo están implicados muchos factores tanto fisiológicos como anatómicos y porque no decirlo también psicológicos.

Para que una mujer logre un embarazo es necesario que un óvulo sea liberado por el ovario que debe ser fecundado en un lapso aproximado de 12 horas por un espermatozoide en el tercio externo de las tubas uterinas.

Para que el ovulo sea liberado cada mes tiene que haber un equilibrio de diferentes hormonas (HL) (FSH) de manera precisa y bien controlada agregándose posteriormente la producción de progesterona por el ovario, después de la ovulación, con la finalidad de mantener el endometrio funcional. Una vez liberado el óvulo sale a la cavidad abdominal donde es captado por las fimbrias de una tuba uterina y cuando el espermatozoide se encuentra con él, ocurre la fecundación, la cual una vez ocurrida, el óvulo empieza a dividirse de una célula a dos y luego a cuatro y así sucesivamente, al mismo tiempo se lleva a cabo la migración hacia la cavidad uterina, cuyo endometrio ya preparado recibe al blastocisto y se lleva a cabo la implantación.(1)

El proceso natural de la reproducción humana no siempre es posible en las parejas en edad reproductiva, ya que actualmente el 8% de las parejas en el mundo (80 millones de personas) presentan alguna forma de infertilidad. En Estados Unidos afecta a 1 de cada 6 parejas y en México se habla de más de 1.5 millones de parejas que padecen infertilidad en el 2005 según el INEGI. De acuerdo a datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud y la OMS: en México el 18% de parejas padecen infertilidad.

La infertilidad implica una deficiencia que no compromete la integridad física de los individuos ni amenaza su vida, sin embargo dicho problema puede tener impacto negativo tanto en el desarrollo personal individual como en la pareja, lo cual produce frustración y debilita la personalidad ya que la mayoría de las parejas de nuestro medio considera como objetivo principal tener hijos. Este sentimiento de desagrado o impotencia oscila desde una leve contrariedad hasta una grave amenaza contra la personalidad misma o de la pareja, lo cual conduce a alteraciones en la funcionalidad de la pareja e incluso puede ocasionar la separación. (2)

Descubrir que no se puede lograr un embarazo es una situación difícil para la cual la mayoría de las parejas no esta preparada. Por lo que la infertilidad condiciona una crisis en la pareja, desde el punto de vista de la medicina familiar representaría una crisis paranormativa ya que no es esperada y cuando los recursos habituales no son suficientes para sobrepasarla y arriesga metas y objetivos, afloran múltiples sentimientos inconscientes que a su vez causan dificultades en las relaciones de pareja, sociales, y con la familia, que entorpecen el tratamiento. El cual, anteriormente estaba centrado en la mujer, ahora se le presta igual atención al hombre y no solo en el aspecto de la salud sino también en el aspecto psicológico como integrante de una pareja. (3)

ANTECEDENTES :

Desde tiempos remotos en diferentes culturas y religiones la humanidad atribuye la fertilidad propiedades asombrosas. A través del tiempo se le ha considerado como regalo divino, prueba de valía, evidencia de potencia sexual, demostración de desarrollo pleno, forma de perpetuarse etc.

La ausencia de fertilidad ha originado creencias como el que se debe ha castigo de Dios, minusvalía y merecimientos y representa el fin de una estirpe, falta de sentido de la vida. Estos y muchos otros mitos justificaron en la historia prácticas tan absurdas como otorgar carácter legal al divorcio de la mujer que no puede reproducirse y aún en el ámbito religioso la infertilidad es causal de anulación del vínculo matrimonial, justificar que un hombre tenga hijos con otra mujer con el consentimiento de su esposa infértil, formas aberrantes de adopción, o relaciones extramaritales.

El tratamiento en el siglo XVIII incluían consejos acerca de que la satisfacción sexual mutua, visitas a lugares cálidos y medicina herbolaria prescrita por parteras.

“En 1975 la OMS daba como definición preferida de infertilidad más de 24 meses de relaciones sin protección”. Después la OMS cambia esta definición a “falta de concepción después de 12 meses de relaciones sexuales sin protección.” (4)

Aún en la actualidad es frecuente que la infertilidad ponga en peligro la estabilidad familiar y sea causa de divorcios. Así como de búsqueda de soluciones mágicas.

En algunos artículos, se describe la repercusión que tiene la infertilidad sobre el individuo, afectando primordialmente a la mujer, esto debido a que es ella quien lleva durante la gestación al producto y da a luz, amén de los aspectos sociales y culturales que le demandan el cumplimiento de este rol. (5)

La relación de pareja se ve afectada, ya que al iniciar tratamiento para la infertilidad esto genera ansiedad, aunada a la presión emocional de las presiones sociales económicas y familiares, que pueden afectar el auto concepto, las relaciones interpersonales e incluso las relaciones de trabajo.

Las relaciones sexuales también se afectan ya que estas deben realizarse de acuerdo a los días fértiles de la mujer y les roba espontaneidad, disminuye el interés, lo cual produce depresión enojo y culpa.

DEFINICIÓN:

Para entender el concepto y la diferencia debemos definir primero que se entiende por fertilidad, esterilidad e infertilidad.

a) “La fertilidad se define como la capacidad de concebir y procrear.”

Los términos de esterilidad e infertilidad frecuentemente se confunden. Esta confusión proviene de que a la fecundación del óvulo se le llama en inglés “fertilization”, término que se traduce erróneamente por fertilización.” “Y la incapacidad de fecundación se denomina infertility o sterility, los norteamericanos los utilizan como sinónimos, en cambio en español esta incapacidad debe designarse como esterilidad, y la fertilidad en nuestra lengua se refiere a las posibilidades del desarrollo de una semilla en un terreno, por ende para nosotros la esterilidad es la incapacidad de la pareja para obtener un ovulo fecundado.”

E infertilidad: “es la incapacidad de llevar a la viabilidad un producto que ha sido concebido” (6)

Otros conceptos la definen como :

b) “ Infertilidad o infecundidad se define como un año de actividad coital, sin medidas anticonceptivas y sin que ocurra embarazo”.

c) “La infertilidad es la ausencia de concepción en una pareja que ha tenido relaciones sexuales durante un año, sin protección anticonceptiva.”

Pueden presentarse de dos formas:

“Primaria cuando no existe antecedente de concepción.”

“Secundaria cuando ha ocurrido un embarazo previo, aunque no necesariamente con un nacido vivo.”

“Secundaria cuando se ha logrado una concepción previamente y después de 1 año de intento sin anticonceptivos no es posible.” (,6)

La definición clínica de infertilidad es relativamente imprecisa ya que no refleja al amplio espectro de potencial fértil, la definición implica la existencia de una cierta dicotomía, el enfoque clínico de la fertilidad e infertilidad podría mejorarse con la introducción del concepto de fecundabilidad. “La fecundabilidad se definiría como la probabilidad de lograr un embarazo en un ciclo menstrual”, y que se logra aproximadamente en 0.25 de las parejas jóvenes normales.

En esta tesis el concepto de infertilidad que se utilizará es “La ausencia de concepción en una pareja que ha tenido relaciones sexuales durante dos años, sin protección anticonceptiva.”⁶

ENFERMEDADES QUE PROVOCAN INFERTILIDAD O SE ASOCIAN CON ELLA.

La mayoría de las clasificaciones de los trastornos médicos que causan infertilidad dividen al problema en factores femeninos y masculinos. El equipo de trabajo sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Infertilidad de la Organización Mundial de la Salud realizó un estudio en 8,500 parejas infértiles utilizando un protocolo diagnóstico estandarizado. El componente femenino ocupó un 37%, al componente masculino en un 8%, y a ambos componentes en el 35% de las parejas. En un 5% no se logró identificar la causa y en un 15% las parejas lograron un embarazo durante el estudio. Las enfermedades identificadas con mayor frecuencia en la mujer fueron trastornos ovulatorios, (25%), adherencias pelvianas (12%), obstrucción tubaria (11%), otras anomalías de las tubas uterinas (11%), hiperprolactinemia (7%) y endometriosis (5%). No se documentó ninguna enfermedad en el 20% de las parejas.

En una revisión de 21 artículos publicados que abarcaron 14% de parejas infértiles Collins comunicó que los principales diagnósticos fueron trastornos ovulatorios en 27%, parámetros seminales anormales 25% y alteraciones tubarias 22%.

Resumiendo podemos mencionar que las principales causas de infertilidad son:

1. Alteraciones de la producción de ovocito competente, factor ovulatorio o depleción del pool de ovocitos.
2. Alteraciones del transporte de los espermatozoides, el ovocito o el embrión en el tracto superior.
3. Alteraciones del proceso de implantación incluidos defectos tempranos del desarrollo embrionario y de la interacción embrión-endometrio.
4. Alteración en la producción de espermatozoides.
5. Otras condiciones como trastornos inmunológicos que pueden afectar diversos componentes del proceso.

La impresión general es que la incidencia de la infertilidad va en aumento en la época actual con cifras que varían entre 15 y 20%. Muchos factores emergentes se señalan como fundamentales en este incremento como aparición de nuevas enfermedades de transmisión sexual, la disminución de la fertilidad masculina.

En la actualidad el ambiente reproductivo ha cambiado ya que las mujeres inician su vida sexual más temprano, por lo tanto usan por más tiempo métodos anticonceptivos, lo que propicia un mayor número de infecciones genitales, consumo elevado de tabaco, alcohol y otras drogas pero sobre todo la mayor edad materna debido a que la mujer lleva a cabo sus estudios profesionales, posgrado, maestría y algunas hasta doctorado y luego requieren un tiempo para desarrollarse como profesionistas y para cuando decide buscar un embarazo tiene más de 35 años de edad.

En México existen limitaciones para conocer con precisión el número de parejas infértiles. A pesar del alto índice de crecimiento poblacional mexicano hay datos que permiten suponer que el 15% es una cifra que se aproxima a la realidad.

La fertilidad es máxima en la mujer entre los 24 y 26 años de edad declina en forma gradual después de los 30 con una caída más acentuada alrededor de los 35 más por alteraciones en la función ovulatoria o en la viabilidad del óvulo.

En el hombre la fertilidad es máxima en edad similar a la de la mujer y el declive inicia después de los 35 años. El efecto de la edad paterna en la frecuencia de abortos espontáneos es indiscutible. Pero no en la misma magnitud de la mujer.

El número de embarazos aumenta a mayor número de relaciones sexuales en el periodo ovulatorio. Las eyaculaciones frecuentes mejoran la calidad del semen y el número ideal de relaciones sexuales para lograr un embarazo es de cuatro o más veces a la semana.

FACTORES DE RIESGO

Tabaquismo

La identificación de al menos 43 carcinógenos y más de 300 hidrocarburos aromáticos, así como bencenos amoníaco, acetona, plomo, metanol y otros son suficientes para explicar las repercusiones en la salud general, reproductiva y perinatal. En la mujer son mayores las repercusiones del tabaquismo y en el varón con cuenta límite de espermatozoides.

El alcohol produce en el varón atrofia testicular pero no hay significancia entre ingestión de alcohol y mala calidad seminal.

Entre los matrimonios de 15 a 44 años de edad en los Estados Unidos, aproximadamente el 13% refirió infertilidad. Este porcentaje representaba alrededor del 5 millones de parejas. En México los factores psicológicos que con más frecuencia intervienen en la depresión son a consecuencia de pérdidas o deterioro de relaciones con personas emocionalmente importantes así mismo de salud, status social, o prestigio, autoestima, autoconfianza seguridad fantasías o lograr una meta importante.

LA FAMILIA COMO SISTEMA

La unión de un hombre y una mujer son el fundamento del inicio de la vida familiar, a través de la procreación y crianza de los hijos se va fincando su responsabilidad en el ámbito familiar y social, lo cual refleja la expresión básica y fundamental de la naturaleza social del ser humano.

FAMILIA:

“Un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio que interactúan y conviven en forma más o menos permanente, y que en general comparten factores biológicos psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar.” Santacruz (1983).

Para comprender mejor las reacciones de la pareja hacia un problema de esta índole debemos conocer primero que es la familia a la cual se le considera como un sistema primario el más poderoso al que pertenece un individuo, y el cual proporciona bienestar integral a sus individuos, tiene un origen y un ciclo, que se inicia con la elección y formación de la pareja. (7)

Pasando posteriormente al ciclo natural de una pareja, la cual presenta una historia natural con etapas sucesivas de desarrollo y en cada fase tiende a irse adaptando a las modificaciones estructurales y funcionales de cada etapa.

Duvall en 1977 desarrolla un esquema en ocho fases del ciclo vital de la familia:

1. Parejas casadas sin hijos
2. Familias con hijos pequeños.
3. Familias con niños en edad preescolar.
4. Familias con niños en edad escolar.
5. Familias con hijos adolescentes.
6. Familias con hijos que comienzan a separarse.
7. Padres en edad madura.
8. Familia de ancianos. (8)

Existe otra clasificación realizada por Geyman:

Fase de matrimonio: Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo

Fase de expansión: Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”

Fase de dispersión: Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.

Fase de independencia: Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen.

Fase de retiro y muerte: Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.

En cualquiera de los dos casos se toma en cuenta a la pareja recién formada y sin hijos, nuestras familias en estudio pertenecen a esta primera fase de cualquiera de las dos clasificaciones y por ende se enfrenta a diversos problemas uno de ellos y del cual se derivan muchas anomalías es la funcionalidad familiar.

La pareja y la familia pueden ser conceptualizadas como sistemas o entidades que conforman unidades con historia y dinámicas propias que actúan con el medio, con el cual continuamente ocurren transacciones interpersonales. Cualquier cambio interno o externo repercute en la familia afectando su equilibrio, estas reacciones alcanzan a veces un grado tal que pueden registrarse como signos o síntomas patológicos. (9)

Todo desarrollo familiar incluye pérdidas y adquisiciones de algunas pautas de relación, las cuales se deben a cambios en la cantidad de los miembros del grupo familiar o cambio en las edades o bien a la modificación en las tareas o privilegios asignados a cada uno de sus integrantes.

La familia tiene mecanismos que tienden al mantenimiento del equilibrio y que ayudan a perpetuarla como sistema de vínculos complementarios y simétricos. Se reconocen en ella algunos patrones característicos de interacción que utilizan en forma regular y repetida con la intención de manejar las situaciones de estrés. Uno de esos patrones se denomina ciclo vital familiar que es una secuencia más o menos ordenada de sucesos previsible, hay también sucesos extraordinarios (no esperados) que afectan a algunas familias en este caso el de infertilidad.

Para encarar las tareas biopsicosociales que caracterizan a cada etapa, se requiere además de cierta cohesión y adaptabilidad del sistema familiar, una adecuada comunicación. (10)

La familia ante el nacimiento de un nuevo integrante o incluso de un nuevo miembro como sucede con el matrimonio de los hijos, adopción, convivencia, modifica muchos de los elementos que en ella existen, desde la forma disposicional de ubicarse en la estructura familiar, hasta la manera cómo se comunican entre ellos, el desempeño de los roles formales, y complementarios el tiempo de permanencia en casa y el lugar de permanencia en ella, las actividades que se venían realizando, la distribución racional del tiempo y otros, esta reacomodación va a permitir, la subsistencia, equilibrio y armonía en la familia.

RELACIONES ANTE LA INFERTILIDAD

“La enfermedad en la pareja tiene la posibilidad de afectar aspectos sustanciales de la relación de pareja como son la definición misma de la relación emocional, el equilibrio de dependencia mutua alcanzado antes de la enfermedad (en este caso la infertilidad), y la distribución de roles introduciendo desequilibrios importantes.” (11)

Mantstedt señala que la infertilidad crea una crisis de enormes proporciones ya que incluye en diferentes grados todas estas pérdidas para la pareja

Menning fue la primera en comparar y buscar equivalencias entre las reacciones que experimentan las parejas infértiles y los pacientes terminales de acuerdo con lo descrito por Kubler-Ross las reacciones más frecuentes fueron: Sorpresa, negación, aislamiento, enojo, cólera y agresión, culpa, y autoagresión. Búsqueda de culpables, búsqueda de significados con tal de ejercer control de la situación, depresión, incremento de la ansiedad y tensión confrontamiento de miedos asociados a la falta de hijos, sentimiento de pérdida, aceptación de la realidad centrarse en el presente y planear el futuro.

El deterioro en autoimagen y en pérdida de prestigio social repercute en la autoestima lo que condiciona patrones de conducta anormales y los logros personales, profesionales, familiares, e intelectuales se menosprecian.

La decisión de consultar a un especialista en fertilidad puede ser tan difícil como reconocer que se necesita ayuda. Como el tratamiento es prolongado las prioridades previas de la pareja pasan a segundo término y se empieza a fallar con obligaciones de trabajo lo que repercute de manera notable en la seguridad económica, a veces se requieren estudios o tratamientos costosos que implican además tiempo valioso y como lo habitual es que no existe cobertura por seguros médicos la situación se complica.

En un estudio se entrevistaron parejas con problemas de infertilidad donde perciben la infertilidad como algo frustrante en su proyecto de vida, altera el funcionamiento social, afecta la autoestima y la vida sexual de la pareja. (12)

Los sentimientos de culpa en la pareja se presenta como una forma de explicarse lo que esta sucediendo al tratar de encontrar una causa o razón que justifique la situación en que están. “Los esposos sanos sienten también una mezcla de culpa y resentimiento porque, a veces entienden que no están haciendo todo lo posible para ayudar a sus conyugues. Existe una cierta evidencia de que los conyugues más culpabilizados y resentidos son los más sobreprotectores.”

Entre los conceptos erróneos frecuentes para culparse están las relaciones sexuales premaritales, empleo previo de anticonceptivos, masturbación, abortos provocados, pensamientos homosexuales, experiencias extramaritales, o prácticas pecaminosas.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

“Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo evolutivo y las crisis que se presenten.” (12)

Al valorar la función de la familia, es útil explorar las expectativas de sus miembros acerca de sus obligaciones y las obligaciones de los demás.

Es importante recordar que en la etapa del ciclo evolutivo de la pareja existen factores físicos y biológicos que pueden contribuir a la presencia de crisis, como factores biológicos, podemos mencionar cuando los hijos salen de la casa, el envejecimiento de los padres, o los cambios hormonales que afectan el carácter y las relaciones sexuales.

La infertilidad es considerado un factor físico que puede provocar ruptura de la relación, cuando la pareja busca la procreación como el único sentido para estar juntos, entonces la falta de hijos puede ser causante de divorcio.

“La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo. El

afrontar estos factores de estrés depende, entre otros elementos, de su grado de cohesión, adaptabilidad y de la calidad de la comunicación que haya entre los miembros de la familia” (13)

Cohesión: unión íntima o estrecha entre los elementos de algo.

“Vinculación emocional entre los miembros, incluye cercanía, compromiso familiar individualidad, y tiempo compartido.”

Adaptabilidad: habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y las reglas de relación en función de las demandas situacionales o de desarrollo.” (13)

COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA

Es la otra dimensión para poder evaluar la funcionalidad familiar.

Comunicación: dimensión que facilita el movimiento familiar entre los tipos de familia y niveles de cohesión y estabilidad.

En toda comunicación se encuentra empatía y escucha activa por parte del receptor habilidades del emisor libertad de expresión claridad de expresión continuidad, respeto y consideración. Cuando se efectúa la comunicación pueden presentarse problemas en cualquier parte del sistema.

Cuando la función de una familia falla, la comunicación afectiva es la primera que se ve afectada, cuando la comunicación instrumental también se rompe, es más factible que se presenten comunicaciones enmascaradas y desplazadas en la medida en que las familias sufren mayor perturbación en su función. De ahí que puede existir imposibilidad de comunicación entre el esposo sano y el esposo infértil por sentimientos calificados de vergonzosos. Aunque también existe la posibilidad de aprender a tolerarse y perdonarse las ocasionales explosiones producto de la tensión y la fatiga a que pueden estar sometidos. Como lo concluye un estudio epidemiológico realizado en 2250 hombres y mujeres en tratamiento de la infertilidad donde fueron calificados como positivos los efectos dentro del matrimonio. (13)

A los médicos familiares nos interesa la evaluación de la funcionalidad familiar en la medida que nos permite comprender cómo los daños a la salud (entendidos como factores de estrés individual y familiar) son manejados por las familias.

La evaluación de la funcionalidad familiar tiene como propósito establecer una serie de tareas de carácter clínico dirigidas a un manejo médico más integral de los daños a la salud, así como la previsión de intervenciones de otros miembros del equipo de salud. De esta manera, la evaluación de la funcionalidad familiar favorece el cumplimiento de las premisas de la práctica de la medicina familiar como son continuidad de la atención, evaluación integral del proceso salud-enfermedad en los individuos y sus familias, y anticipación a los daños a la salud mediante un enfoque de riesgo.

CRISIS

Denominamos crisis a un estado de situaciones en la cual es inminente un cambio en un sentido o en otro, los sistemas pueden sentirse amenazados o pueden intentar poner en marcha soluciones contraproducentes (hacer todo para que no cambie nada). Se produce una crisis cuando una tensión afecta a un sistema y requiere cambios la tensión es una fuerza que tiende a distorsionar y es específica de cada sistema, es decir lo que es tensionante para una familia puede no serlo para otra.

Esto se debe a que la tensión se vive como tal en relación con los valores y expectativas propias de cada sistema, la tensión puede ser manifiesta, aislada, permanente, universal o intrínseca.

Las crisis de desarrollo o normativas son crisis universales y previsibles, están relacionadas con el ciclo evolutivo familiar y pueden ser matrimonio, nacimiento de un hijo, edad escolar, adolescencia, emancipación y pareja retirada.

Crisis paranormativas. Son aquellas en las cuales suceden cosas inesperadas pueden ocasionar inestabilidad y producir una necesidad de reorganización familiar por ejemplo la muerte de alguno de los miembros o el no poder tener hijos.

Los recursos individuales y de la pareja juegan un papel primordial en el caso específico del evento infertilidad, la solidez y estabilidad de las relaciones de la pareja el nivel de comprensión, seguridad y apoyo, el bienestar psicológico, la inteligencia, las características de personalidad de ambos miembros, influyen en el afrontamiento a la crisis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la cohesión y adaptabilidad Familiar en mujeres con problemas de infertilidad primaria, en comparación con mujeres fértiles, de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Gineco obstetricia “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social

JUSTIFICACION:

La infertilidad es un problema de prevalencia mundial, que puede afectar por igual a hombres y mujeres, de diferentes edades, con diferente nivel socioeconómico, con diferente grado de escolaridad, y sin embargo a todas les afecta sobremanera, viendo amenazada no solo su unión, sino su estabilidad social, psicológica y económica. De ahí la importancia de realizar este estudio. Tomando en cuenta que en nuestro país 2 de cada 10 parejas presentan este acontecimiento y partiendo del punto de referencia de la preocupación de estas, al no poder tener hijos es necesario abordar este fenómeno correctamente con un enfoque empático hacia las mujeres con infertilidad, lo cual incluye desde sus costumbres culturales y sociales, la percepción que el individuo tiene de la sexualidad, la comprensión de la función reproductiva y su relación de pareja lo cual crea conflictos que repercuten de manera importante en la funcionalidad familiar, dando pie a la somatización y alteraciones psicológicas que alteren aún más el proceso salud-enfermedad en la pareja. Frecuentemente la mujer es quien enfrenta toda la presión social y familiar de este fenómeno.

Al servicio de Biología de la Reproducción del Hospital de Gineco obstetricia "Luis Castelazo Ayala", acude un gran número de mujeres a las cuales se les estudia su padecimiento desde el punto de vista biológico y anatómico pero que se deja de lado los aspectos psicológicos, sociales que influyen en este padecimiento, lo cual repercute en la pareja. y por ende en la relación familiar . Manifestándolo de diferentes maneras y en diferentes grados algunas pacientes, manifiestan enojo, falta de apoyo, o si están en algún tratamiento poco interés hacia este, de parte de su pareja. Esta situación puede generar una mala cohesión y adaptabilidad en la estructura familiar. Por tanto surge la inquietud de investigar el grado de cohesión y adaptabilidad familiar en estas mujeres.

El médico familiar debe contar con indicadores que le permitan detectar dentro de su consulta diaria una cohesión y adaptabilidad alterada, en estas mujeres, aún sin ser referida por las pacientes; y derivarla oportunamente para el inicio del estudio y tratamiento integral. Con las ventajas que ello conlleva como es la aceptación y buen manejo de su enfermedad.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de cohesión y adaptabilidad familiar en mujeres con problemas de infertilidad primaria y mujeres fértiles en el Hospital Gineco obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivos específicos:

1. Identificar en base al grado de cohesión y de adaptabilidad de mujeres con infertilidad primaria el tipo de familia que representan.
2. Observar en base al grado de cohesión y adaptabilidad de mujeres fértiles el tipo de familia que representan.
3. Comparar la cohesión y adaptabilidad entre mujeres fértiles y mujeres infértiles.
4. Intervenir oportunamente como medico familiar al momento en que se presentan problemas en la cohesión o adaptabilidad en mujeres con infertilidad primaria.

HIPOTESIS:

Ho Las mujeres con infertilidad primaria presentan menor cohesión y adaptabilidad familiar que las mujeres fértiles.

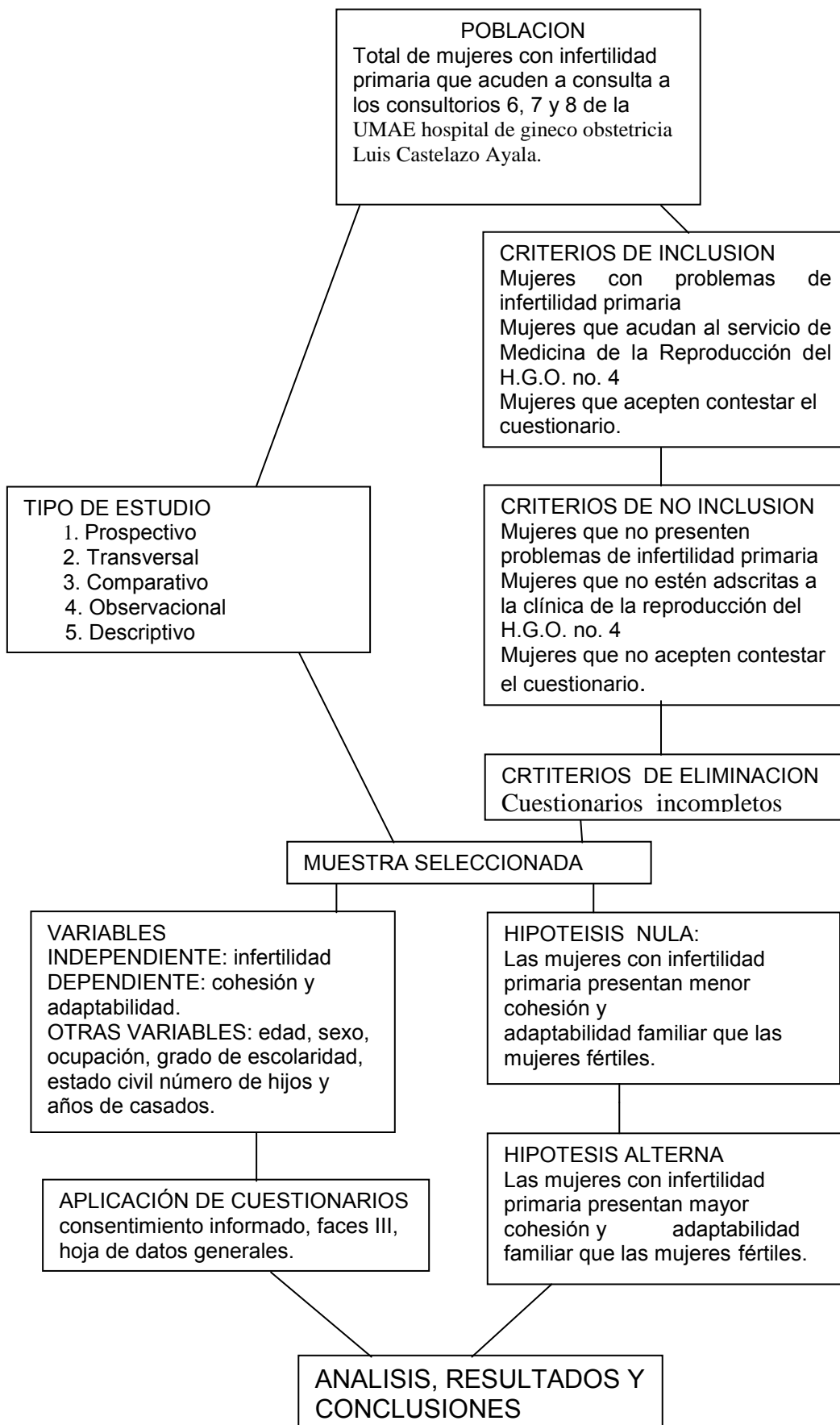
H1 Las mujeres con infertilidad primaria presentan mayor cohesión y adaptabilidad familiar que las mujeres fértiles.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE INVESTIGACION:

- 1.-Prospectivo
2. Transversal.
3. Comparativo
4. Observacional

DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



POBLACION Ó UNIVERSO:

Total de pacientes que acuden a la clínica de Biología de la reproducción, en los consultorios No. 6, 7, y 8, del Hospital Gineco obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala” del IMSS.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

El estudio se realizó durante los meses de junio de 2009 a enero de 2010. Se realizó en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco obstetricia “Luis Castelazo Ayala”, del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el turno matutino, de la consulta externa de los consultorios 6, 7, y 8 Y de otros consultorios.

MUESTRA:

FORMULA:

$$N = \frac{Z^2(P_1 \times Q_1) + (P_0 \times Q_0)}{d^2}$$

Considerando un intervalo de confianza de 95%

d=al margen de error del 10%

El parámetro P1 está alrededor de 60% P1(.60)

El parámetro Po está alrededor de 40% Po (.40)

Considerando que Q= 1-P

Con un número de enfermos de 1:1

Nos da un total 116 mujeres. 58 mujeres infértiles y 58 mujeres fértiles.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Casos

Mujeres con problemas de infertilidad primaria.

Mujeres que acudan al servicio de Medicina de la Reproducción del H.G.O. no. 4

Mujeres que acepten contestar el cuestionario.

Controles

Mujeres que nunca hayan presentado problemas de infertilidad.

Mujeres adscritas al H.G.O. No. 4.

Mujeres que acepten contestar el cuestionario

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Casos

Mujeres que no presenten problemas de infertilidad primaria

Mujeres que no estén adscritas a la clínica de la reproducción del H.G.O. no. 4

Mujeres que no acepten contestar el cuestionario.

Controles

Mujeres que hayan presentado problemas de infertilidad.

Mujeres que no estén adscritas al H.G.O. No. 4.

Mujeres que no acepten contestar el cuestionario

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Cuestionarios incompletos.

VARIABLES:

Variable independiente: infertilidad

Variable dependiente: adaptabilidad
Cohesión

Otras variables
Edad
Sexo
Ocupación
Grado de escolaridad
Estado civil
No. De hijos
Años de casados

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Infertilidad: “la infertilidad es la ausencia de concepción en una pareja que ha tenido relaciones sexuales durante un año, sin protección anticonceptiva.”⁶

Cohesión: “Vinculación emocional entre los miembros, incluye cercanía, compromiso familiar individualidad, y tiempo compartido.”

Adaptabilidad: “habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y las reglas de relación en función de las demandas situacionales o de desarrollo.”

Edad: Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista encuesta o censo.

Sexo: descende del latín (dividir). Originalmente se refiere nada más a la división del género humano en dos grupos mujer y hombre.

Ocupación: Tipo de trabajo empleo puesto u oficio que la población ocupada realiza en su trabajo principal en la semana de referencia.

1) Obrero: persona que tiene por oficio hacer un trabajo manual o que requiere esfuerzo físico y que es empleada por otra persona especialmente en una industria o en el sector de la construcción y recibe remuneración por ello.

2) Comerciante: persona que posee un comercio o establecimiento comercial.

3) Profesionista: Actividad especializada del trabajo dentro de una sociedad, se refiere a menudo específicamente a una facultad, o capacidad adquirida tras un aprendizaje que requiere estudios.

4) otros: cualquier otra ocupación a que se dedique la mayor parte del tiempo.

Grado de Escolaridad: Registra el último curso educativo formal aprobado por las personas de seis años y más

1) Primaria completa. Entre primero y sexto año.

2) Secundaria completa Tercer año.

3) Preparatoria, vocacional, o normal Aprobó los 3 años de preparatoria o vocacional, o tres años de normal.

4) técnica o comercial:

5) Licenciatura completa. Terminó alguna carrera Universitaria, Politécnico, Normal Superior o Normal con requisito de Preparatoria con título.

6) Posgrado. Por lo menos el primer año de estudios en especialización, diplomado, maestría o doctorado después de haber obtenido el título profesional.

Estado civil: es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Años de casados: número de años en convivencia como pareja.

No. De hijos: hijos nacidos y vivos que tienen las mujeres fértiles.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| Variable | Tipo de Variable | Escala de medición | Indicadores |
|-----------------|------------------|--------------------|--|
| Edad | Cuantitativa | Continua | Años cumplidos |
| Sexo | Cualitativa | Nominal | 1 =femenino 2 =masculino |
| Estado civil | Cualitativa | Nominal | 1= casado 2 =unión libre |
| Ocupación | Cualitativa | Nominal | 1=obrero 2 =comerciante 3 =profesionista 4 =otro |
| Escolaridad | Cualitativa | Nominal | 1=primaria 2 =secundaria 3 =preparatoria 4 =técnica 5 =licenciatura 6 =posgrado |
| Años de casados | Cuantitativa | Rangos | 1 = 3 a 5 años 2 = 6 a 8 años 3 = 9 a 12 años |
| Número de hijos | Cuantitativa | Ordinal | Número continuo |
| Infertilidad | Cualitativa | Ordinal dicotómica | 1 =si 2 =no |
| Cohesión | Cualitativa | Nominal | 1=no relacionada 2 =semi-relacionada 3 =relacionada 4 =aglutinada |
| Adaptabilidad | Cualitativa | Nominal | 1 =rígida 2 =estructurada 3 =flexible 4 =caótica |

DISEÑO ESTADISTICO:

De acuerdo al tipo de estudio se analizó con estadística descriptiva que incluye la recolección, presentación y caracterización de un conjunto de datos con el fin de describir apropiadamente las características de este conjunto.

Se utilizaron medidas de tendencia central media, mediana, moda y porcentajes, se hizo uso del programa SPSS versión 10 .Y se analizaron datos mediante la prueba estadística U de Mann-Whitney-Wilcoxon es una prueba no paramétrica que se aplica a dos pruebas independientes y para variables cualitativas.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Se decidió evaluar la cohesión y adaptabilidad de las parejas en estudio, mediante la escala americana Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III). Uno de los modelos con mayor relevancia en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circumplejo desarrollado por Olson, Sprenkle y Rusell (1979). Teniendo como respaldo teórico este modelo se desarrollo Faces III en 1980, desde entonces han surgido cuatro versiones diferentes.

En México fue validado en 2003 por el Dr. Gómez Clavelina e Irigoyen. Y se eligió este instrumento por considerarlo el más completo para evaluar a las mujeres ante el problema de la infertilidad.

El modelo circumplejo inicialmente constaba de dos dimensiones adaptabilidad y cohesión, aunque posteriormente Olson, Sprenkle y rusell en 1983 incorporaron una tercera dimensión la comunicación como una dimensión facilitadora. Cada una de estas dimensiones esta compuesta por diferentes variables, que contribuyen a su comprensión. Los conceptos vinculados con la cohesión son: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos vinculados con adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar, de ahí que cada una de las dimensiones este dividida en 4 niveles.

La cohesión divide a familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja), y familias desapegadas (cohesión baja).

La adaptabilidad constituye familias rígidas (adaptabilidad muy baja), familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta), familias caóticas (adaptabilidad baja). La relación de la comunicación con el funcionamiento familiar es lineal, es decir a mejor comunicación mejor funcionamiento familiar.¹⁵

Consiste en 20 preguntas donde las 10 nones evalúan cohesión familiar, y 10 pares evalúan adaptabilidad

Las preguntas están planteadas como actitudes en una escala de puntuación tipo likert de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre); de tal manera que la puntuación posible para cohesión y adaptabilidad es de 10 a 50. Este instrumento puede ser aplicada a matrimonios recién casados, sin hijos o matrimonios mayores, jubilados con hijos.

Niveles de Cohesión:

- No relacionada o dispersa 10 a 34
- Semi-relacionada o separada 35 a 40

- Relacionada o conectada 41 a 45
- Aglutinada 46 a 50

No relacionada o dispersa: extrema separación emocional , falta de lealtad familiar se da muy poco involucramiento e interacción entre sus miembros, la correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros hay falta de cercanía parento-filial, predomina la separación personal, rara vez pasan el tiempo juntos necesidad y preferencia por espacios separados , se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas , existen intereses desiguales, la recreación se lleva a cabo individualmente.

Semi-relacionada o separada: hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posible las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo en forma más separada que compartida.

Relacionada o conectada: hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento, pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual.

Aglutinada: cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, los miembros de la familia dependen mucho unos de otros, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, hay falta de separación personal, la mayor parte del tiempo la pasan juntas, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia, más que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato.

Niveles de Adaptabilidad:

- Rígida 10 a 19
- Estructurada 20 a 24
- Flexible 25 a 28
- Caótica 29 a 50

Rígida: el liderazgo autoritario, existe fuerte control parental, la disciplina es estricta rígida y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

Estructurada: en principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

Flexible: el liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hace cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

Caótica: liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas, habiendo inconsistencia en sus, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

METODO DE RECOLECCIÓN:

Se realizó protocolo de investigación, se presento al comité de investigación para su aprobación y se inicio la recolección de datos, mediante el instrumento FACES III.

Se aplicaron las encuestas a mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión, en el Hospital de Gineco obstetricia "Luis Castelazo Ayala" en el servicio de consulta externa de los consultorios 6, 7 y 8 durante el turno matutino, en base a un muestreo probabilístico aleatorio, durante el mes de noviembre, con un tiempo estimado de 15 minutos para cada paciente. Obteniendo 58 cuestionarios de mujeres con infertilidad primaria y 58 cuestionarios de mujeres fértiles, después de obtener el consentimiento informado. Se aplico un cuestionario de datos demográficos donde incluyen sexo, edad, escolaridad, ocupación, estado civil y años de casados. Seguido por el instrumento de FACES III que evaluó tanto adaptabilidad como cohesión. Se capturo la información en una hoja de cálculos electrónicos y se realizó el cálculo de media, mediana, moda, y porcentajes, finalmente se aplicó la prueba de U Mann Whitney.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS:

Se cuenta con instrumento de medición previamente validado.

La aplicación del mismo se efectuó por el mismo investigador.

Los criterios de inclusión permitieron delimitar adecuadamente a la población objeto del estudio.

Los criterios de eliminación permitieron ajustar el tamaño de la muestra a posibles cambios.

Se cuenta con hoja de consentimiento informado para evitar cualquier coacción interna o externa que provoque falseamiento de la información.

No existió remuneración económica que provocará intereses ajenos a la investigación.

El cuestionario fue contestado de forma personal y se aclararon las dudas de los pacientes sobre algún término o palabra.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL

| ACTIVIDAD | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|----|----|----|---|---|---|
| Elección de tema de investigación | | | | | | | | | | |
| Realización del protocolo | | | | | | | | | | |
| Presentación del protocolo al departamento de investigación | | | | | | | | | | |
| Muestreo | | | | | | | | | | |
| Revisión de protocolo | | | | | | | | | | |
| Procesamiento y análisis de datos | | | | | | | | | | |
| Informe final | | | | | | | | | | |
| Presentación de tesis | | | | | | | | | | |

6 = Junio 7=Julio 8=Agosto 9=Septiembre 10=Octubre 11=Noviembre
12=Diciembre 1=Enero 2=Febrero

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Humanos:

El investigador principal quien realizará la investigación y las encuestas.

Asesores de tesis.

Revisores de tesis.

Pacientes que deseen participar.

Materiales:

Hojas de papel tamaño carta de 21.6 x 27.9cm para la impresión de cuestionarios, consentimientos informados, hoja de datos estadísticos.

Lápices del no. 2, bolígrafos, gomas, computadora, impresora, calculadora.

Económicos:

Los costos producidos en el desarrollo de las actividades de la investigación los asumirá el propio investigador.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente trabajo de investigación se apega al reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México. El presente trabajo se apega al título segundo, capítulo primero artículo 17 categoría uno, sobre investigación sin riesgo debido a que los individuos que participan en el estudio únicamente aportan datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales, así mismo la investigación no viola y está de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica donde participan seres humanos contenidos en la declaración de Helsinki en la asociación médica mundial.

Adicionalmente se solicitó la participación voluntaria mediante un texto que fue leído a cada persona que se le invitaba a participar. Se incluye en el anexo 1.

RESULTADOS

Se estudio a 116 mujeres, de las cuales 58 mujeres fueron infértiles y se captaron en la consulta externa de los consultorios 6, 7 y 8, de la UMAE "Luis Castelazo Ayala"; el otro grupo fue también de 58 mujeres fértiles que acudían a la consulta externa del mismo hospital, por otro motivo que no fuera infertilidad y de otro consultorio.

El total de pacientes fértiles e infértiles fueron del sexo femenino 58 (50%) y 58 (50%).

El rango mínimo fue de 18 años en el grupo de mujeres infértiles y el máximo fue de 39 años, con una moda de 36 años, la media de edad fue de 30.7 años, y una mediana de 39.5 años.

Dentro del grupo de mujeres fértiles el rango mínimo de edad fue de 18 años y el máximo de 41 años, la moda fue de 24 años, con una media de 29.4 años, y una mediana de 29 años.

Dentro del grupo de mujeres infértiles 8 (13.8%) son obreras, 1(1.7%) resulto ser comerciante, 16 (27.6%) son profesionistas, y 33 (56.9%) se dedican a otra actividad, siendo la más frecuente el hogar.

Dentro del grupo de mujeres fértiles 4 son obreras (6.9%), 3 comerciantes (5.2%), profesionistas 17 (29.3%), y dedicadas a otro ocupación fueron 34 (58.6%), dentro de esta otra ocupación la mayoría contesto el hogar, al igual que las mujeres infértiles.

De las mujeres infértiles 3 (5.2%) estudiaron solo la primaria, 11 (19%) termino la secundaria, 12 (20.7%) termino la preparatoria, 18 (31.8%) estudio una carrera técnica o comercial y 13 (22.4%) concluyeron una carrera profesional, y solo 1(1.7%) termino un posgrado.

Dentro del grupo de mujeres fértiles 2 (3.4%) estudiaron la primaria, 17 (29.3%) termino la secundaria, solo 10 (17.2%) estudiaron la preparatoria, 12 (20.7%) estudio una carrera técnica o comercial, 16 (27.6%) llegó al nivel licenciatura, y 1(1.7%) estudio posgrado.

En mujeres infértiles 43 (74.1%) son casadas y 15 (25.9%) viven en unión libre. Y en mujeres fértiles 39 (67.2%) son casadas, y 19 (32.8%) viven en unión libre.

En cuanto al tiempo que llevan de casados o en unión libre se dividió en rangos, de acuerdo al tiempo de vivir juntos 3 a 5 años, 6 a 8 años, y 9 a 12 años o más.

En el grupo de mujeres infértiles 31 (53.4%) llevan 3 a 5 años viviendo juntas o casadas, 14 (24.1%) de 6 a 8 años, y 13 (22.4%) tienen 9 a 12 años viviendo juntas o casadas.

Las mujeres fértiles 28 (48.3%) tienen 3 a 5 años de casados o en unión libre, 19 (32.8%) tiene 6 a 8 años, y 11(19%) tienen 9 a 12 años de casados o unión libre.

El número de hijos de las mujeres fértiles fue 34 (58.6%) tienen 1 solo hijo, 17(29.3%) tienen 2 hijos, 6 (10.3%) tienen 3 hijos y solo 1(1.7%) tiene 4 hijos.

Las mujeres infértiles presentaron en cuanto a la cohesión 13 (22.4%) resultaron no relacionadas, 37 (63.68%) están semi-relacionadas, 6 (10.3%) están relacionadas, y 2 (3.4%) son aglutinadas.

De acuerdo a la adaptabilidad 10 (17.2%) tienen una relación rígida con su pareja, 21 (36.2%) tienen una relación estructurada, y 22 mujeres (37.9%) tienen una relación flexible, y 5 (8.6%) tienen una relación caótica

De acuerdo a la cohesión de las mujeres fértiles 11 (19%) son no relacionadas, 23 (39.7%) se encuentran dentro del grupo de semi-relacionadas, 12 (20.7%) son relacionadas, y 12 (20.7%) son aglutinadas.

Y de acuerdo a la adaptabilidad de las mujeres fértiles 7 (12.1%) tiene una relación rígida, 19 (32.8%) tiene una relación estructurada, 14 (24.1%) tienen una relación flexible, 18 (31%) tiene una relación caótica.

Considerando la combinación de tipo de familias en base al modelo circunplejo de Olson se clasifican en tres niveles según su cohesión y adaptabilidad, Extremo, Rango Medio y Equilibrada.

Dentro del grupo de mujeres infértiles en el rango extremo encontramos caóticas no relacionadas no existen (0%), caóticas aglutinadas no existen(0%), rígidas no relacionadas 2 (3.5%), rígidas aglutinadas 1(1.7%); dentro del Rango medio caótica semi-relacionada 5 (8.6%), caótica relacionada no existe (0%), flexible no relacionada 5 (8.6%), flexible aglutinada no existen (0%), estructurada no relacionada 6 (10.3%), estructurada aglutinada 1 (1.7%), rígida semi-relacionada 6 (10.3%), rígida relacionada 1(1.7%); y dentro del rango de equilibrio encontramos flexible semi-relacionada 15 (25.9%), flexible relacionada 2 (3.5%), estructurada semi-relacionada 11(19%), estructurada conectada 3 (5.1%).

El resultado del grupo de mujeres fértiles en cuanto al rango extremo caóticas-no relacionadas 3 (5.1%), caóticas-aglutinadas 5 (8.6%), rígidas-no relacionadas 3 (5.1%), rígidas-aglutinadas no existen(0%); para Rango medio tenemos caóticas-semi-relacionadas 4 (6.9), caótica-relacionada 6 (10.3%), flexible no relacionada 1(1.7%), flexible-aglutinada 4 (6.9%), estructurada no relacionada 4 (6.9%), estructurada aglutinada 3 (5.1), rígida-semi-relacionada 4 (6.9%), rígida-conectada no existen (0%); dentro del nivel equilibrado tenemos flexibles semi-relacionadas 8 (13.8), flexible-relacionada 1(1.7%), estructurada semi-relacionada 7 (12%), y estructurada conectada 5 (8.6%).

Lo que da un total de mujeres infértiles con nivel extremo 3 (5.2%), dentro de rango medio 24 (41.2%), y dentro del rango de equilibrio 31(53.5%). Para las mujeres fértiles en rango extremo 11(18.8%), de rango medio 26 (44.6%), y para el rango equilibradas 21(36.1%).

Al realizar la prueba de U de Mann Whitney la diferencia entre mujeres fértiles e infértiles para cohesión es $P = .383$ por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

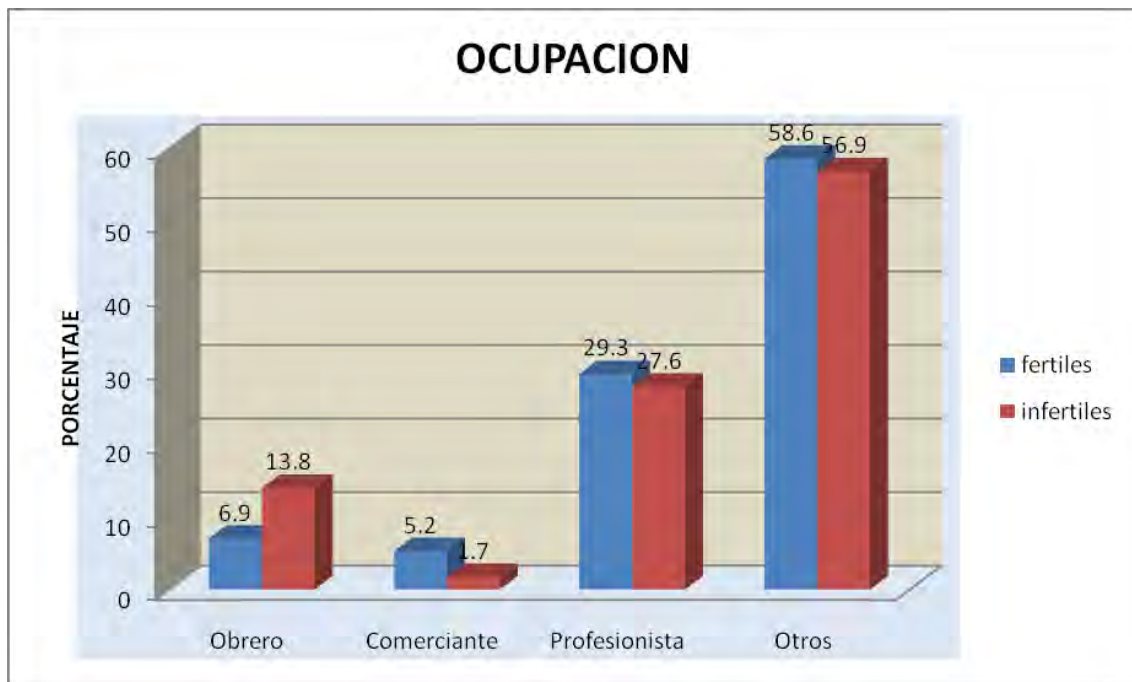
Al aplicar la prueba U de Mann Whitney la diferencia entre mujeres fértiles e infértiles para adaptabilidad fue $P = .120$ por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

SECCION DE CUADROS Y GRAFICAS

Tabla 1.

Frecuencia de ocupación en mujeres fértiles e infértiles.

| ocupación | Fértiles | | infértiles | |
|---------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Obrero | 4 | 6.9 | 8 | 13.8 |
| Comerciante | 3 | 5.2 | 1 | 1.7 |
| Profesionista | 17 | 29.3 | 16 | 27.6 |
| Otros | 34 | 58.6 | 33 | 56.9 |

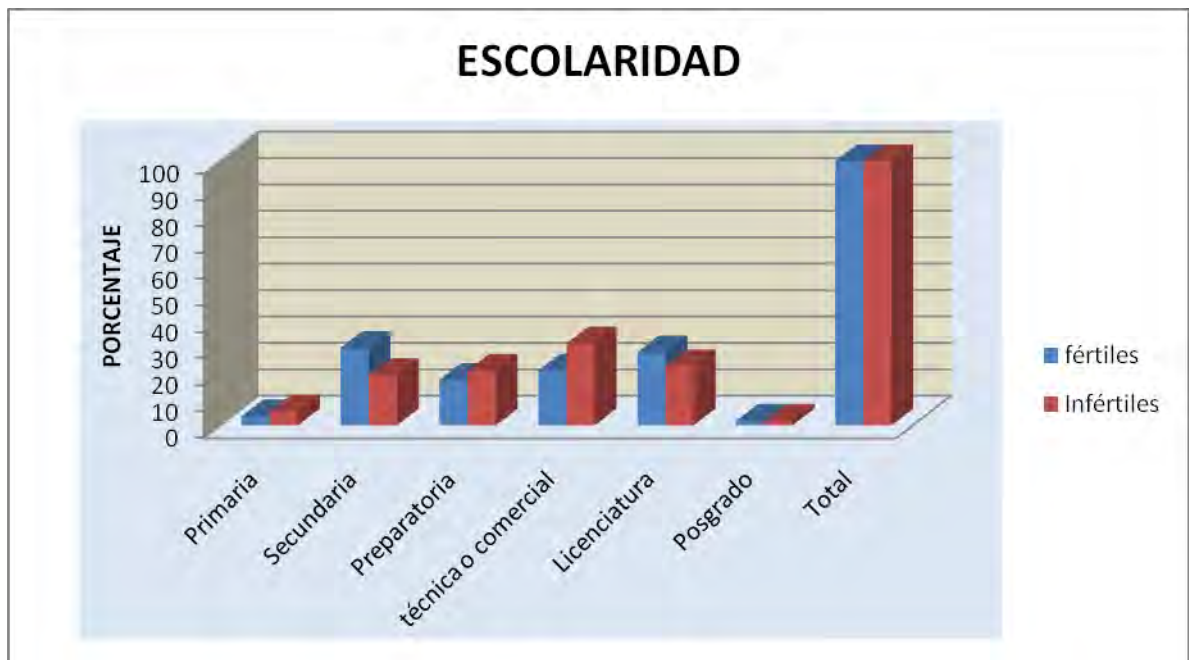


FUENTE: TOMADO DE LAS ENCUESTAS

Tabla 2.

Frecuencia de escolaridad en mujeres fértiles e infértiles.

| Escolaridad | fértiles | | infértiles | |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Primaria | 2 | 3.4 | 3 | 5.2 |
| Secundaria | 17 | 29.3 | 11 | 19 |
| Preparatoria | 10 | 17.2 | 12 | 20.7 |
| técnica o comercial | 12 | 20.7 | 18 | 31 |
| Licenciatura | 16 | 27.6 | 13 | 22.4 |
| Posgrado | 1 | 1.7 | 1 | 1.7 |
| Total | 58 | 100 | 58 | 100 |

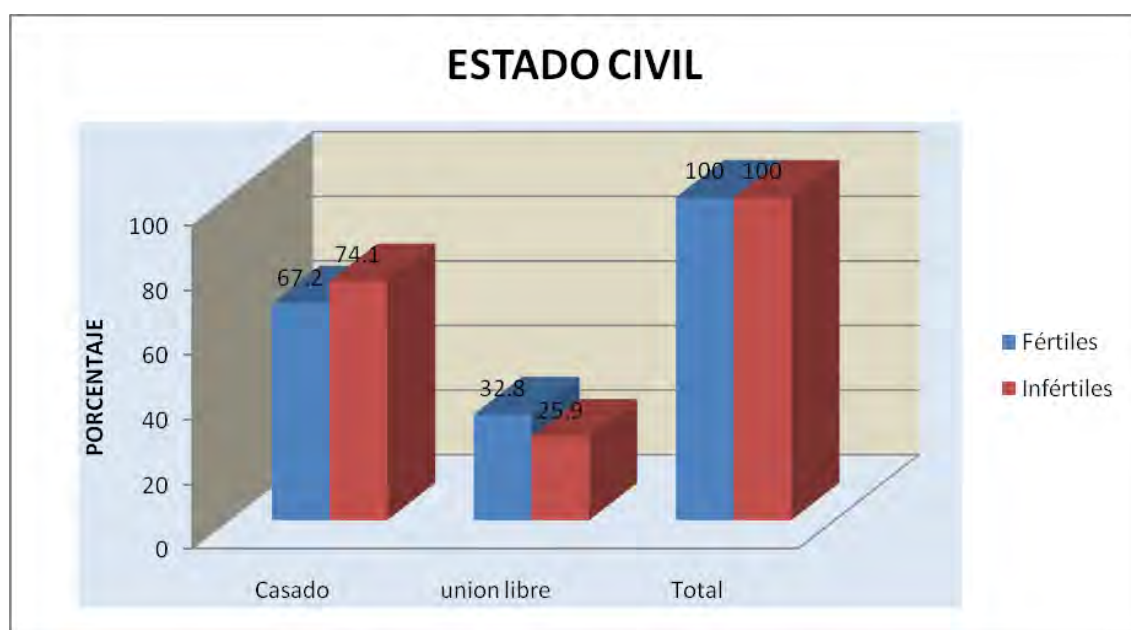


FUENTE: OBTENIDA DE LAS ENCUESTAS

Tabla 3.

Frecuencia de estado civil de mujeres fértiles e infértiles.

| Estado civil | fértiles | | infértiles | |
|--------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Casado | 39 | 67.2 | 43 | 74.1 |
| union libre | 19 | 32.8 | 15 | 25.9 |
| Total | 58 | 100 | 58 | 100 |

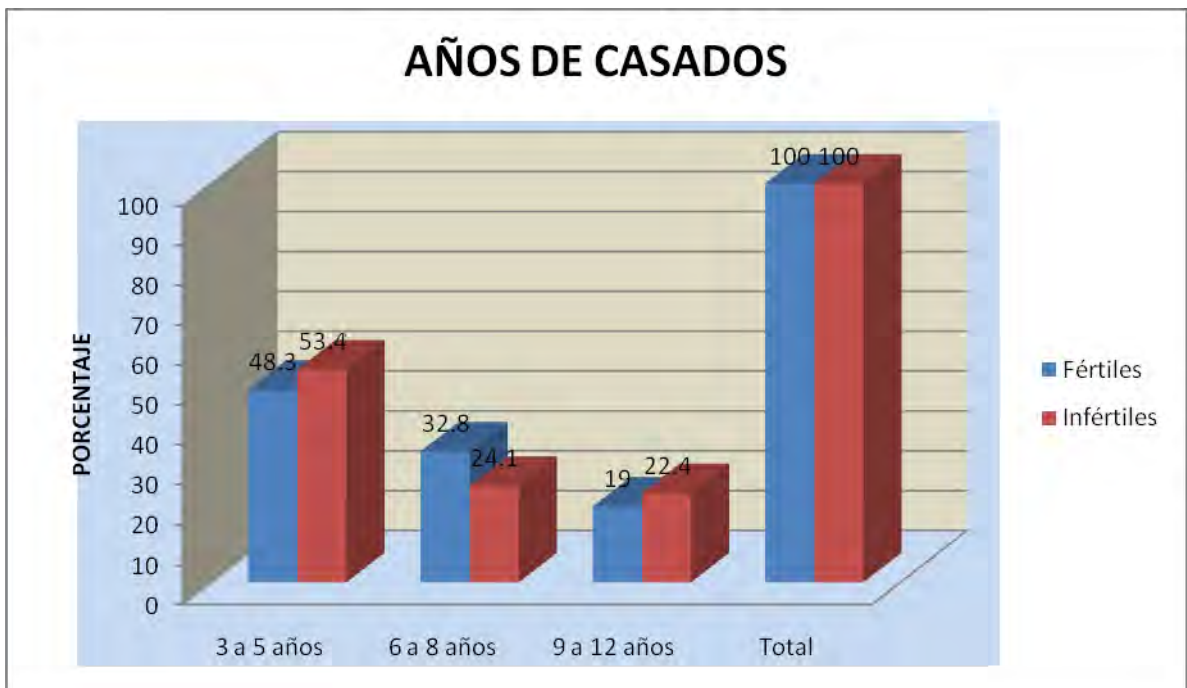


FUENTE: TOMADA DE LAS ENCUESTAS

Tabla 4.

Frecuencia de años de casados en mujeres fértiles e infértiles.

| Años de casados | fértiles | | infértiles | |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| 3 a 5 años | 28 | 48.3 | 31 | 53.4 |
| 6 a 8 años | 19 | 32.8 | 14 | 24.1 |
| 9 a 12 años | 11 | 19 | 13 | 22.4 |
| Total | 58 | 100 | 58 | 100 |

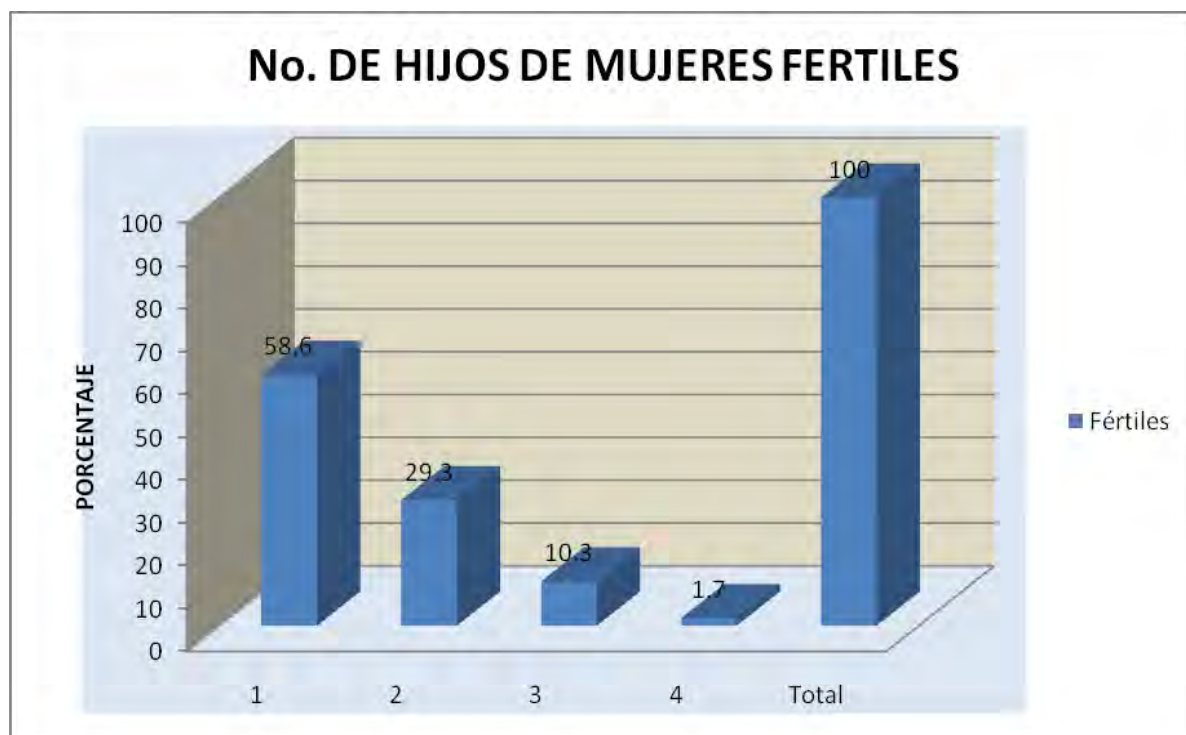


FUENTE: TOMADO DE LAS ENCUESTAS

Tabla 5.

Frecuencia en número de hijos de mujeres fértiles.

| Número de hijos | fértiles | |
|-----------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| 1 | 34 | 58.6 |
| 2 | 17 | 29.3 |
| 3 | 6 | 10.3 |
| 4 | 1 | 1.7 |
| Total | 58 | 100 |

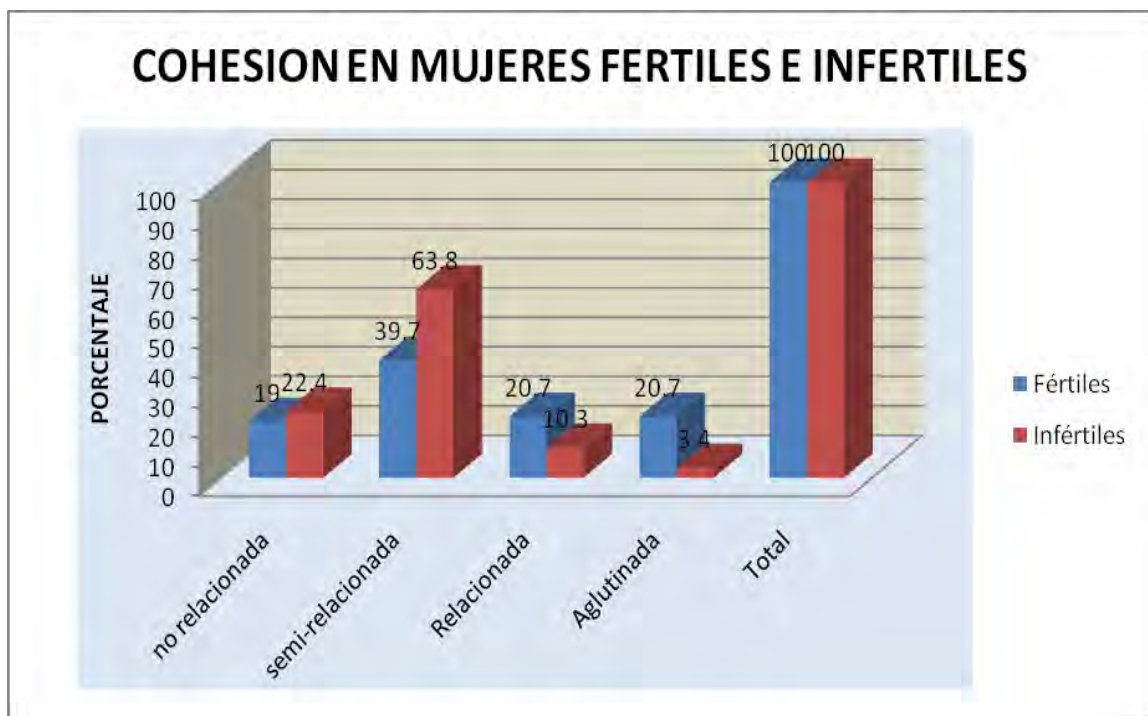


FUENTE: TOMADO DE LAS ENCUESTAS

Tabla 6.

Frecuencia de cohesión en mujeres fértiles e infértiles.

| Cohesión | fértiles | | infértiles | |
|------------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| no relacionada | 11 | 19 | 13 | 22.4 |
| semi-relacionada | 23 | 39.7 | 37 | 63.8 |
| Relacionada | 12 | 20.7 | 6 | 10.3 |
| Aglutinada | 12 | 20.7 | 2 | 3.4 |
| Total | 58 | 100 | 58 | 100 |



FUENTE: TOMADO DE LAS ENCUESTAS

Tabla 7.

Frecuencia de adaptabilidad en mujeres fértiles e infértiles.

| Adaptabilidad | fértiles | | infértiles | |
|---------------|------------|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Rígida | 7 | 12.1 | 10 | 17.2 |
| Estructurada | 19 | 32.8 | 21 | 36.2 |
| Flexible | 14 | 24.1 | 22 | 37.9 |
| Caótica | 18 | 31 | 5 | 8.6 |
| Total | 58 | 100 | 58 | 100 |

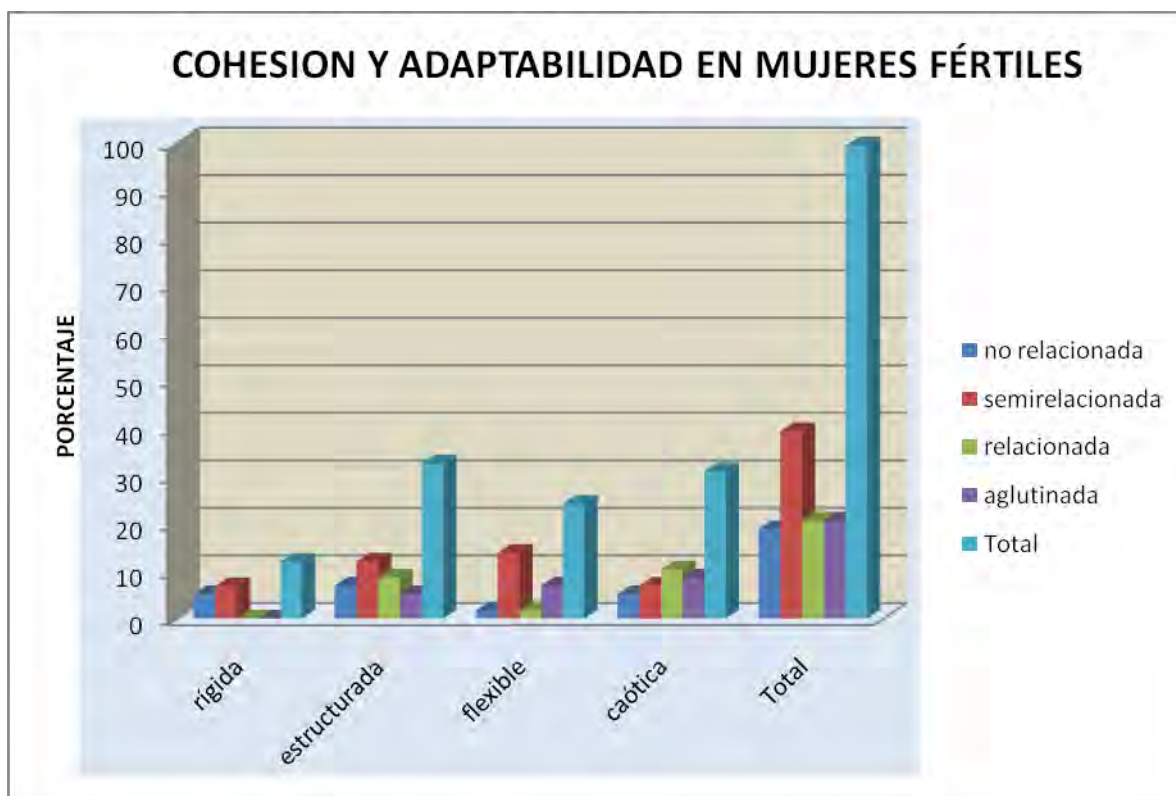


FUENTE: TOMADO DE LAS ENCUESTAS

Tabla 8.

Asociación de cohesión y adaptabilidad en mujeres fértiles.

| Cohesión | Adaptabilidad | | | | | | | |
|------------------|---------------|------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Rígida | | Estructurada | | Flexible | | Caótica | |
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| no relacionada | 3 | 5.1 | 4 | 6.9 | 1 | 1.7 | 3 | 5.1 |
| semi-relacionada | 4 | 6.8 | 7 | 12 | 8 | 13.8 | 4 | 6.9 |
| Relacionada | 0 | 0 | 5 | 8.6 | 1 | 1.7 | 6 | 10.3 |
| Aglutinada | 0 | 0 | 3 | 5.1 | 4 | 6.9 | 5 | 8.6 |
| Total | 7 | 11.9 | 19 | 32.6 | 14 | 24.1 | 18 | 30.9 |

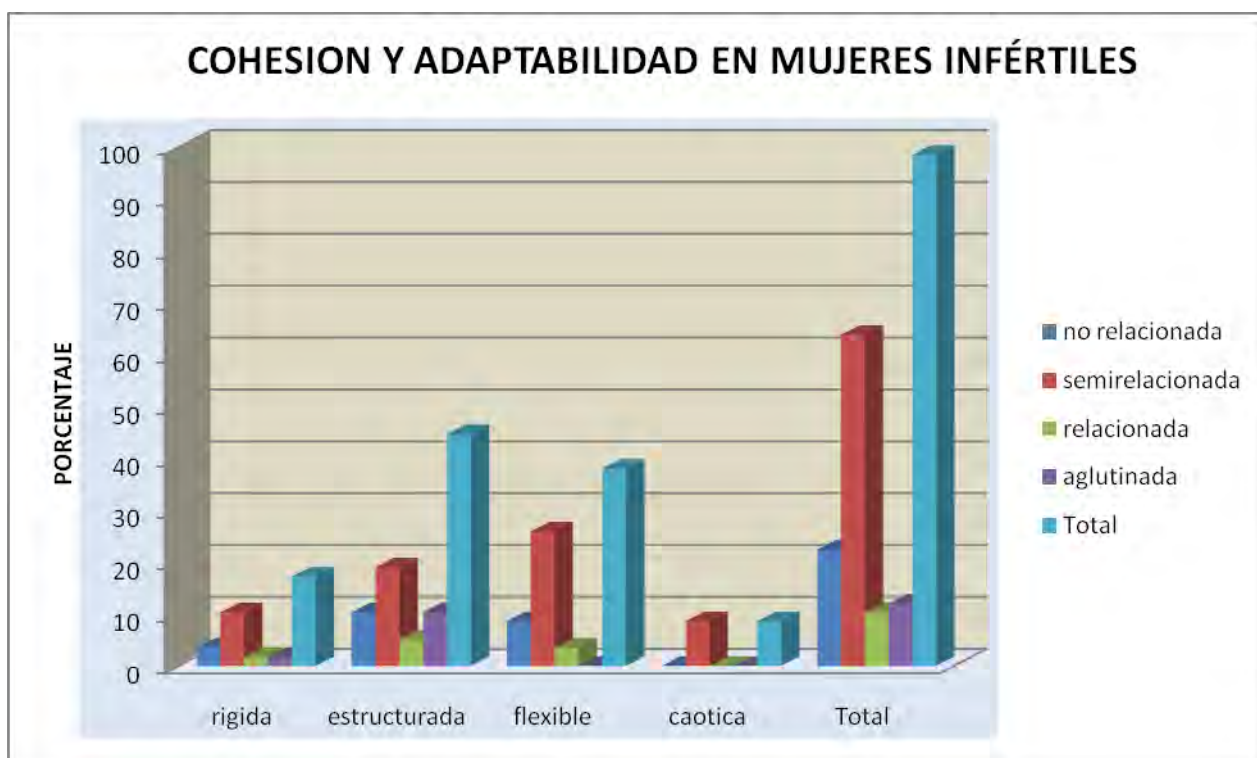


FUENTE: TOMADO DE ENCUESTAS

Tabla 9.

Asociación de cohesión y adaptabilidad en mujeres infértiles.

| Cohesión | Adaptabilidad | | | | | | | |
|------------------|---------------|------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Rígida | | Estructurada | | Flexible | | Caótica | |
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| no relacionada | 2 | 3.5 | 6 | 10.3 | 5 | 8.6 | 0 | 0 |
| semi-relacionada | 6 | 10.3 | 11 | 19 | 15 | 25.9 | 5 | 8.6 |
| Relacionada | 1 | 1.7 | 3 | 5.1 | 2 | 3.5 | 0 | 0 |
| Aglutinada | 1 | 1.7 | 1 | 10.3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 10 | 17.2 | 21 | 44.7 | 22 | 38 | 5 | 8.6 |

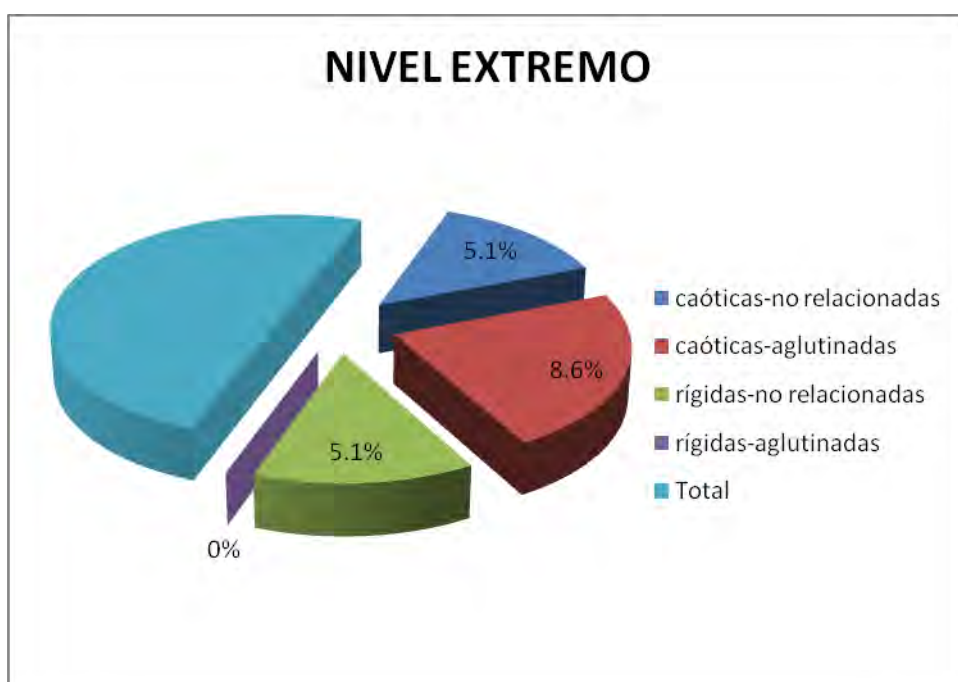


FUENTE: TOMADO DE ENCUESTAS

Tabla 10.

Clasificación de cohesión y adaptabilidad Nivel extremo en mujeres fértiles.

| Nivel Extremo | fértiles | |
|--------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| caóticas-no relacionadas | 3 | 5.1 |
| caóticas-aglutinadas | 5 | 8.6 |
| rígidas-no relacionadas | 3 | 5.1 |
| rígidas-aglutinadas | 0 | 0 |
| Total | 11 | 18.8 |

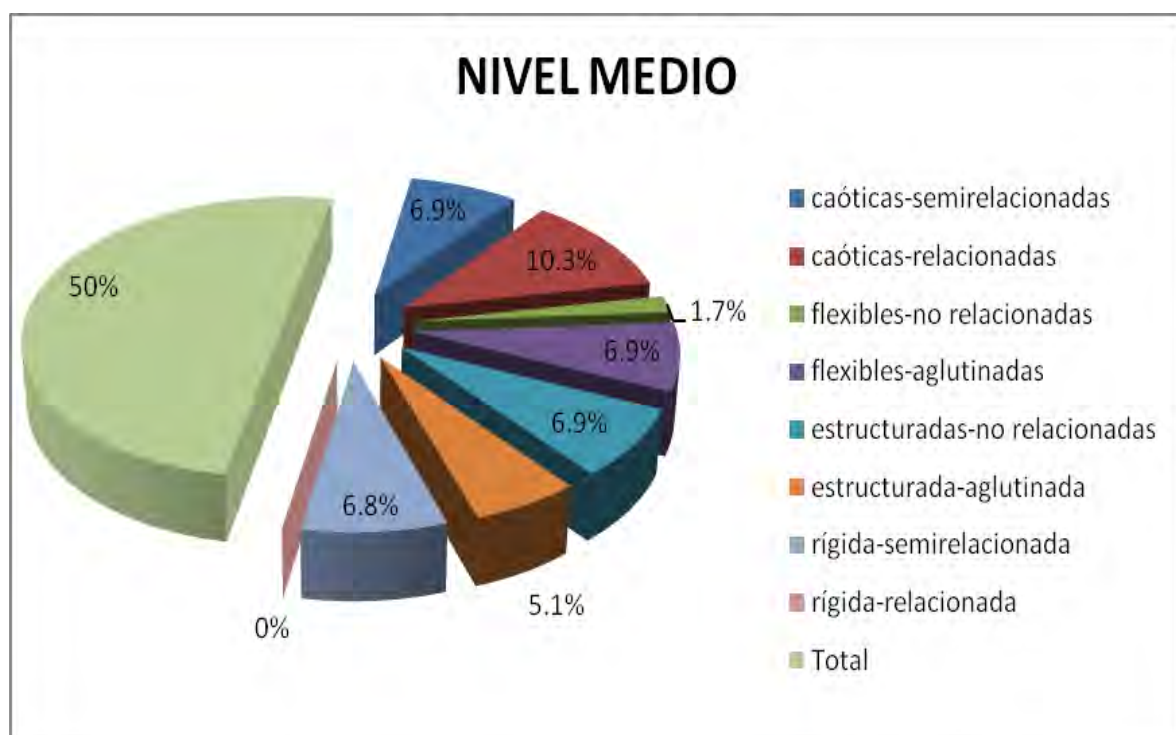


FUENTE: TOMADO DE LAS ENCUESTAS

Tabla 11.

Clasificación de cohesión y adaptabilidad Nivel Medio en mujeres fértiles.

| Nivel Medio | fértiles | |
|-------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| caóticas-semirelacionadas | 4 | 6.9 |
| caóticas-relacionadas | 6 | 10.3 |
| flexibles-no relacionadas | 1 | 1.7 |
| flexibles-aglutinadas | 4 | 6.9 |
| estructuradas-no relacionadas | 4 | 6.9 |
| estructurada-aglutinada | 3 | 5.1 |
| rígida-semirelacionada | 4 | 6.8 |
| rígida-relacionada | 0 | 0 |
| Total | 26 | 44.6 |



FUENTE: TOMADO DE LAS ENCUESTAS

Tabla 12.

Clasificación de cohesión y adaptabilidad Nivel Equilibrado en mujeres fértiles.

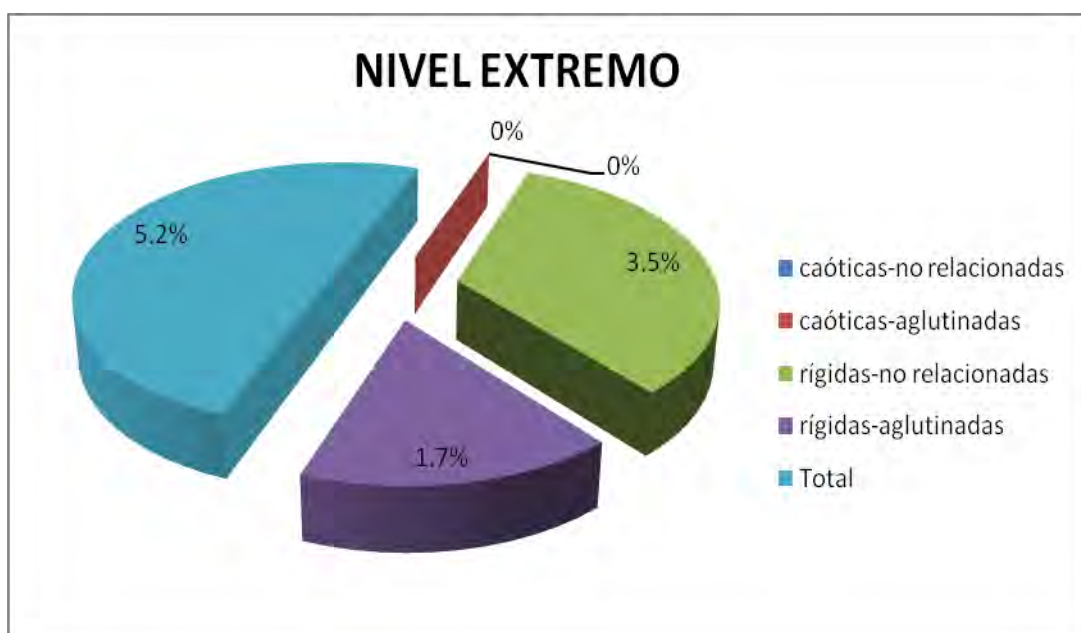
| Nivel Equilibradas | fértiles | |
|--------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| flexibles-semirelacionadas | 8 | 13.8 |
| flexibles-relacionadas | 1 | 1.7 |
| estructuradas-semirelacionadas | 7 | 12 |
| estructurada-conectada | 5 | 8.6 |
| Total | 21 | 36.1 |



Tabla 13.

Clasificación de cohesión y adaptabilidad Nivel Extremas en mujeres Infértiles.

| Nivel Extremo | Infértiles | |
|--------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| caóticas-no relacionadas | 0 | 0 |
| caóticas-aglutinadas | 0 | 0 |
| rígidas-no relacionadas | 2 | 3.5 |
| rígidas-aglutinadas | 1 | 1.7 |
| Total | 3 | 5.2 |

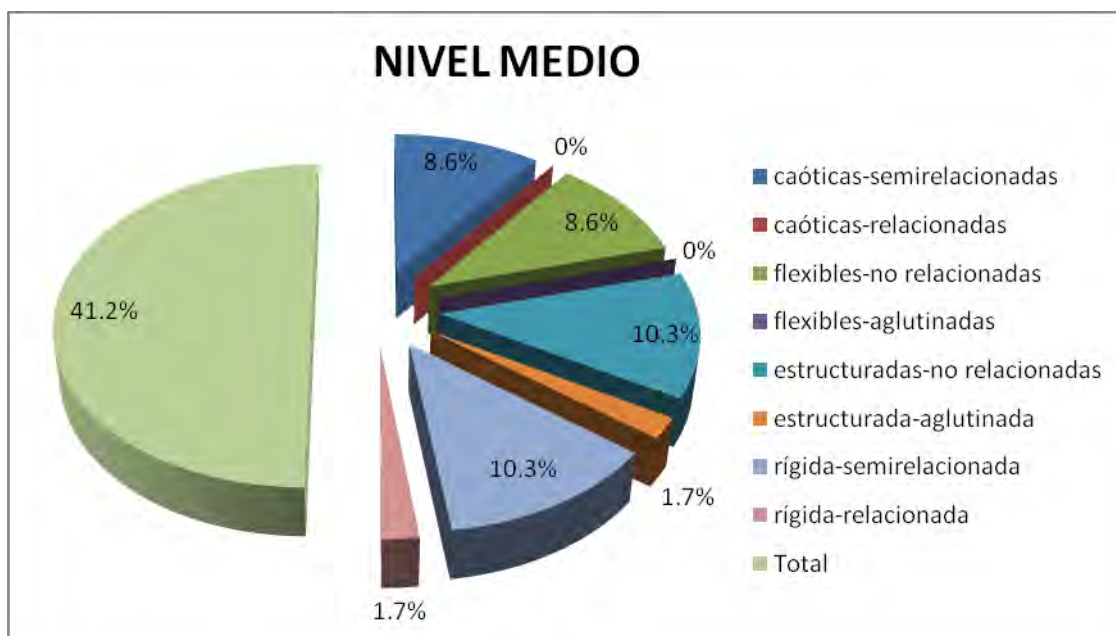


FUENTE: TOMADO DE LAS ENCUESTAS

Tabla 14.

Clasificación de cohesión y adaptabilidad Nivel Medio en mujeres Infértiles.

| Nivel Medio | Infértiles | |
|-------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| caóticas-semirelacionadas | 5 | 8.6 |
| caóticas-relacionadas | 0 | 0 |
| flexibles-no relacionadas | 5 | 8.6 |
| flexibles-aglutinadas | 0 | 0 |
| estructuradas-no relacionadas | 6 | 10.3 |
| estructurada-aglutinada | 1 | 1.7 |
| rígida-semirelacionada | 6 | 10.3 |
| rígida-relacionada | 1 | 1.7 |
| Total | 24 | 41.2 |



FUENTE: TOMADO DE LAS ENCUESTAS

Tabla 15.

Clasificación de cohesión y adaptabilidad Nivel Equilibradas en mujeres Infértiles.

| Nivel Equilibradas | Infértiles | |
|--------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| flexibles-semirelacionadas | 15 | 25.9 |
| flexibles-relacionadas | 2 | 3.5 |
| estructuradas-semirelacionadas | 11 | 19 |
| estructurada-conectada | 3 | 5.1 |
| Total | 31 | 53.5 |



FUENTE: TOMADO DE LAS ENCUESTAS

DISCUSIÓN:

Se logro el objetivo general del estudio al comparar el grado de cohesión y adaptabilidad en mujeres fértiles e infértiles, y en base a estos datos se clasifico a los grupos en relaciones equilibradas, de rango medio, y extremas, lo que permitió demostrar que las mujeres infértiles tienen mayor porcentaje de relaciones equilibradas y menor porcentaje de relaciones caóticas; confirmando los estudios realizados en el Instituto de Salud Publica de la Universidad de Copenhague por Lone Schmidt, donde se estudio a un grupo de 2250 mujeres con problemas de infertilidad y a sus parejas, y el resultado fue una mejor relación en el aspecto sexual, de comunicación, tiempo compartido. En cambio en Cuba el Dr. Ignacio González en 2002 reportó la presencia de desordenes en la dinámica o funcionalidad familiar ante la presencia de un problema de esta índole. Considero que es debido a la cultura que predomina en cada país.

No hubo una variación importante en la media "edad" en virtud de que las mujeres que solicitaron atención médica tenían una edad de hasta 35 años.

Con respecto a la ocupación y la escolaridad entre ambos grupos, no hubo una variación importante, probablemente porque las mujeres con mayor preparación académica no solicitaron atención médica, ya que dedican más tiempo a su desempeño académico y laboral. Así lo menciona Ysis Roa Meggo, de la Universidad Veracruzana en su publicación "Los psicólogos y la infertilidad", de enero de 2008, afirma que las mujeres en aras de conseguir o mantener mejores empleos y lograr un mejor desarrollo profesional posponen la maternidad, hasta una edad en la que las posibilidades de concebir se ven disminuidas.

Considero que para obtener resultados significativos se debería tomar en cuenta la comunicación de pareja (mediante el instrumento de comunicación de pareja de Henrich), que completa las tres dimensiones para calificar funcionalidad familiar, y que la muestra sea calculada en población abierta. Debido a que en esta investigación uno de los sesgos que no se tomo en cuenta fue el hecho de que las mujeres en tratamiento para infertilidad primaria debían cumplir con ciertas características.

CONCLUSIONES:

El estudio demostró al aplicar la prueba estadística U de Mann Wytnhey para cohesión una $P = .383$, y una adaptabilidad con $P = .120$ por lo que no se observó significancia estadística en ambos grupos en el aspecto de cohesión y adaptabilidad familiar de las mujeres estudiadas.

Mujeres fértiles cohesión: semi-relacionada 23(39.7%) y mujeres infértiles 37(63.8%), en cuanto a la adaptabilidad de mujeres infértiles fueron flexibles 22(37.9%) y en mujeres fértiles estructurada 19(32.8%), tomando en cuenta la clasificación según el modelo circunplejo de Olson reportamos para las mujeres infértiles en el nivel extremo: rígidas no relacionadas 2 (3.5%), en el rango medio estructurada no relacionada 6 (10.3%), y para el nivel equilibradas flexible semi-relacionada 15 (25.9%), para las mujeres fértiles en el rango extremo caóticas-aglutinadas 5 (8.6%), para el rango medio caótica-relacionada 6 (10.3%), y para el rango equilibrada flexibles semi-relacionadas 8 (13.8%).

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Asociación de médicos especialistas Del H.G.O. No 3 Centro Médico Nacional La Raza, Fundamentos en Ginecología y Obstetricia México, Méndez Editores.
- 2.- Pérez Peña Efraín. Atención Integral de la infertilidad México Mac Graw Hill 2002. pp 2-8 ,477-489.
- 3.-Carranza Lira S. Fundamentos de Endocrinología, Ginecología y reproductiva México, Masson Doyma 2003 pp 169-184
- 4.-Lone Schmidt. Doctor of Medical Science. Infertility and Asisted Reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. Danish Medical Bulletin 2006 Vol. 53 no. 4.
- 5.- Morales Carmona F., Rodríguez Ogaz S. y cols. Autoconcepto y Características de Personalidad : Estudio Comparativo entre mujeres y hombres Estériles y Fértiles. Perinatol Reprod Humana 1995. vol. 9, No. 2.
- 6.- Jonathan S. Berek., MD MMSc, Ginecología de Novak México Mc Graw Hill Interamericana. 2002
- 7.- Mendoza-Solis et al, Analisis de la Dinamica y Funcionalidad Familiar en Atencion Primaria, Archivos de Medicina Familiar. Mexico, 2006 vol. 8 (1) 27-32
- 8.-Ian R. McWinney. Medicina de Familia, España. Editorial Mosby Doyma 1995.
- 9.- Gómez clavelina .F.J., Ponce Rosas E.R., Irigoyen Coria A.E. Atención Familiar. Departamento de Medicina Familiar UNAM.
- 10.- Silva Meneses Alejandra, Evaluación de la Funcionalidad Familiar, México. 2007.
- 11.- Navarro Góngora J. Parejas y Enfermedad. Una Revisión . Universidad de Salamanca. Facultad de Psicología. Año.
- 12.- Hernández Ríos M., Herrera Santi P. Infertilidad como Evento Paranormativo. Su repercusión familiar Revista Cubana de Medicina General Integral. 2002. Vol. 18 no.2.
- 13.-Martínez-Panpliega et al Family and Adaptability Evaluation Scales, International Journal of Clinical and Health Psychology. España 2006 vol.6, (2) 317-338.
- 14.-Lone Schmidt et al. Does infertility cause marital Bedit an epidemiological study of 2250 women and men in fertily treatment. .Patient education and counseling 2005, 59 244-251.

15.- Academia Mexicana de Investigación en Demografía Medica AC Glosario de Terminología en Población, México. 1987.

16.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
<http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>

17.-Gonzalez L. I., El Paternaje su Conceptualización. Revista de Medicina General Integral 18(4) 2002.

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha México D.F.

Del 2009.

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Cohesión y Adaptabilidad en mujeres con problemas de infertilidad primaria en comparación con mujeres fértiles en la Unidad Medica de Alta Especialidad del hospital de Ginecoobstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:
3605

El objetivo del estudio es:

Determinar el grado de funcionalidad familiar en las parejas con problemas de infertilidad primaria y parejas con hijos en el hospital de Ginecoobstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario de manera confidencial y lo más cercano a la realidad.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del paciente

Dr. Fernando Cruz Castillo

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable

En caso de duda o aclaraciones comuníquese al teléfono: 58-47-33-44,
Testigos

FACES III

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

| | | | | |
|-------|------------|---------------|--------------|---------|
| Nunca | casi nunca | algunas veces | casi siempre | siempre |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Describa su familia

1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si _____
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas _____
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia _____
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina _____
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos _____
6. Cualquier miembro de la familia puede tener la autoridad _____
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia _____
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas _____
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en la familia _____
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo con los castigos _____
11. Nos sentimos muy unidos _____
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones _____
13. Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente _____
14. En nuestra familia las reglas cambian _____
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia _____
16. Intercambiamos los quehaceres entre nosotros _____
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones _____
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad _____
19. La unión familiar es muy importante _____
20. Es difícil decidir quien hace las labores del hogar _____

ANEXO 3.a

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Parejas infértiles.

SEXO : Femenino ()

EDAD: _____ años

OCUPACIÓN: obrero () comerciante () profesionista ()
otro () especifique. _____

ESCOLARIDAD: primaria () secundaria() preparatoria()
técnica o comercial () licenciatura() posgrado ()

ESTADO CIVIL: casado () union libre()

AÑOS DE CASADOS: 3 a 5 años () 6 a 8 años () 9 a 12 años ()

ANEXO 3.b

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Parejas fértils.

SEXO : Femenino ()

EDAD: _____ años

OCUPACIÓN: obrero() comerciante () profesionista ()
otro() especifique _____

ESCOLARIDAD: primaria () secundaria() preparatoria()
técnica o comercial () licenciatura() posgrado ()

ESTADO CIVIL: casado () unión libre()

AÑOS DE CASADOS: 3 a 5 años () 6 a 8 años () 9 a 12 años ()

NUMERO DE HIJOS _____

