



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR C/ MÓDULOS DE ENFERMERÍA No. 66.
APODACA, NUEVO LEÓN.



**PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA EN MUJERES
EMBARAZADAS DE LA UMF 9 DEL IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

ROSA MARGARITA GARCÍA HERNÁNDEZ
NÚMERO DE REGISTRO
R-2012-1912-9

NUEVO LEÓN

FEBRERO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA EN MUJERES
EMBARAZADAS DE LA UMF 9 DEL IMSS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

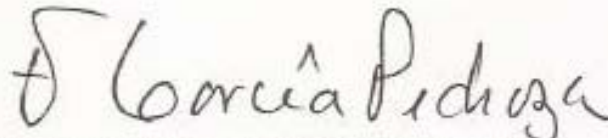
PRESENTA

ROSA MARGARITA GARCÍA HERNÁNDEZ

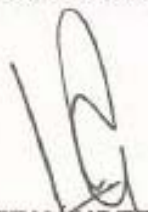
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.


**PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA EN MUJERES
EMBARAZADAS DE LA UMF 9 DEL IMSS**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA

ROSA MARGARITA GARCÍA HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES


DRA. MARTHA ELISA HERNÁNDEZ RAMÍREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR C/ ME N° 66
MONTERREY, NUEVO LEÓN


DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA


DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
PROFESOR ADJUNTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA


DRA. MARÍA ISABEL CRUZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA


DR. EDUARDO ENRIQUE GONZÁLEZ GUAJARDO
COORDINADOR DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE
INSTITUCIONAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1912
H GRAL ZONA -MF- NUM 6, NUEVO LEÓN

FECHA **06/06/2012**

DR. HUGO ALEJANDRO FONSECA MONTES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Percepción de la relación de pareja en mujeres embarazadas de la UMF 9 del IMSS.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

| |
|-------------------------|
| Núm. de Registro |
|-------------------------|

| |
|----------------------|
| R-2012-1912-9 |
|----------------------|

ATENTAMENTE

DR.(A). ALEJANDRO LÓPEZ VILLARREAL

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1912

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

RESUMEN

Título: Percepción de la relación de pareja en mujeres embarazadas.

Introducción: Al ser la familia un sistema abierto y cambiante además de ser el núcleo de la sociedad, consideramos que las parejas, las familias y la sociedad han cambiado a través del tiempo, en este proceso existe inestabilidad que causa crisis de diversas causalidades lo cual modifica el subsistema conyugal el que nos preocupa en nuestro estudio es la ocasionada con la llegada de un nuevo miembro a la familia así como por el período de espera del mismo ; el embarazo se valora distinto en cada época y en cada sociedad, lo cierto es que siempre causa modificación de la estructura en la familia y por supuesto en la pareja.

Objetivo general: Determinar cómo perciben las mujeres su relación de pareja durante el embarazo

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, en donde se estudiaron mujeres embarazadas derechohabientes IMSS de la Unidad de Medicina Familiar número 9, que acudieron a control prenatal en el periodo de tiempo comprendido de 1 Julio al 30 Noviembre del 2012. Se les aplicaron dos instrumentos de medición, el test de Chávez Aguilar, en el cuál se calificaron las principales funciones del subsistema conyugal: comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones y la escala de Valoración de la Relación con 7 reactivos que varían en un rango de 1 a 5 y se sumaron dando a mayor puntuación mayor funcionalidad.

Conclusiones: Se analizaron un total de 300 instrumentos aplicados a las mujeres embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión de nuestro estudio, los datos obtenidos fueron analizados con el paquete estadístico Excel. Encontramos los siguientes resultados un bajo porcentaje (46%) de diferencia entre las pacientes que percibieron a su relación de pareja como disfuncional y las que la consideraron funcional. Otro hallazgo interesante fue que el incremento de edad en la mujer es directamente proporcional a la satisfacción de pareja y a la percepción de una buena relación funcional.

**PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA EN MUJERES EMBARAZADAS
DE LA UMF 9 DEL IMSS**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

| | |
|--|----|
| Título. | |
| Índice general. | |
| Marco Teórico..... | 1 |
| Planteamiento del Problema | 7 |
| Justificación..... | 8 |
| Objetivos | 9 |
| - <i>General.</i> | |
| - Específico. | |
| Metodología..... | 10 |
| - Tipo de estudio | |
| - Población, lugar y tiempo de estudio | |
| - Tipo de muestra y tamaño de la muestra | |
| - Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación | |
| - Información a recolectar | |
| - Método o procedimiento para captar la información | |
| - Consideraciones éticas | |
| Resultados | 16 |
| - Descripción de los resultados | |
| - Tablas y gráficas | |
| Discusión..... | 25 |
| Conclusiones..... | 29 |
| Referencias bibliográficas | 31 |
| Anexos | 34 |

Con amor.....

A Ramón, Ramón Eduardo
y Diego.

AGRADECIMIENTOS

A Dios; por mostrarme su amor y cuidar cada uno de mis pasos, por guiarme en esta vocación de la que me siento orgullosa.

A mis padres; por su amor y apoyo en todas las etapas de mi vida, son mi ejemplo a seguir.

A Ramón, el amor de mi vida, mi apoyo, que me ha acompañado en estos días de esfuerzo y noches de desvelo, que ha sacrificado todo por ver realizada una meta, por su comprensión en esta aventura, gracias.

A Ramón y Diego, mi motor y mi orgullo.

A mis hermanas y hermanos; por todo su apoyo, toda la vida.

A mis amigos y compañeros: Marco, Lorena, Claudia, Katia, Javier y Hugo; por ser mis maestros, mis padres, mis hermanos, cómplices, consejeros y confidentes, pasajeros en esta misma aventura que sólo nosotros conocemos.

A mis maestros; por saber ser instrumento para practicar la tolerancia y la compasión.

A mis pacientes por ser un libro abierto para mí, por su confianza y respeto.

MARCO TEÓRICO.

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad, es el medio a través del cual los seres humanos se desarrollan; esto hace que el vínculo matrimonial se vuelva un área de suma importancia en la formación de individuos para construir una sociedad equilibrada facilitando la funcionalidad dentro de un contexto.¹

Tomando en cuenta su composición en tres subsistemas: conyugal, paterno filial y filial, así como los cambios sociales dinámicos actuales ha evolucionado lo que se pensaba del matrimonio - pareja dentro de la sociedad humana la cual está ligada al entendimiento de la comunicación conyugal y familiar. ²

El interés por el estudio científico de la relación conyugal se debe en gran medida al enfoque sociológico y biopsicosocial del proceso de salud - enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico, donde cobran interés los factores tanto psicológicos como sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia, en donde durante siglos se entendieron los valores familiares como algo sólido e incambiable, así la institución matrimonial era esencialista donde la visión clásica del matrimonio se entendía como una familia tradicional. ³

En donde el jefe de familia era proveedor y la madre se encargaba del cuidado de los hijos, la organización y economía desde dentro del hogar, actualmente la inclusión de la mujer al área laboral, debido al despertar intelectual de esta y la necesidad de un ingreso económico mayor en las familias, genera un cambio en la adjudicación de roles dando lugar a la familia moderna. ⁴

Encontrando áreas de la relación conyugal en donde debe existir compatibilidad tales como: El sistema de valores, núcleo de creencias, comunicación y sexualidad que permitan la efectividad en la resolución de situaciones cotidianas respecto a opiniones, conducción de los hijos, capacidad de escuchar y agradecer las opiniones diferentes y actuar asertivamente favoreciendo una adecuada intimidad emocional, es decir capacidad de divertirse juntos, lograr gratificación sexual mutua, expresar emociones al cónyuge, compartir humor, relajación, diversión, deseos, esperanzas, contratiempos y disfrutar momentos de intimidad. ⁵

Con respecto a lo anterior el modelo de Bradbury describe tres grandes variables asociadas con los problemas de las relaciones: el proceso adaptativo dentro del subsistema conyugal, la resistencia a la transformación del ciclo vital familiar, y las crisis normativas y paranormativas que se presentan en la familia.⁶

Además Minuchin demostró que de todas las características del apoyo familiar, el grado de cohesión de la misma es el de mayor influencia, destacándose la cohesión que se tiene con la pareja.⁷

Burgess y Wallin estudiaron 666 parejas desde el momento de su unión hasta los 10 años de matrimonio, concluyendo que el matrimonio con éxito es más probable cuando los individuos fueron criados por padres felizmente casados, sexualmente satisfechos, seguros de sí mismos, con moderación sexual antes del matrimonio, en donde había un largo cortejo lo que respaldó la creencia tradicional de que el marido debe ser el jefe de la familia y la mujer debe quedarse en casa. Informaron de una correlación significativa entre las relaciones prematrimoniales largas y sin prácticas sexuales, con un matrimonio de sexualidad placentera con comunicación adecuada. Advirtiendo cambios desfavorables en la relación de pareja durante la fase de expansión.⁸

Desde el inicio de la humanidad la fecundidad, maternidad así como el embarazo se vislumbran como algo sagrado, mágico, lleno de dinamismo en todos sentidos, transforma a una mujer en otra distinta, cambia roles tanto a nivel familiar como social, transforma conductas, vivencias y sexualidad. La sexualidad en todas sus connotaciones es un elemento de gran importancia en la relación de pareja, en cualquier etapa por la que esta atraviesa, una de las finalidades, aunque no la única de la sexualidad, es la reproducción.⁹

El embarazo es una situación compleja de stress psicológico durante la vida de una mujer influyendo en la sexualidad y en las actitudes relacionadas a ésta.¹⁰

La conducta sexual durante el embarazo al igual que la comunicación y el afecto constituyen aspectos importantes dentro de la vida de la mujer siendo determinantes para fortalecer el subsistema conyugal.¹¹

El embarazo es un proceso complejo en el que se llevan a cabo cambios importantes a nivel fisiológico, psicológico y social, entre los cambios fisiológicos se encuentran los referentes a la composición corporal secundarios a ganancia

de peso, que repercuten en la autoestima de la mujer gestante así como en su percepción de la propia capacidad sexual influyendo de manera importante en la libido tanto de ella como de su pareja, sin dejar a un lado la maternalización de la mujer por parte de su pareja, viéndola más como una mamá que como una mujer, cambios en la piel tales como: prurito, hiperpigmentación y estrías que influyen de manera similar a la anterior en cuanto a la libido de la gestante, disminución de la caja torácica con restricción en el patrón respiratorio lo que favorece a no poder adoptar algunas posiciones prolongadas. ¹²

Los cambios hormonales, son los mediados por el hipotálamo e hipófisis interviniendo en la regulación de la función reproductora a través del sistema circulatorio portal, por el que vierten las neurohormonas hipotalámicas, denominadas hormonas liberadoras de gonadotrofinas, para de esta manera actuar sobre la adenohipófisis, además de ejercer funciones autócrinas/parácrinas en todo el organismo, lo que explicaría su influencia sobre el comportamiento, incluida, la actividad sexual. ¹³

En cuanto a los cambios psicológicos éstos son más importantes cuanto más condiciones desfavorables rodeen la gestación enfrentándose con frecuencia al abandono emocional de su pareja, a la expulsión laboral, al alejamiento aún que sea transitorio de actividades deportivas y la privación de algunos apoyos sociales, lo que puede llevarla al aborto, al abandono o a la soledad. En lo que a los aspectos sociales se refiere, nuestra sociedad machista sigue discriminando a la mujer gestante en su trabajo o estudio provocando síntomas a nivel emocional que la pueden tornar vulnerable o ambivalente respecto a su embarazo, ya que advierte el cambio de rol que tendrá como madre y como esposa, este conjunto de cambios pueden tornar ansiosa a la futura madre. ¹⁴

Así, el embarazo, en cuanto a la naturaleza, representa la reproducción para la continuidad de la especie y, en cuanto a la cultura, representa la maternidad y un sentido de vida para mujeres en diferentes sociedades. Reproducción-maternidad son inseparables, explicables como dos facetas del mismo fenómeno. ¹⁵

Existe un especial interés tanto sobre las prácticas sexuales realizadas durante la gestación, las características de la sexualidad en la mujer gestante como de la relación que ella tiene con su pareja, estas prácticas pueden ser variadas,

considerando la experiencia o gustos de cada persona o contexto en que ésta se inserte. ¹⁶

La sexualidad femenina en la gestación así como su relación de pareja ha sido un tema obviado en las consultas de control prenatal; si surge una dificultad, se reduce a falta de lubricación por un problema hormonal, sin más explicación. En la actualidad la información-asesoría deberán resolver todas las dudas de la paciente, en general de la pareja, tomando en cuenta que en sus vidas se ha producido una transformación profunda enfrentándose a cambios físicos y emocionales que influirán tanto en la sexualidad como en la relación completa ya que al interrumpir ó variar la sexualidad en la pareja, se limita la comunicación, la cooperación, se dificulta la toma de decisiones. Secundario a este fenómeno la pareja se incorpora al rol de padres olvidando el rol pareja por lo que desde el punto de vista psicológico se envía un mensaje de ruptura del vínculo de manera mutua disminuyendo el esfuerzo por cumplir sus expectativas iniciales. ¹⁷

La falta de información en torno a la sexualidad y a la modificación del vínculo conyugal durante la gestación y en todo momento de la vida humana contribuye a crear mitos, tabúes y estrés emocional que ocasionan conflictos a largo plazo en la vida de la pareja, volviéndola vulnerable. ¹⁸

La vulnerabilidad se refiere a aquellas características permanentes de los cónyuges como los rasgos de personalidad, experiencias vividas en la familia de origen, predisposición a la psicopatología, que afectan el funcionamiento conyugal a lo largo del tiempo. Hay evidencias de que los rasgos de personalidad que más influyen desde el punto de vista negativo son el neuroticismo y la impulsividad. Alvarado y Rojas describen que en un 89.6 % de los embarazos existe una actitud positiva a pesar de estos cambios descritos. ¹⁹

En otro sentido la vulnerabilidad se relaciona con las características biológicas, psicológicas, condiciones sociales, ambientales, territorio donde viven, el ciclo vital, estructura y funcionalidad de la familia. La vulnerabilidad materna enfrenta situaciones de fragilidad, ya que se ha relacionado con mayores niveles de estrés asociada a ansiedad durante el embarazo. ²⁰

Sanford, comenta que la insatisfacción marital en cualquier etapa de su ciclo vital familiar se deriva básicamente de la primera etapa del desarrollo humano (antes

de los 36 años) debido a la necesidad que tiene el individuo de individualizarse, lo que involucra excluir al otro a fin de constituir un ego sólido, situación que conduce al conflicto y confrontación, debiendo trascender a través del diálogo o la negociación, así como de la vivencia de las áreas que no se encuentren polarizadas. Logrando lo anterior, se podrá alcanzar la etapa de la individualización a través del matrimonio, donde prevalece la unión y la integración de las diferencias entre la pareja en pleno contacto con el sí mismo o ser total de cada uno de ellos. ²¹

Bajo este enfoque, la satisfacción de la pareja se alcanza en la sana interacción de sus miembros, donde ambos experimentan el aprendizaje, el crecimiento y son capaces de adaptarse a los cambios internos como externos que se les presentan, además de haber desarrollado las suficientes habilidades para resolver los inevitables conflictos que aparecen durante la vida en común, sin detrimento de ninguno de ellos. ²²

Por ello, el equilibrio en la pareja permite el buen desempeño en las áreas de intercambio social, laboral, académico, espiritual y en general en todos los ámbitos de su vida cotidiana. ²³

Entre las investigaciones que se han realizado en torno a la satisfacción de relación de pareja, se ha encontrado que la relación en sí es un estresor que modifica el equilibrio y la satisfacción en el matrimonio, así como el bajo nivel socioeconómico del hombre, las manifestaciones de hostilidad, la falta de cercanía con la pareja, la falta de comunicación, el diferente grado de escolaridad en la pareja o cualquier crisis por la que atravieza una pareja incluido el embarazo. Actualmente uno de los principales problemas de la pareja es el cambio que está sufriendo en su conceptualización e implementación de los roles de género, ya que desde épocas ancestrales, el ideal de satisfacción y bienestar había sido el de la pareja complementaria, donde el hombre se esfuerza para proveer a la familia y la mujer se dedica a la crianza de los hijos y al mantenimiento del hogar, circunstancia que está siendo modificada en las últimas décadas por razones sociales, económicas, políticas, históricas y psicológicas. ²⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La familia es un sistema abierto y cambiante, es al mismo tiempo núcleo de la sociedad y reflejo de ella, las familias han cambiado a través del tiempo debido a esto el embarazo se valora de una manera distinta en cada época y en cada sociedad. Lo cierto es que siempre es causa de modificación en la pareja y en la estructura de la familia. Estos cambios pueden afectar distintas áreas de esta relación, una de las crisis normativas que más modifica el subsistema conyugal es la llegada de nuevos miembros y su período de espera. Durante el embarazo se reporta hasta un 70% de satisfacción. La pareja ingresa a una etapa difícil, en donde se experimenta rechazo y desinterés, principalmente en el aspecto sexual, situación que se agrava y desencadena en conflicto conyugal, este fenómeno es de importancia creciente, a nivel mundial, ya sea que se mida su importancia a través de su incidencia, prevalencia, o ruptura de la homeostasis familiar.

La necesidad de fortalecer los programas de apoyo sobre todo a nivel psicológico y de sexualidad además de mejorar la calidad de vida son de gran importancia para el médico familiar siendo prudente conocer los cambios que dan lugar a las crisis por las que pasa una pareja en etapa de expansión y la manera en que las resuelve porque afectará la funcionalidad de su familia así como los conocimientos en cuanto a sexualidad, comunicación, afecto y toma de decisiones que tiene cada pareja que visita el programa de control prenatal. Por lo tanto en nuestro estudio se genera el interés de saber que sucede con la mujer durante la gestación, como percibe a su pareja, su sexualidad, conocimiento de la libido y la modificación de las expectativas iniciales. Poco se ha estudiado a la paciente en periodo de gestación y su sexualidad, así como su relación de pareja y la situación que enfrenta en esta etapa de su vida por lo cual nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la percepción que una mujer embarazada tiene sobre su relación de pareja?

JUSTIFICACIÓN.

La mujer en edad reproductiva tiene muchos aspectos que le permiten mejorar su vida personal y profesional ya que consolida su relación laboral, conyugal y familiar, experimentando alteraciones biológicas, psicológicas, sociales, familiares y conyugales importantes; en el plano psicológico el embarazo impacta sobre imagen y autoestima de la mujer, es más vulnerable al cansancio físico y se torna más sensible emocionalmente;

Por lo que al tener una pareja con dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal que le permita progresar de crisis en crisis resolviéndolas y logrando en la pareja un mayor grado de madurez.

Para el médico familiar es importante conocer la percepción que de su relación de pareja tiene la embarazada identificando oportunamente alteraciones en esta homeostasis y brindando apoyo a la paciente, pareja y familia integrándola a los programas que pudieran ayudarla a recobrar este equilibrio y conservar su calidad de vida.

Muchos de los tratamientos que como clínicos usamos a diario, como lo es :los grupos de autoayuda, redes sociales que existen utilizan técnicas que estan aun en proceso de desarrollo. Esto despierta la curiosidad y motiva a llevar a cabo mas estudios como el nuestro en donde se provea de esta información a nuestras pacientes embarazadas de nuestra UMF 9 IMSS, Nuevo León, así como dar a conocer nuestros resultados.

OBJETIVOS.

Objetivo General:

- Determinar cómo perciben las mujeres embarazadas su relación de pareja.

Objetivos específicos:

- Identificar la funcionalidad conyugal en el embarazo
- Determinar la edad que predomina en la paciente embarazada.
- Identificar el trimestre del embarazo en que se presentan más conflictos.
- Conocer la tipología familiar que predomina en las pacientes del estudio.
- Conocer el estado civil de las pacientes del estudio.

METODOLOGÍA.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. En pacientes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 que acudieron a la consulta externa en ambos turnos, del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en la ciudad de Salinas Victoria, Nuevo León. Se tomó una proporción representativa con base en un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se capacitó a la enfermera de recepción y a dos médicos familiares para la aplicación de los instrumentos de medición, en el momento que la paciente llega a la consulta externa y se aplicó del 1 de Julio a 30 Noviembre del 2012.

Criterios de inclusión: todas las pacientes embarazadas en cualquier trimestre del embarazo, derechohabientes IMSS que acudieron a consulta de la UMF 9, del 1 de Julio al 30 de Noviembre del 2012, aceptaron participar en el estudio, con carta de consentimiento informado firmada por la misma paciente.

Los criterios de exclusión: ausencia de consentimiento informado, no aceptaron participar en el estudio, paciente embarazada sin pareja.

Los criterios de eliminación: pacientes que no acudieron a control prenatal con regularidad, se eliminaron los cuestionarios incompletos.

MUESTRA

El diseño metodológico general es un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

La técnica muestral fué no probabilística por conveniencia, en donde se estudiaron 150 mujeres que cumplieron los criterios de inclusión.

Se aplicaron dos instrumentos de medición (el instrumento de medición de la funcionalidad conyugal de Chávez Aguilar y el segundo instrumento fué la Escala de Valoración de la Relación (Relationship Assessment Scale, RAS) de Hendrick (1988), de manera aleatoria sistemática cada tres pacientes.

| VARIABLES DEL ESTUDIO | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Nombre y Tipo de variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Escala de Medición | Fuente de Información |
| Relación de pareja Variable dependiente Ordinal | Son las interacciones de la pareja que giran en torno a situaciones inconcidentes y que pueden llegar a involucrar a la familia | Percepción que la mujer embarazada tiene sobre su relación de pareja (relacionada a su esfera psicológica, durante el embarazo) | 1.- 0-40 Pareja severamente disfuncional 2.- 41-70 Pareja con disfunción moderada. 3.- 71-100 Pareja funcional | El instrumento de evaluación del subsistema conyugal de Chávez Aguilar |
| | | | 1.- 7-35 a mayor puntuación más funcional | Escala de valoración de la relación de Hendrick |
| Embarazo Variable independiente Nominal | Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento | Pacientes Embarazadas con PIE en sangre positivo y US positivo para embarazo después de 8 semanas de amenorrea | 1.- PIE Y US positivo si existe embarazo | El resultado de PIE y US positivos |
| Edad Escalar | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. | Cantidad de años que ha vivido una persona | 1.-20 o menos 2.-21 a 24 3.-25 a 29 4.-30 a 34 5.-35 a 39 6.-40 o más | Expediente electrónico |
| Estado civil Nominal | Situación jurídica o tipo de contrato en la que se encuentra una persona en relación a otra | Relación de una persona con su pareja | 1.- casado 2.- soltero | Expediente electrónico |
| Edad Gestacional Ordinal | La edad gestacional es el tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. | Trimestre en que se encuentra el embarazo al momento de la encuesta | 1.- Primer trimestre 2.- Segundo trimestre 3.- Tercer trimestre | Expediente electrónico |
| Tipología Familiar Nominal | Forma de organización e interacción de una familia | Características Familiares de acuerdo a su composición | 1.-Nuclear 2.-Binuclear 3.-Extensa 4.-Compuesta | Expediente Electrónico |
| Inicio de vida sexual activa | Primera vez que se ejerce participación activa en el ámbito sexual | Edad de la primera relación sexual | 1.-20 o menos 2.-21 a 24 3.-25 a 29 4.-30 a 34 5.-35 a 39 6.-40 o más | Expediente Electrónico |
| Preferencia sexual | Patrón de atracción sexual | Inclinación emocional y erótico por cierto género | 1.-Heterosexual 2.-Homosexual 3.- Bisexual | Expediente Electrónico |

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.

Se utilizaron dos instrumentos el primero: evaluación del subsistema conyugal de Chávez Aguilar, es una prueba cuali-cuantitativa que califica la comunicación, asunción y adjudicación de roles, satisfacción sexual, afecto y toma de decisiones, cada uno tiene un valor que se suma y el resultado fue calificado como disfunción leve, severa y sin disfunción de acuerdo a la escala ya establecida. Cada función tiene un valor, cuya suma se traduce en algún grado de funcionalidad o disfunción conyugal. Consta de 13 reactivos cuyos valores son 0,5 y 10, que se correlaciona con las respuestas nunca, ocasional y siempre respectivamente. Un valor de 40 o menos refleja una pareja severamente disfuncional, de 41-70 disfunción moderada y de 71-100 una pareja funcional.

El segundo instrumento utilizado para correlacionar fue: Escala de valoración de la relación (Relationship Assessment Scale, RAS) de Hendrick (1988). Es una escala tipo Likert de medida global de la satisfacción de la relación con 7 reactivos que varían en un rango de 1 a 5. Consta de 24 reactivos con tres opciones de respuesta. Por lo que la escala presenta un recorrido potencial de 7 a 35.

Se analizaron los resultados con estadística descriptiva con medidas de tendencia central. Se utilizó el paquete estadístico Excel.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se apega a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud, la cual establece las bases y lineamientos que debe seguir todo protocolo de investigación concerniente al área médica. Así también lo estipulado en el capítulo 1, artículo 13.

Que la Ley General de Salud ha establecido los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud y corresponde a la Secretaría de Salud orientar su desarrollo.

Que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley.

Que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

Que el desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella.

Que sin restringir la libertad de los investigadores, en el caso particular de la investigación que se realice en seres humanos y de la que utilice materiales o procedimientos que conlleven un riesgo, es preciso sujetarse a los principios científicos, éticos y a las normas de seguridad generalmente aceptadas.

Que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas.

ARTICULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Declaración de Helsinki:

Son una serie de recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial (Helsinki 1964), revisada por la XXIX Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y enmendada por la XXXV Asamblea Médica Mundial (Venecia 1983) y la XLI Asamblea Médica Mundial (Hong Kong 1988). Es la misión de los Médicos salvaguardar la salud de los individuos, su conocimiento y conciencia, dedicados para lograr esta misión.

El progreso Médico está basado en la investigación que debe estar sustentada parcialmente en la experimentación, involucrando seres humanos. El campo de la investigación Médica debe llevarse a cabo con objeto diagnóstico y terapéutico básicamente y no con la finalidad científica en forma pura.

El propósito de la investigación biomédica que involucra seres humanos, debe ser para mejorar el diagnóstico de los procedimientos terapéuticos y profilácticos en el entendimiento de la etiología y la patogénesis de la enfermedad. En el presente estudio se investigará la funcionalidad conyugal y la percepción que la mujer embarazada tiene de su relación de pareja.

RESULTADOS.

En una investigación observacional, descriptiva, transversal y prospectiva se estudiaron 150 mujeres embarazadas derechohabientes de la UMF 9 del IMSS, quienes acudieron a control prenatal de 1 Julio a 30 de Noviembre del 2012, la técnica muestral empleada fue no probabilística por conveniencia. El objetivo fue determinar la percepción que de la funcionalidad de su pareja tienen dichas pacientes.

Encontramos lo siguiente: El 100% de las mujeres de nuestro estudio estaban en una relación de pareja estable, su estado civil fue el 74% (111) casadas y 26% (39) en unión libre. La edad de las pacientes se encontró entre 14 y 44 años, siendo la mayoría menores de 20 años, en 36 % (54). La estructura familiar más constante fué la nuclear simple en el 45 %(67). La escolaridad alcanzada en la mayoría de las mujeres encuestadas fué secundaria completa en el 32 % (47), encontrándose como hallazgo un 4% (6) pacientes analfabetas. (Tabla 1)

En base a lo obtenido de la aplicación del instrumento de disfunción conyugal de Chávez y la información del expediente electrónico se observa que el 54 % (81) de las pacientes percibió como funcional su relación de pareja; el 42% (62) disfunción moderada; y el 4% (6) restante como severamente disfuncional. (Gráficas 1 y 2)

Se encontró mayor percepción de funcionalidad en el grupo de las mujeres menores de 20 años el 27 % (40); Contradictoriamente encontramos también en este grupo el mayor número de casos de disfunción severa 3%(4). Presentando menor funcionalidad el grupo de mujeres entre 35 y 39 años (7.5%).(Gráfica 3.)

El mayor número de casos con percepción de disfunción en el grupo general se encontró en el grupo de 25 a 29 años 11.5% (17). (Gráfica 4)

En cuanto al estado civil se reportó mayor porcentaje de funcionalidad de pareja en casadas 55% (82) en comparación con las que viven en unión libre 45% (68). . (Gráficas 5 y 6)

De acuerdo a la escolaridad se encontraron más satisfechas las pacientes que cursaron solo primaria y secundaria 62% (93) los estudios de nivel superior y la ausencia de estudios dan lugar a menor satisfacción de pareja 38% (57) (Gráfica 7)

En el rubro de religión se encontró funcionalidad en el 63 % del grupo católico, 28 % en el cristiano y 65% pertenecientes a otras religiones. Con mayor disfunción de pareja en mujeres cristianas. Aunque el único grupo en donde se observó disfunción severa fué en el de pacientes católicas 6.5%. Lo cual representa el 4% del total de pacientes estudiadas.

En cuanto al tipo de familia se encontró disfunción de pareja en las familias compuestas en un 16% del total de las 150 pacientes estudiadas.

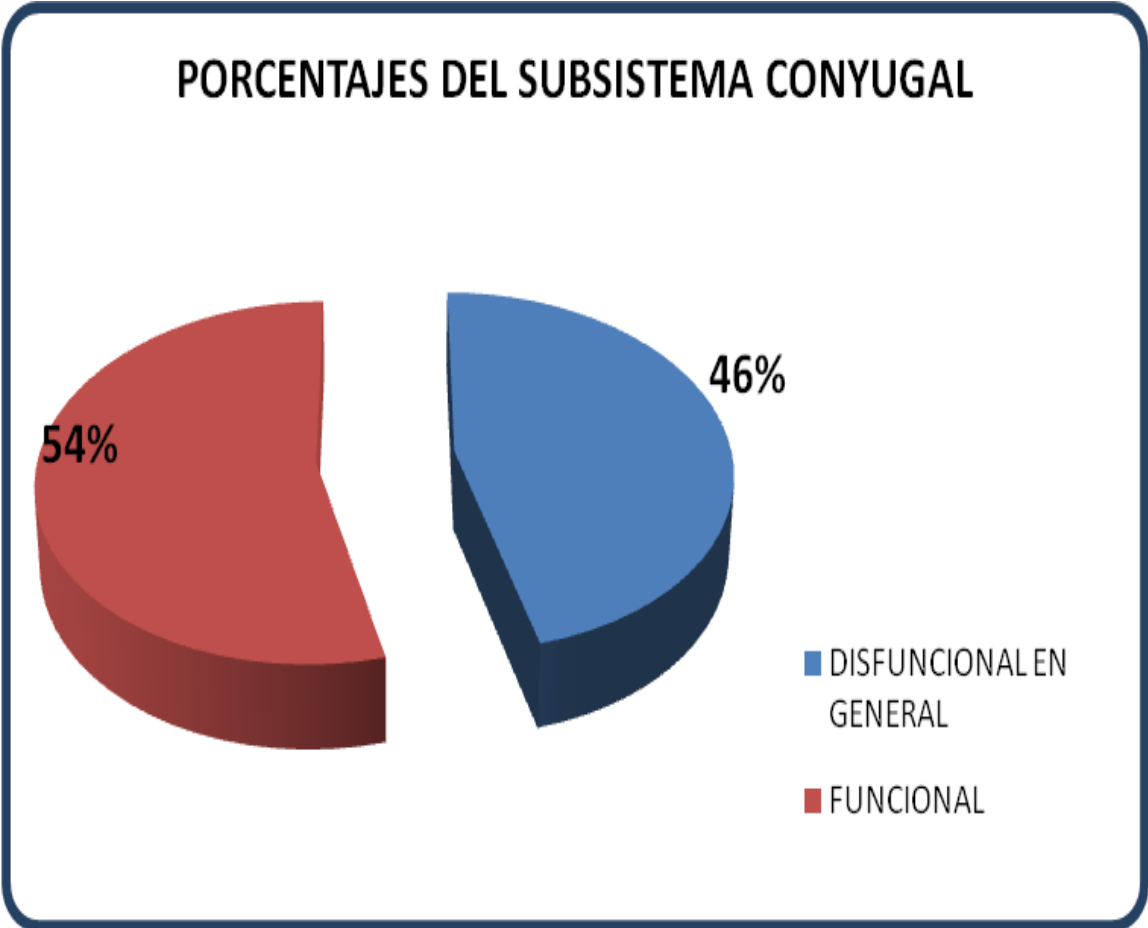
Del total de la población estudiada el 54% se percibió como funcional, un 42% con disfunción moderada y el resto severamente disfuncional 4%. Mostrando con esto un porcentaje total de disfunción del 46%.

El mayor porcentaje de disfunción se evidenció en el grupo de edad entre 25 a 29 años (25%), seguido por el de 30 a 34 años (22%), con menor porcentaje de disfunción en pacientes menores de 20 años.

En cuanto al estado civil se presentó mayor disfunción en el grupo de mujeres casadas 72%, contra un 28 % que se presenta en la población que vive en unión libre.

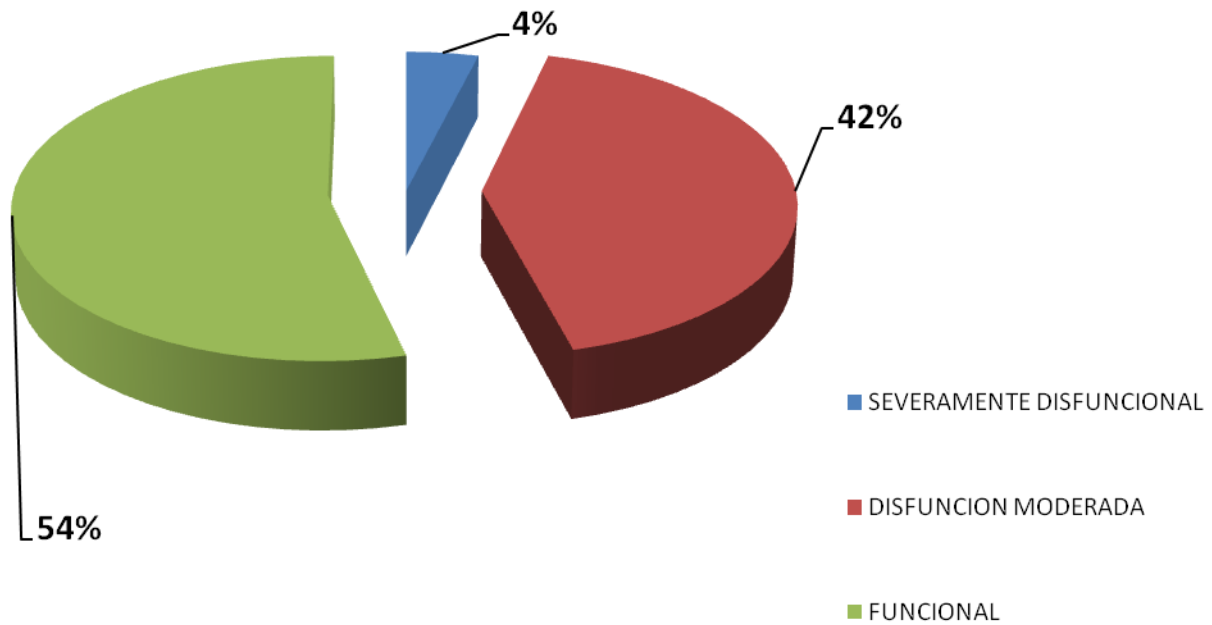
En general los aspectos más afectados fueron la comunicación y la toma de decisiones.

GRÁFICAS y TABLAS.

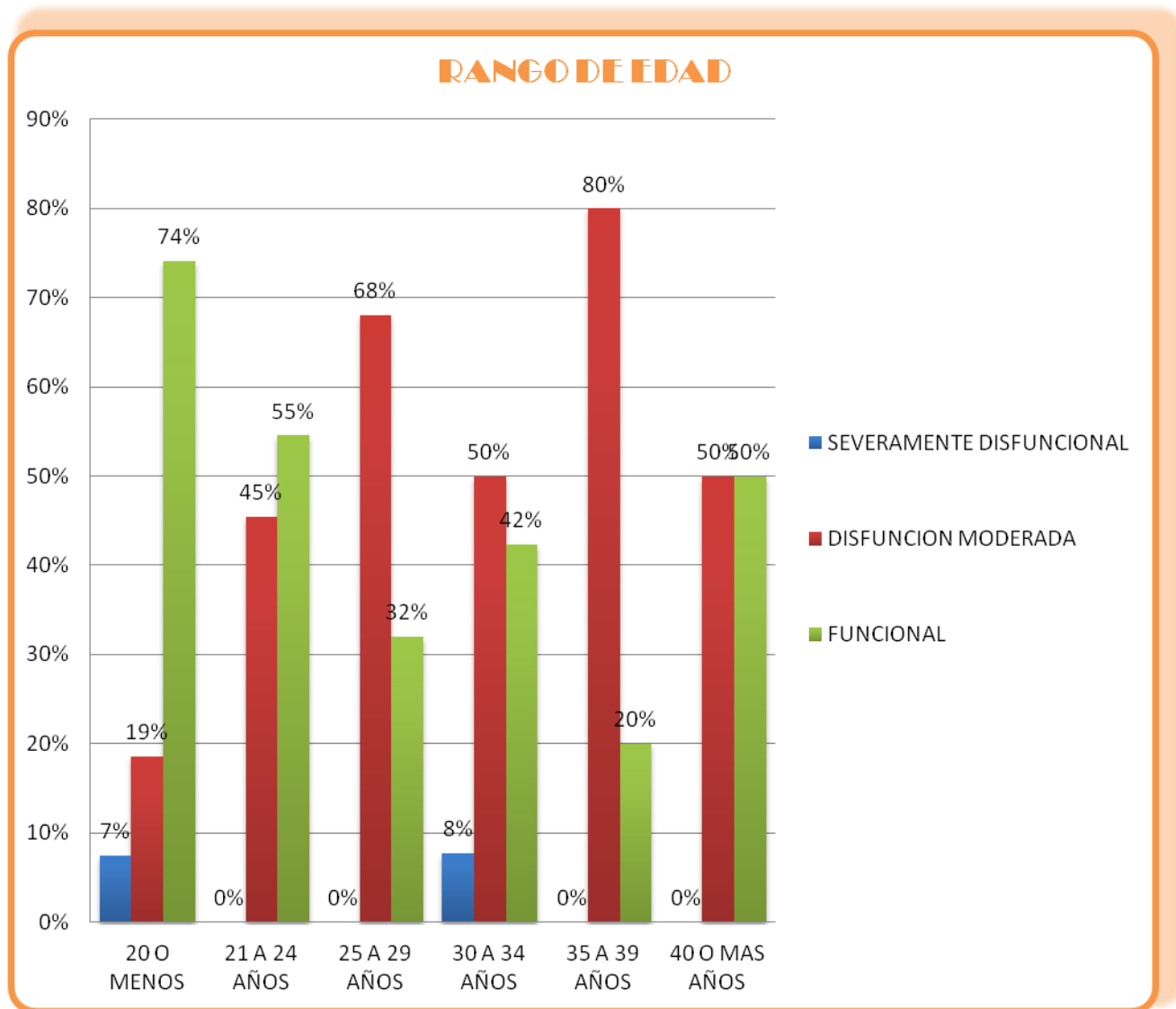


Gráfica 1. Porcentaje total de funcionalidad conyugal.

PORCENTAJES DE LA PERCEPCIÓN DE DISFUNCIÓN EN EL TOTAL DE LA MUESTRA

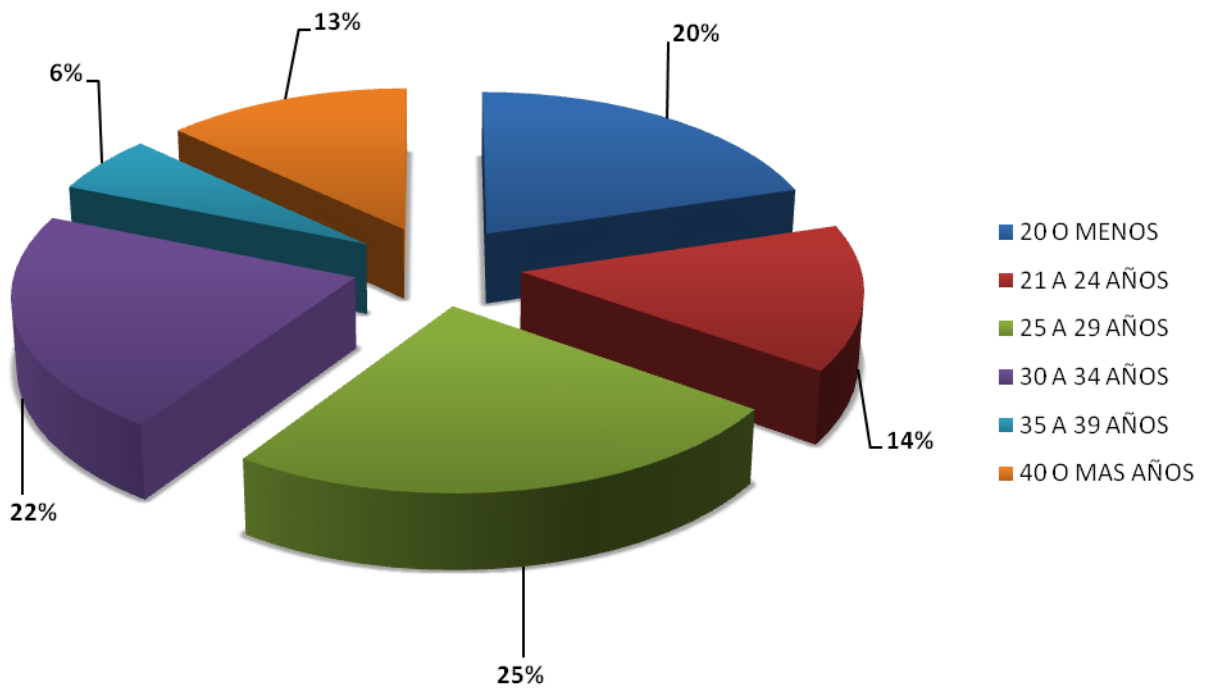


Gráfica 2. Porcentaje de disfunción conyugal.

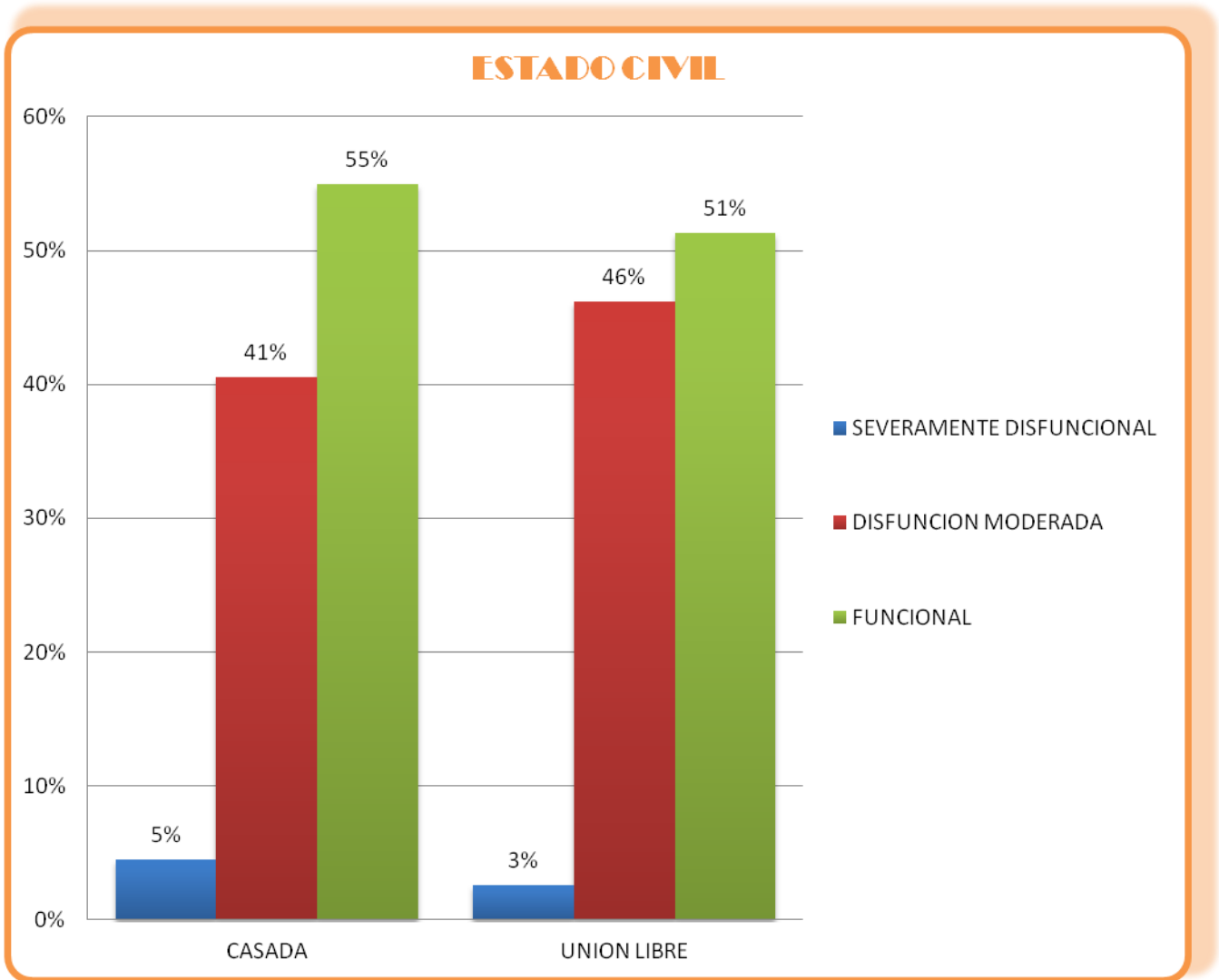


Gráfica 3. Porcentaje de percepción de la disfunción de pareja por edad.

POBLACION DISFUNCIONAL

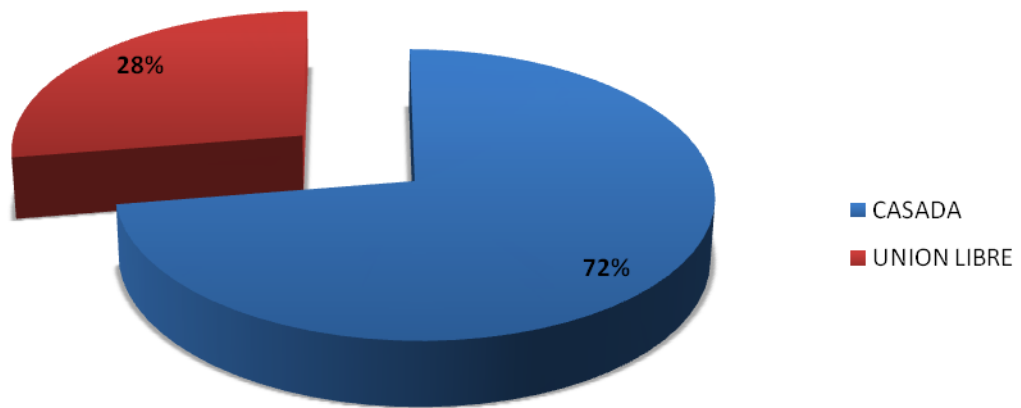


Gráfica 4. Porcentaje de percepción de la disfunción de pareja por edad, en población disfuncional.

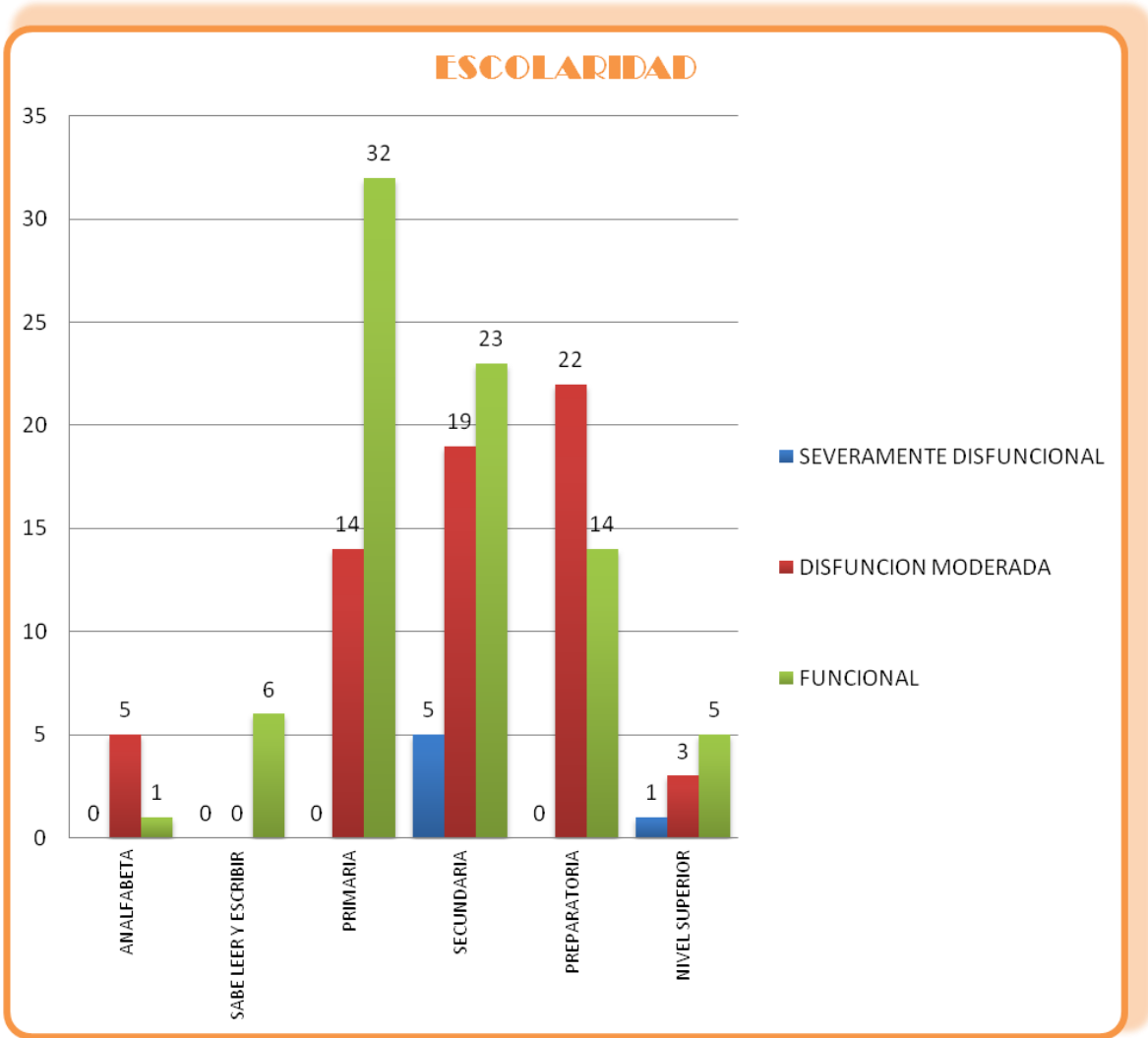


Gráfica 5. Porcentaje de percepción de la disfunción de pareja por estado civil, en población general.

POBLACION DISFUNCIONAL



Gráfica 6. Porcentaje de percepción de la disfunción de pareja por estado civil, en población disfuncional.



Gráfica 7. Porcentaje de percepción de la disfunción de pareja por escolaridad.

DISCUSIÓN

En un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, con pacientes embarazadas adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Salinas Victoria, Nuevo León. Se analizaron situaciones de la vida cotidiana de una pareja promedio tales como: la experiencia sexual, la claridad y congruencia de comunicación, cumplimiento e intercambio de roles, manifestaciones físicas, calidad de tiempo juntos y satisfacción de expectativas iniciales en una relación de pareja; para medir cómo entiende su relación de pareja la mujer embarazada y cómo influyen los cambios gestacionales en dicha relación. La aplicación de instrumentos de medición tuvieron una buena aceptación, con una alta tasa de participación en la consulta de control prenatal en donde realizamos el abordaje de la salud sexual y aspectos de homeostasis conyugal. La muestra es homogénea y suficiente para evidenciar la realidad de la región en donde se realizó. Los instrumentos de medición utilizados miden adecuadamente la población de estudio, lo que nos permite dar validez a los resultados y alcanzar la mayoría de los objetivos propuestos, utilizando estos instrumentos en nuestro estudio encontramos una satisfacción de la relación de pareja en 54% de las pacientes encuestadas lo que difiere del 70 % reportado por Byrd.¹⁸

Es probable que un instrumento de medición específico para parejas con mujeres embarazadas aportara mayor información a la investigación.

Además de encontrarse que mientras más joven la paciente, tiene menor escolaridad y menos expectativas, así como mayor dependencia económica y lo que busca en una pareja es más que todo un proveedor, por lo que su relación se torna satisfecha al obtener su demanda, encontrando en las menores de 20 años mayor satisfacción de pareja, difiriendo de lo encontrado por Sandberg,¹⁶ quien utilizando la escala de satisfacción marital concluye: que mientras más joven es la mujer gestante más grande es su ego así como su necesidad de dependencia y cuidado y por lo tanto sus relaciones sexuales, emocionales y de todo tipo con su pareja se tornan insatisfactorias y hasta desagradables reportando mayor satisfacción de pareja en un grupo de mujeres alrededor de los 40 años.

Los resultados de los estudios de Bradbury¹¹ en mujeres embarazadas, revelan que la sexualidad durante la gestación se caracteriza por que consideran sus relaciones sexuales satisfactorias y consideran prescindible el coito. Esto probablemente por la estimulación nerviosa y emocional a la que es sujeta la gestante, así como al aumento de la descarga libidinal proyectada hacia su futuro hijo. De acuerdo al presente estudio la maternidad modifica en el tiempo el apetito sexual y el grado de satisfacción reportando que el mayor porcentaje de insatisfacción se encontró en la segunda gesta y en el primer trimestre de gestación, esto puede deberse a que el 71% de las pacientes estudiadas se encuentran en este trimestre y que en la segunda gesta la mujer embarazada tiene más trabajo con su hijo anterior lo que origina desgaste emocional y físico, repercutiendo en la relación conyugal, difiriendo de lo reportado por Byrd¹⁶ quien encontró que el número de relaciones por semana disminuye conforme aumenta la edad gestacional aumentando el porcentaje de insatisfacción y no llega a recuperarse hasta después de la conclusión del embarazo, esto último en conjunto con el deterioro de la comunicación y los demás aspectos mencionados explican también los estudios de Mendizabal y Montalvo²⁵ que mencionan que la intensidad del deseo se reduce en el segundo trimestre de edad gestacional, difiriendo también con los de Alonso y Dueñas, quienes concluyen que la respuesta sexual, el deseo y la satisfacción en general se disminuyen conforme avanza la edad gestacional y recuperaban hacia los tres meses posparto reflejando mayor insatisfacción hacia el tercer trimestre del embarazo. Silva Meneses²¹ estudió además de funcionalidad de pareja, funcionalidad familiar en las pacientes gestantes, utilizando Faces III, Apgar y la escala de satisfacción marital, difiere de los resultados del presente estudio en cuanto a la relación de pareja durante el embarazo ya que no se considera como factor de disfunción esta condición fisiológica. En este estudio se observó que mientras más se conoce la pareja y más tiempo pasan juntos crece en todos los sentidos, esto concuerda con lo reportado por Balbury¹¹ quien también observó un cambio en la calidad de las relaciones durante el embarazo. Nuestros resultados reflejan que todo ello está influido por los cambios en el estilo de vida, ya que al dormir menos horas las mujeres no liberan adecuadamente las hormonas hipotalámicas y muestran

cambios en la intensidad del cansancio y en el estado de ánimo. Además, el momento de suspensión de las relaciones sexuales coitales está influido por la edad, el nivel de estudios, la actividad laboral, la vivencia previa de la sexualidad y el método anticonceptivo utilizado anteriormente. Se encuentra concordancia con Barrero⁹ en que la sexualidad de la pareja se resiente en la gestación, sea cual sea su estilo de vida. Los estudios que comparan este factor son escasos, pero coincidimos en los resultados, por ejemplo con los de Byrd,¹⁸ existe una mayor pérdida de deseo sexual en las mujeres gestantes que en cualquier otra condición en la adultez media. Nuestro estudio constata una disminución del interés por el sexo por parte de las madres gestantes, pero no a causa de los motivos que adujo Avery, (problemas para el uso de las mamas en la práctica sexual) la disminución en el deseo y la excitación en la mujer gestante, así como la variabilidad en el grado de satisfacción la relación de pareja, es un proceso temporal y la mujer en esta etapa desea que se restablezca. No existieron pérdidas de casos. Se debe tener en cuenta que no existen estudios al respecto reportados en los últimos 10 años en México, nuestra muestra es homogénea y no incluye a mujeres de otras culturas, por lo que sería de interés en un futuro hacer un estudio multicéntrico y con una muestra más heterogénea, sería más completa la información si en otro estudio realizado a futuro consideramos a la pareja y no sólo a la mujer gestante, para tener una visión más completa. El diagnóstico y tratamiento tanto de la sexualidad de la mujer gestante, su ejercicio sexual con la pareja, la satisfacción de ambos, la percepción de la relación y la funcionalidad conyugal, se encuentra en fase de investigación y constante revisión. Existe escasa bibliografía sobre el tema y ningún instrumento de medición específico para la mujer en etapa de embarazo y su pareja. Aunque los instrumentos de medición utilizados en este estudio no son específicos para la relación de pareja en mujeres embarazadas, sino que son escalas que miden la satisfacción de pareja en cualquiera de los ciclos por lo que atraviesa, encontramos que otros autores en el 2008, utilizan la escala de valoración de la relación para valorar la relación de pareja durante el embarazo enfocado a su labilidad emocional y más recientemente Díaz, Amato y Chávez en 2013 utilizan esta misma escala para correlacionar la ansiedad en el embarazo con la percepción de la relación de

pareja. Por lo que se cree conveniente y necesario la elaboración de escalas validadas y específicas para la identificación de diferentes cambios y percepciones de la satisfacción en la mujer embarazada en este grupo de la población que es importante en el primer nivel de atención y al que se dirigen muchos de los indicadores de la salud pública.

CONCLUSIONES.

El embarazo es una crisis por la que atraviesa toda pareja en etapa de expansión por lo que impacta en todos los grupos y todas las sociedades en la forma en que estas lo interpretan, modificándose la estructura y funciones de la familia y lógicamente la relación de la pareja. El período gestacional afecta las prácticas sexuales. Cuando los resultados de este estudio se confrontan con la literatura, es evidente que los factores culturales influyen en la elección de algunas de ellas. Las mujeres de la comunidad de Salinas Victoria presentan un patrón de comportamiento de prácticas sexuales en la gestación, parecidas a las del resto de México y distintas de las orientales y europeas. Infiriendo lo anterior por el tabú sexual que existe en esta región derivado de la cultura. La libido y la fisiología son dos dimensiones de nuestra vida orgánica, no se debe estudiar el cuerpo humano sin tener en cuenta su dimensión libidinal, la cual, se encuentra aumentada durante la gestación en cuanto a la maternidad, esta es una de las razones por las que la sexualidad no es tan importante. Actualmente existen en el sistema de salud un gran número de programas enfocados a prevenir enfermedades crónicas degenerativas e infectocontagiosas y sus complicaciones, sin embargo no hay programas enfocados a la conservación de la homeostasis de una pareja embarazada o que atraviesa por alguna otra crisis, lo cual sería de utilidad ayudando a la mujer gestante en su esfera biopsicosocial que es compromiso del médico de familia. Es escasa, pero sólida la información con la que se cuenta actualmente sobre el embarazo y su influencia en la relación de pareja, y más escasa aún la que trata de relacionarlo con la percepción que de su pareja tiene la mujer embarazada. En el presente estudio en lo que a los instrumentos de medición utilizados se refiere nos encontramos con algunas limitantes, por ejemplo, nos es difícil saber con certeza el grado de satisfacción sexual ya que el instrumento de Chávez en este rubro nos describe únicamente frecuencia de las relaciones sexuales lo cual no nos indica satisfacción propiamente dicha, se observó también cierto pudor al responder respecto a la sexualidad. Este instrumento mide también calidad de las relaciones, sin embargo no tenemos un parámetro sensible de calidad se trata de un cuestionamiento subjetivo lo que nos

dificulta saber certeramente si la mujer está satisfecha o no. Además el instrumento de Chávez tiene un lenguaje muy técnico y rebuscado y fué difícil para algunas pacientes contestar sin preguntar el significado, lo cual se presta a sesgo, por otro lado este mismo instrumento facilita el conocer el afecto de la pareja. En cuanto a la escala de valoración de la relación se torna sensible la cuestión de la satisfacción de la relación en general, sin especificar ninguna característica. Es difícil medir la congruencia de la comunicación y la claridad de los mensajes ya que la misma situación de cambios de la paciente origina una respuesta ambivalente. La escala de valoración de la relación es más objetiva en valorar la percepción de la relación mediante preguntas directas del grado de satisfacción de su matrimonio, deseos de no querer estar juntos y amor.

Previo a la etapa de aplicación de los instrumentos de medición y durante el tiempo que se desarrollo el estudio se realizó la búsqueda de un instrumento que valorara específicamente los aspectos de la relación en una pareja embarazada, encontrándonos con la carencia de una escala de medición o instrumento con estas características, detectando así un área de oportunidad en la investigación con este grupo de pacientes y la necesidad de la creación de dicho instrumento para continuar los estudios en ésta dirección.

Se concluye en nuestro estudio que la paciente se torna más satisfecha por debajo de los 20 años, con un grado académico de secundaria o menor. La satisfacción de pareja fué mayor en heterosexuales, casadas, católicas que pertenecen a familia nuclear, primigestas en el primer trimestre de embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Bradbury TN, Karney BR. Understanding and altering the longitudinal course of intimate partnerships, *Social Policy Journal of New Zealand*, 23: 1-30
2. Membrillo LA, Fernández OM, Quiroz PJ, Rodríguez LJ, Familia introducción al estudio de sus elementos, 2da. Ed. México. Editoriales de textos Mexicanos. 2008
3. Huerta GJ, Medicina familiar. La familia en el proceso de salud-enfermedad 1ª Ed. Edit. Afil. México.2005
4. González GJ. La familia como sistema. *Rev Paceaña Med Fam* 2007; 4(6): 111-114
5. Montalvo RJ, Sandler ZE, Amarante RM, Del Valle GG. Comparación del grado de disfuncionalidad en la estructura de familias con y sin paciente identificado, *Rev. Electrónica de psicología Iztacala*. 2005 ;1 (8) : 90-104
6. Suárez CM. El Médico Familiar Y la atención a La Familia, *Rev Paceaña Med Fam* 2006; 3(4): 95-100
7. Blümel JE, Binfa EL, Cataldo AP, Carrasco VA Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer embarazada. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004; 69(2): 118-125
8. Echeverry M, Arango A, Castro B, Raigosa G. Study of the prevalence a female sexual dysfunction in sexually active women 18 to 40 years of age in Medellin, Colombia, *The journal of sexual medicine* 2010 Aug;7(8): 2663-2669.
9. Barrero OJ, La Terapia Marital Integrativa: Una Propuesta Para La Intervención Del Conflicto Marital, *Revista Digital De Psicología*, 2008; 3 (4), 95 - 111
10. Tamayo G.V. Calderón B.L. Conductas sexuales durante el embarazo, *Rev. Universidad de Chile* 2011 mayo; 14-23.

11. Karney BR, Bradbury TN, The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method and research. *Psychological bulletin*, 1995; 118(3):3-34.
12. Mendoza SL, Soler HE, Sainz VL, Gil AI, Mendoza SH, Pérez HC, Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria, *Arch Med Fam* 2006; 8 (1): 27-32
13. Hill CC, Pickinpough J, Phsycologic changes in pregnancy, rev. Elsevier 2008;2:21-23.
14. Arias ID, Byrne CI, Evaluación de los problemas de pareja. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: Siglo XXI.1996; 3: 356-374
15. Najman JM, Keeping JD, Morrison J, Social class, religión and contraceptive failure in a simple pregnant women. *Comunity healt study* 2011; 8(3):323-31
16. Sandberg JF, Miller RM, Harper JJ, Robila MD, Davey M., The Impact of Marital Conflict on Health and Health Care Utilization in Older Couples, *J Health Psychol* 2009; 14(1):9-17
17. Montoliu VJ, La diosa lunar Ixchel sus características y sus funciones en la religión maya, *México Rev UNAM* 2010; 3:35-38
18. Byrd JE. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. rev. *reprod.* 1998; 47(4):305-8.
19. Karney BR, Bradbury TN. Attributions in marriage: State or trait, a growth curve analysis, *J of personality and social Psychology.* 2006;78:295-309.
20. Nava ZM, Femenidad, masculinidad, androginia y satisfacción marital: Un estudio correlacional en parejas mexicanas. México.IMP. 2004.
21. Mendoza SL, Soler HE, Sainz VL, Gil AI, Silva ML, Mendoza SH, Pérez H C, Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria, *Arch Med Fam.* 2006 ;8 (1): 27-32

22. Salazar CE, Boschetti FB, Monroy C. Ponce RR, Irigoyen CA, Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores, Arch Med Fam. 2005; 7(2); 45-48.
23. Martínez PA, Iraurgi I, Galdínez EG, Sanz MJ. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. 2006; 6 (2):317-338
24. Voydanoff P. The effects of work demands and resours on work to family conflict in a pregnant women, Rev. J or marriage and family. 2004; 66(2):398-402
25. Mendizábal O, Pinto BM, Estructura Familiar y embarazo, Ajayu, 2006, 4 (2):234-48.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi Nombre es Rosa Margarita García Hernández soy su Médico Familiar, Usted ha sido seleccionada para participar en este estudio con el Título:

“PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA EN MUJERES EMBARAZADAS”

Esperamos explorar sus experiencias sobre la manera en como usted percibe la relación con su pareja.

Si decide participar en este estudio se realizará una explicación detallada de la manera en que deberá contestar las encuestas, y en todo momento contará con apoyo para despejar sus dudas, será totalmente confidencial y solamente se abordarán los temas antes mencionados, así como otros aspectos de la atención en los servicios de salud. . Los resultados de este estudio podrían ayudar a implementar acciones para mejorar la atención de las mujeres y varones en su etapa reproductiva. No le garantizamos ningún beneficio personal por participar en este estudio

Mantendremos la confidencialidad de los datos que usted proporcionará. El personal de la investigación podrá revisar los datos relacionados con este estudio. Los datos de este estudio podrán ser publicados en revistas científicas, respetando su confidencialidad y anonimato.

Su participación en este estudio es voluntaria y puede rehusar a participar o retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee, sin que esto implique alguna penalización o pérdida de cualquier beneficio al que usted tenga derecho, en relación con su atención de los servicios de salud

Los investigadores tienen el derecho de retirarla del estudio si no cumple con los criterios necesarios para continuar en la misma.

Si ha entendido y comprendido satisfactoriamente en qué consiste este estudio y voluntariamente decide participar, le solicito firme este consentimiento, para proceder a participar. De antemano Gracias por su participación

Firma

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA RELACIÓN

Por favor indique con una X el número que responde mejor como opción de respuesta a cada pregunta sobre su relación marital. Conteste lo más sinceramente posible.

(Se han juntado las versiones de hombre y mujer que tienen formatos separados)

1) ¿De qué manera considera usted que su esposa/o satisface sus necesidades?

| | | | | |
|-------|---|---------------|---|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pobre | | Término medio | | Extremadamente bien |

2) ¿En general, hasta qué punto está satisfecho/a con su relación marital?

| | | | | |
|--------------|---|---------------|---|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Insatisfecho | | Término medio | | Muy satisfecho |

3) ¿En comparación con la mayoría de las/os esposas/os cómo calificaría a la/al suya/o?

| | | | | |
|------------|---|---------------|---|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Pobremente | | Término medio | | Excelente |

4) ¿Con qué frecuencia desea NO haberse casado con su esposa/o?

| | | | | |
|-------|---|----------------|---|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca | | Con frecuencia | | Muy frecuentemente |

5) ¿Hasta qué punto su matrimonio satisface sus expectativas iniciales?

| | | | | |
|-------------|---|---------------|---|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| En absoluto | | Término medio | | Totalmente |

6) ¿Cuánto ama a su esposa/o?

| | | | | |
|----------|---|---------------|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muy poco | | Término medio | | Mucho |

7) ¿Cuántos problemas hay en su relación marital?

| | | | | |
|-----------|---|-----------|---|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muy pocos | | Lo normal | | Muchos |

Compruebe que no ha dejado ninguna frase sin contestar

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