



11226  
62  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE MEDICINA DE POSGRADO E INVESTIGACION  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33  
"EL ROSARIO"

FRECUENCIA DE DISFUNCION CONYUGAL EN LA  
PAREJA CON ESTERILIDAD

**T E S I S   D E   P O S G R A D O**  
**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**P R E S E N T A :**  
**DR. OSCAR CLAUDIO ORTIZ RANGEL**  
**MEDICO RESIDENTE DE 3ER. GRADO DEL**  
**CURSO DE ESPECIALIZACION EN**  
**M E D I C I N A   F A M I L I A R**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ASESORA: DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR



MEXICO, D.F.



FEBRERO DE 2002

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA

V. M. F. No. 33

A



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).

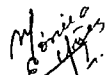
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

## AUTORIZACIONES

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Rodolfo Arvizu Iglesias

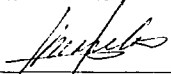
Jefe de Educación e Investigación Médica

De la UMF No. 33

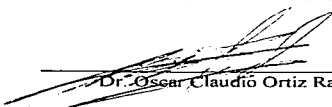
  
\_\_\_\_\_  
Dra. Mónica Enriquez Neri

Profesora Titular del Curso de Especialización en  
Medicina Familiar de la UMF No. 33 "El Rosario"

Asesora de Tesis

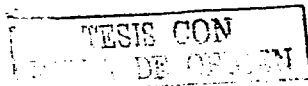
  
\_\_\_\_\_  
Dra. Ma. del Carmen Morelos Cervantes

Profesora Adjunta del Curso de Especialización en  
Medicina Familiar de la UMF No.33 "El Rosario"

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Oscar Claudio Ortiz Rangel

Médico Residente de 3er Grado del curso de  
Especialización en Medicina Familiar en la UMF No. 33

Tesista.



B

## DEDICATORIA

*A DIOS:*

*Por Haberme dado la luz en el  
Sendero de la vida y permitirme  
Terminar satisfactoriamente esta  
Nueva meta en mi carrera profesional.*

*A MI FAMILIA:*

*A mi esposa Martha y mi hija Kennia  
quienes siempre me apoyaron para  
terminar la carrera y a quienes  
muchas veces deje solas.*

*A LA DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI:*

*Quien siempre estuvo al tanto de mi  
Preparación como Médico Familiar,  
Así como oriento y supervisó en la  
Elaboración de esta tesis.*

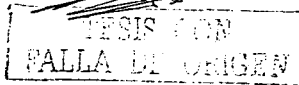
Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: OSCAR RIVERA

OSCAR RIVERA

FECHA: 17/02/03

FIRMA: [Firma manuscrita]



C

## INDICE.

TITULO.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
ANTECEDENTES.....	3
MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
RESULTADOS.....	8
CONCLUSIONES.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXO.....	28

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

5

**TITULO.**

**"FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN CONYUGAL  
EN LA PAREJA CON ESTERILIDAD"**

**En la U.M.F. No.33 "El Rosario" del IMSS México, D.F.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## INTRODUCCIÓN.

La Esterilidad sigue siendo uno de los principales padecimientos, que pueden afectar a la pareja en edad reproductiva, ocasionando principalmente frustración, tensión emocional, sentimientos de inadecuación, miedo, culpa, y resentimiento. Estos pueden provocar alteraciones en la Dinámica Familiar.

Las alteraciones en la dinámica familiar plantea un problema de diagnóstico y tratamiento, hoy en día se busca involucrar a la familia, para mantener su equilibrio dependiendo en gran manera como un reto para el médico de familia, que es quién debe de identificar los problemas, evaluarlos y encausarlos hacia una solución propia, directa y con las menores repercusiones y secuelas.

La familia es el sistema primario por excelencia, el más poderoso al que pertenece un individuo. La vida en familia proporciona el medio más adecuado para la crianza de los hijos, en condiciones adecuadas satisface las necesidades biológicas y psicológicas de los niños y representa la influencia más temprana y duradera en su proceso de socialización, por lo que ha sido observada, medida y cuantificada por sociólogos, economistas y antropólogos.

El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe, en gran parte, al proceso ecológico del Proceso Salud Enfermedad. Con este enfoque, el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra manera la salud del individuo.

En nuestro tiempo y en nuestra sociedad, se han diversificado la necesidad de una atención, con un enfoque hacia la salud. El Médico Familiar necesita ser un elemento capaz de contribuir a un cambio, con una visión integradora en la atención del paciente, la familia y la sociedad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANTECEDENTES.

Estudios epidemiológicos demuestran que en un 15% de las parejas en edad reproductiva tienen problemas de fertilidad. Algunos casos se resuelven espontáneamente sin necesidad de intervención médica, sin embargo, en otras es necesaria la aplicación de alguna técnica de reproducción asistida para poder solucionarlo (5).

Esterilidad es la incapacidad de una pareja para concebir tras un año de tener relaciones sexuales sin emplear anticoncepción, se estima que la esterilidad, afecta a una de cada cinco parejas. Esta creciente incidencia refleja parcialmente la demora del matrimonio y del primer nacimiento dentro del mismo. Las causas más frecuentes de esterilidad se deben a factores del esperma (40%), disfunción ovárica (20%), función tubular anómala (30%) y factores cervicales (5%) y en un 10% de los casos no se identifica la causa.(4)

La forma internacionalmente aceptada, de incluir a una pareja en todos los protocolos diseñados para tratar la dificultad reproductiva, requiere de una exposición adecuada al embarazo durante un año. La etiología se encuentra repartida por igual en ambos conjugues, con un 33% de parejas afectadas por un problema mixto. Los recursos disponibles ofrecen en general una solución en el 50% de los casos, los problemas de etiología mixta ofrecen los peores resultados (1).

Las investigación en reproducción es realizada por profesionales provenientes de las más variadas y diversas disciplinas, así como las publicaciones recientes dan cuenta de la complejidad del objeto de estudio.(2)

La atención de la salud reproductiva se define como un conjunto de métodos y técnicas así como de servicios que contribuyen a la salud en el ámbito de reproducción.(3)

El estudio de la pareja estéril continua siendo hoy un problema de actualidad, el progreso de la ginecología, en el aspecto endocrino y anatomofuncional, ha incrementado las capacidades diagnosticas. Uno de los temas que hoy en día abordamos es la esterilidad como problema de dinámica familiar, no solo como era reconocido anteriormente, como un problema privativo de la mujer. Por otra parte, también se ha visto que estas alteraciones pueden originar disfunciones familiares, problemas maritales, e inclusive a la disolución del matrimonio.

El fracaso de la concepción suele generar frustración, tensión emocional, sentimientos de inadecuación, miedo, culpa y resentimiento. La carga financiera y el consumo de tiempo en los procedimientos diagnostico y terapéuticos de la esterilidad pueden provocar conflictos matrimoniales. La provisión de asesoría y apoyo psicológico es una importante ayuda en el tratamiento. Se han organizado grupos locales y nacionales de apoyo a parejas estériles. A pesar de todos los esfuerzos, algunas parejas no logran conseguir la concepción. Se les debe aconsejar cuando interrumpir el tratamiento y considerar la adopción. (6)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Dentro de la multiplicidad de factores que inciden en el individuo como unidad biopsicosocial se encuentra la sexualidad, definiéndose como aquella que integra los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales del sexo, que se manifiestan a través de una conducta determinada en rol sexual. Al respecto la Organización Mundial de la Salud demostró que los problemas sexuales tienen mayor importancia y trascendencia para el bienestar de una sociedad de lo que se había aceptado anteriormente. Dentro del ámbito de la consulta externa de Medicina Familiar, son muchas las solicitudes veladas por la demanda aparente del paciente dentro del área de sexualidad. (7)

La familia se define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas entre si por los lazos consanguíneos de matrimonio o de adopción. La familia a existido siempre como institución social. Son tan numerosas las funciones de la familia, que deben de realizarse a la vez, haciéndose necesario delimitar con claridad las actividades que deben realizar cada uno de los integrantes y evitar la aparición de conflictos entre ellos. Estas funciones básicas son: socialización, cuidado, afecto, reproducción y status. De estos la reproducción es con la finalidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, con la posibilidad de desarrollarse plenamente como seres humanos. (8)

En cuanto a la Dinámica Familiar se define como aquella colección de fuerzas positivas y negativas, que afectan el comportamiento de cada integrante de la Familia, y hacen que la Familia como unidad funcione bien o mal. La dinámica Familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los integrantes de una familia que le permiten a cada uno desarrollarse como individuos con el sentimiento de no estar aislados y de poder contar con el apoyo de los demás.

Mucha gente cree que es fácil distinguir a las familias mentalmente sanas, de las mentalmente enfermas, los clínicos encuentran que esto no es así, la distinción es relativa, no hay una familia idealmente sana desde el punto de vista psiquiátrico, las familias son predominantemente enfermas o predominantemente sanas. Dando un paso más allá es posible distinguir en una familia dada, algunos componentes de funcionalidad, que son principalmente sanos y otros que son predominantemente inadecuados. Algunas veces es incapaz o de contener sus efectos destructivos del conflicto, la familia reacciona a la tensión del fracaso, con una conducta impulsiva, inadecuada, autodestructiva, dañina. El fracaso persiste en los tres niveles precedentes, la familia muestra síntomas progresivos, de desintegración emocional, que en algunos casos puede culminar en la desorganización de los lazos familiares.(10)

Los problemas especiales de parejas matrimoniales pueden comprenderse mejor en reciprocidad e independencia de la adaptación a los roles familiares respectivos, complementariedad de la conducta sexual, reciprocidad del compañerismo social y afectivo, participación conjunta de la autoridad y división del trabajo. En los trastornos matrimoniales, como en todos los demás, el conflicto puede estar manifiesto o latente, puede ser real o irreal, consciente o inconsciente, en variadas combinaciones. Los trastornos de las relaciones matrimoniales se caracterizan por dos elementos sobresalientes: 1) falta de reciprocidad de satisfacciones y 2) conflicto.(11)

TESIS CON  
DE ORIGEN

La funcionalidad familiar es producto del propósito y características de cada una de las familias, la funcionalidad familiar, se modifica por diversos eventos que les acontecen. Se sabe que las crisis familiares se caracterizan por cuatro etapas subsecuentes (choque, rechazo, depresión y reorganización), la resolución de la crisis familiar depende de cuatro recursos fundamentales: productividad y eficacia familiar, patrones de liderazgo, expresión de los conflictos y claridad de la comunicación. (9)

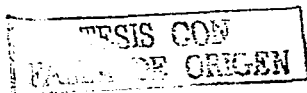
Una familia funcional presentaría las siguientes características: fronteras externas claras y permeables, lo cual permitirá que la familia y sus miembros puedan intercambiar información con otros sistemas sociales, al mismo tiempo que desarrollen su sentido de pertenencia. Fronteras entre subsistemas claras de modo que se puedan llevar a cabo las funciones específicas de cada subsistema, al mismo tiempo que se fortalece su jerarquía y se transmiten las reglas de socialización. Frontera individuales bien definidas, de tal manera que cada uno de sus miembros de la familia, llegue a desarrollar un sentido propio de individualización y autonomía para desenvolverse en el mundo exterior. Para mejor funcionamiento familiar la jerarquía debería estar en los padres o tutores, los cuales tendrán la función de brindar seguridad a sus hijos. Los roles tendrán adecuada fluidez y capacidad para intercambio de funciones. La comunicación dentro de la familia tendrá que ser clara y asertiva. Las reglas de la familia serán explícitas y negociadas a medida que la familia pasa a través de las diversas etapas del ciclo vital de la familia. (13)

La emisión de un juicio de valor en relación con la funcionalidad familiar es difícil. Deben de considerarse diferentes aspectos de manera integral y siempre correlacionarse al momento histórico y social de la familia, en relación con su contexto sociocultural y con la fase del ciclo vital individual y familiar, las expectativas individuales y de grupo, el desarrollo y aplicación de pautas transaccionales, así como las reglas del grupo en el aquí y el ahora. La información obtenida debe de ser analizada en forma integral, con un alto grado de flexibilidad, adaptabilidad y criterio, considerando que la relación del médico con la familia en estudio es un proceso. (8)

Es por ello que es necesario conocer la funcionalidad familia, para lo cual se han creado diferentes instrumentos para medir los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la familia.

En cuanto a los instrumentos de abordaje para el estudio integral de la Salud Familiar, tenemos a los que a continuación se mencionan:

1. **Familiograma:** instrumento cuyos antecedentes surgen del árbol genealógico de la genética inicialmente retocada, instrumento introducido por Leda Datz en 1978, su utilidad es enorme pues en forma breve y concisa brinda información acerca de la estructura en la familia. Con la desventaja que no explora ningún ámbito psicológico. Evalúa solo 8 parámetros de los 30 considerados, por lo que por si solo resulta ser un instrumento insuficiente.
2. **Tarjeta de vigilancia epidemiológica y comunitaria:** este es un instrumento conocido como CIVE ha sido de uso exclusivo por medicina preventiva y de epidemiólogos, investiga la pertinencia a grupos sociales y el apoyo de instituciones sociales a la



familia, destaca que explora 13 de los 30 parámetros propuestos, 5 del ámbito social, 7 del ámbito biológico y 1 de ámbito sociodinámico, quedando inexplorado el ámbito biológico y sociodinámico.

3. Apgar Familiar; propuesto en 1978 para explorar la funcionalidad Familiar ha dejado de tener vigencia operacional, ya que se queda corto ante la amplitud y complejidad de los problemas Familiares por lo que resulta poco útil para investigar la funcionalidad Familiar, porque explora muy pocos rubros del funcionamiento familiar.
4. Índice de Funcionamiento familiar. Tiene ya 15 años desde su aplicación en el análisis de los ámbitos destaca que solo explora 6 de los 30 parámetros considerados y todos ellos son del ámbito sociodinámico por lo que el resto queda inexplorado.
5. Clasificación Triaxial de la Familia Fue propuesto por la Academia Americana de Psiquiatría para investigar problemas Familiares que influyen en la conducta Infantil. Evalúa básicamente disfuncionalidad Familiar a través de tres ejes a saber: 1) Eje del desarrollo; 2) Eje de los subsistemas familiares y 3) Eje de las disfunciones de Familia como sistema. El análisis de los ámbitos se nota que explora solo 7 de los 30 parámetros considerados.
6. Evaluación Integral de la Salud Familia (Dr. Victor Chavez). Esta pretende evaluar a través de las funciones y características más importantes de la familia. Recaba la información directa a través de entrevistas y visitas domiciliarias. Propone criterios cuantitativos y cualitativos para las distintas funciones familiares y un parámetro definido de clasificación de la disfunción familiar por lo que resulta práctico para realizar el estudio familiar integral.

Otro aspecto importante de la práctica de la Medicina Familiar es tener en consideración al marco conceptual de la sexualidad humana como un aspecto importante para poder satisfacer las necesidades sentidas de la pareja que demanda atención en este ámbito, y es el médico familiar, es el responsable como orientador y consejero sexual de llevar a cabo las acciones encaminadas a brindar una atención integral de la pareja. (12)

El Instituto Mexicano del Seguro Social desde su creación se ha enfocado por brindar bienestar al trabajador, en su entorno biopsicosocial, la medicina muchas veces se enfoca a los problemas biológicos, por lo que olvida que esté se encuentra en una familia, y esta siendo influenciado por situaciones externas e internas como pueden ser en este caso problemas con el cumplimiento de una de las funciones básicas de la familia como lo es la reproducción, en donde la esterilidad al evitar que la familia provea nuevos miembros a la sociedad puede constituirse en una crisis no resuelta que conlleva o haga manifiesta la disfunción de pareja, por ello es de mi interés determinar la frecuencia de disfunción conyugal en la pareja con esterilidad en una unidad de medicina familiar No. 33 "El Rosario".

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **MATERIAL Y MÉTODO.**

El estudio se realizó en la UMF No. 33 "El Rosario" del IMSS, en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2001 al 31 de diciembre del 2001, en el servicio de consulta externa de ambos turnos, con el objetivo de determinar la frecuencia de disfunción conyugal en la pareja con esterilidad

El tipo de estudio fue observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, abierto. Se incluyeron en el estudio a 37 parejas con el diagnóstico de esterilidad que acudieron a la consulta externa de la UMF No.33. Se seleccionaron a las parejas por medio de un muestreo no probabilístico de casos consecutivos y se eliminaron a las que no aceptaron participar en el estudio.

Mediante la aplicación de una encuesta a las parejas con esterilidad se obtuvieron los datos en estudio como son; tipo de esterilidad, que tipo de alteraciones tienen en cuanto a comunicación, adjudicación y asunción de roles, satisfacción sexual, afecto y en la toma de decisiones así como detectar las características sociodemográficas de las pacientes estudiadas.

El análisis estadístico de la información se realizó a través del procedimiento estadístico descriptivo, obteniéndose promedios y frecuencias, seguidos de la representación de los resultados en tablas y gráficas.

Los textos, cuadros y gráficas fueron procesados en una microcomputadora PC a través de los siguientes programas: Word, Excel. Finalmente la información recabada fue comparada con la bibliografía existente y se establecieron conclusiones y alternativas de solución.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS.

El presente estudio evaluó 37 parejas derechohabientes de la UMF.33 en ambos turnos de los cuales se encontró que 23 (62%) pertenece al turno matutino y 14 al turno vespertino (38%) como se observa en la tabla 1, siendo el turno matutino el que prevaleció con 23 casos(62%) (gráfica 1).

En la tabla 2 se describe la frecuencia del tipo de esterilidad encontrada: con esterilidad primaria 28 parejas (75%) y 9 con esterilidad secundaria (9%). Observándose una alto porcentaje de esterilidad primaria del 75% (gráfica 2).

En lo que respecta a la frecuencia de disfunción conyugal se encontró que de las 37 parejas estudiadas 19 se catalogaron como parejas funcionales (51.3%), 12 (32.4%) con disfunción moderada y 6 (16.2%) con disfunción severa,(Tabla 3) esto de acuerdo a la clasificación del Dr. Víctor Chávez, evaluando solo el subsistema conyugal, por lo que en la gráfica 3 se muestra el porcentaje de los casos.

Con respecto a la comunicación se encontraron los siguientes resultados: parejas funcionales 22 (59.4%), 10 con disfunción moderada (27%) y con disfunción severa 5 (13.5%) tabla 4, observándose con mayor porcentaje la pareja funcional (gráfica 4).

La tabla 5 muestra la función de adjudicación y asunción de roles, encontrando 17 parejas funcionales (45%), 13 con disfunción moderada (35%), y 7 con disfunción severa (19%), en este rubro se encontró con mayor porcentaje la pareja disfuncional (gráfica 5).

En la tabla 6 se muestra la función de satisfacción sexual: 28 parejas funcionales (75%), 5 parejas con disfunción moderada (14%) y 4 parejas con disfunción severa (11%), ubicando con mayor porcentaje la pareja funcional (gráfica 6).

En lo que respecta a la función de afecto de las 37 familias estudiadas se encontró: 17 parejas funcionales (46 %) 16 parejas con disfunción moderada (43%) y 4 con disfunción severa (11%), tabla 7; en este respecto predominó las parejas con disfunción, con mayor porcentaje como se muestra en la gráfica 7.

Con respecto a la función de toma de decisiones la prevalencia fue la siguiente; 11 parejas funcionales (29%), con disfunción moderada 18 (48%) y con disfunción severa 8 (21%), tabla 8; en esta función el porcentaje más alto fue para las parejas con disfunción (gráfica 8).

De acuerdo a la edad de la paciente la tabla 9 nos muestra los rangos de edad manejados en este estudio que son: 15-20 años 8 pacientes (2%), 13 pacientes en el rango de 21-25 años (34%), 8 pacientes entre 26-30 años (22%), 8 pacientes entre 31-35 años (22%), y 0 pacientes entre en rango de 30 o más años, lo que llama la atención la mayor frecuencia en

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

las parejas jóvenes, que inician una familia. En las cuales el promedio de edad fue de 22.3 años (gráfica 9).

En la tabla 10 se muestra a las 19 parejas con funcionalidad familiar de acuerdo a los siguientes rangos de edad: de 15-20: 2 parejas (10%), de 21-25 años: 8 (42%), de 26-30: 4 (21%) y de 31 -35 años: 5 parejas (26%). En la cual se encuentra mayor porcentaje en las parejas menores de 25 años (52%). (gráfica 10).

En la tabla 11 se muestra a las 18 parejas con disfuncionalidad familiar y su distribución de acuerdo a los siguientes rangos de edad: 15-20 años: 6 parejas (33%), 21-25 años: 5 parejas (27%), de 26-30 años: 4 parejas (22%) y de 31-35 años: 3 parejas (16%), en la cual el mayor porcentaje de disfunción familiar (60%) se encuentra en las menores de 25 años (gráfica 11)

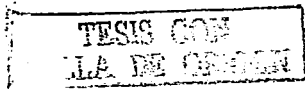
De acuerdo al nivel de ingresos (tabla 12) con nivel alto no hubo ninguna pareja, con un nivel medio (de 5,000 a 46,000 pesos) se encontraron 15 parejas (40%) con un nivel bajo (de 15000 a 5,000 pesos) 17 parejas (46%) y con un nivel extremadamente bajo (menor de 1500 pesos) se encontraron 5 parejas (14%), aquí el mayor porcentaje fue del nivel medio y bajo (gráfica 12).

En la tabla 13 se muestra la clasificación del nivel socioeconómico de acuerdo a las condiciones de vivienda, agua potable, eliminación de excretas nivel de hacinamiento reportando nivel socioeconómico: bueno 11 parejas (29%), regular 18 parejas (48%) y con nivel malo 8 parejas (21%), mostrando mayor porcentaje los niveles bueno y regular (gráfica 13).

En la tabla 14 se muestra la escolaridad de la familia, de acuerdo al grado educativo alcanzado: buena (7 años o más) 31 parejas (83%), con escolaridad regular 6 parejas (16%) y mala escolaridad (hasta 3 años) 0 parejas, con mayor porcentaje en buena y regular escolaridad. (gráfica 14).

En la Tabla 15 nos muestra el parámetro nivel de educación, en el que se encontraron los siguientes resultados: buena (gerentes, profesionistas) 8 parejas (21%), ocupación regular (pequeños comercios empleados de gobierno, maestros) 7 parejas (19%) y mala ( obreros, artesanos, ayudantes generales) 22 parejas (59%), (tabla 13) el mayor porcentaje se encuentra en la ocupación mala (gráfica 13).

En la tabla 16 se muestra el estado civil, de la pareja: se encontró como solteras 1 (2.7%), casadas 29 (78%), viudas ninguna, divorciadas 4 (11%), y en unión libre 3 (8%), llamándonos la atención que el mayor porcentaje lo constituyen las parejas casadas (gráfica 16).

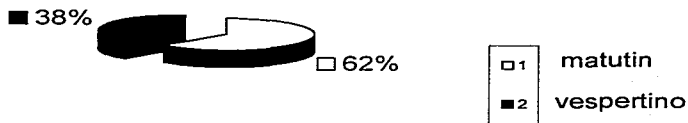


**TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR TURNO.**

<b>TURNO</b>	<b>No. DE FAMILIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MATUTINO</b>	23	62%
<b>VESPERTINO</b>	14	38%
<b>TOTAL</b>	37	100%

- FUENTE. Encuesta Sobre Disfunción Conyugal.

**GRAFICA 1. DISTRIBUCIÓN POR TURNO DE ESTERILIDAD**



- \* FUENTE: Encuesta sobre Disfunción Conyugal.

TESIS CON  
FOLIA DE  
LEN

**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TIPO DE ESTERILIDAD.**

TIPO	NO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
PRIMARIA	28	75%
SECUNDARIA	11	25%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

\*FUENTE. Encuesta sobre Disfunción Conyugal.



\*FUENTE: Encuesta sobre Disfunción Conyugal.

TESIS CON  
 FALLO DE ORIGEN

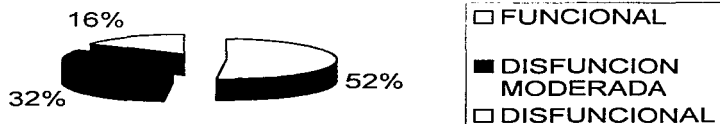


**TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE DISFUNCIÓN CONYUGAL EN LA PAREJA CON ESTERILIDAD.**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>NO. DE FAMILIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
FUNCIONAL	19	52%
DISFUNCIÓN MODERADA	12	32%
DISFUNCIONAL	6	16%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

\*FUENTE. Encuesta sobre Disfunción Conyugal.

**GRAFICA 3. FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN CONYUGAL EN LA PAREJA CON ESTERILIDAD**



\* FUENTE: Encuesta Sobre Disfunción Conyugal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONALIDAD DE ACUERDO A LA COMUNICACIÓN EN LA PAREJA CON ESTERILIDAD.**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>NO. DE FAMILIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>FUNCIONAL</b>	22	59%
<b>DISFUNCION MODERADA</b>	10	27%
<b>DISFUNCIONAL</b>	5	14%
<b>TOTAL</b>	37	100%

- FUENTE. Encuesta Sobre Disfunción Conyugal.

**GRAFICA 4. FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD DE ACUERDO A LA COMUNICACIÓN.**



- \* FUENTE: Encuesta Sobre Disfunción Conyugal.

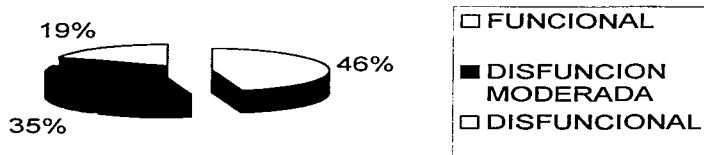
TESIS CON  
SELLO DE ORIGEN

**TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONALIDAD DE ACUERDO A LA ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES.**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>NO. DE FAMILIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
FUNCIÓNAL	17	46%
DISFUNCIÓN MODERADA	13	35%
DISFUNCIÓNAL	7	19%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

\*FUENTE. Encuesta sobre Disfunción Conyugal.

**GRÁFICA 5. FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD DE ACUERDO A ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES.**



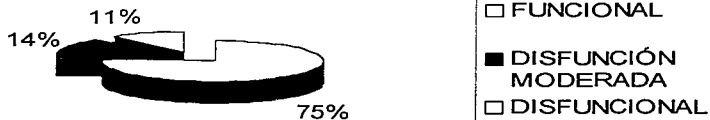
\* FUENTE: Encuesta Sobre Disfunción Conyugal.

**TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONALIDAD DE ACUERDO A SATISFACCIÓN SEXUAL.**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>NO. DE FAMILIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
FUNCIÓNAL	28	75%
DISFUNCIÓN MODERADA	5	11%
DISFUNCIÓNAL	4	14%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

- FUENTE: Encuesta sobre Disfuncionalidad Conyugal.

**GRÁFICA 6. FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD DE ACUERDO A LA SATISFACCIÓN SEXUAL.**



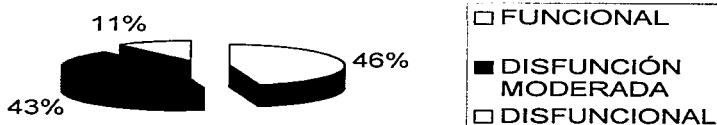
- \* FUENTE: Encuesta sobre Disfunción Conyugal.

**TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONALIDAD DE ACUERDO A LA FUNCIÓN DE AFECTO.**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>NO. DE FAMILIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
FUNCIONAL	17	46%
DISFUNCIÓN MODERADA	16	43%
DISFUNCIONAL	4	11%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

\*FUENTE. Encuesta sobre Disfunción Conyugal.

**GRÁFICA 7. FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD DE ACUERDO AL AFECTO.**



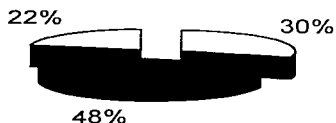
FUENTE: Encuesta sobre Disfunción Conyugal.

**TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONALIDAD DE ACUERDO A LA FUNCIÓN TOMA DE DECISIONES.**

<b>FUNCIONALIDAD</b>	<b>NO. DE FAMILIAS.</b>	<b>PORCENTAJE</b>
FUNCIONAL	11	30%
DISFUNCION MODERADA	18	48%
DISFUNCIONAL	8	22%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

- FUENTE. Encuesta sobre Disfunción conyugal.

**GRAFICA 8. FRECUENCIA DE FUNCIONALIDAD DE ACUERDO A LA TOMA DE DECISIONES.**



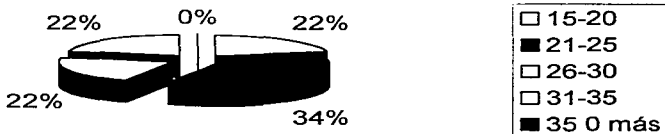
- \* FUENTE: Encuesta Sobre Disfunción Conyugal.

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN POR EDAD EN LA PACIENTE CON ESTERILIDAD

EDAD DE LA MADRE	NO. DE FAMILIA	PORCENTAJE
15-20	8	22%
21-25	13	34%
26-30	8	22%
31-35	8	22%
36 O MAS	0	0%
TOTAL	37	100%

\*FUENTE. Encuesta sobre Disfunción Conyugal.

GRÁFICA 9. FRECUENCIA DE LA EDAD EN LA PACIENTE CON ESTERILIDAD.



\*FUENTE: Encuesta Sobre Disfunción Conyugal.

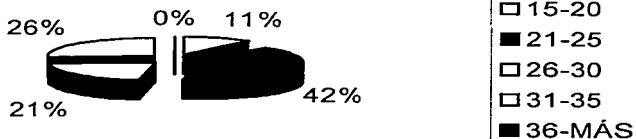
RESIS CON  
FALLA DE ...

**TABLA 10. DISTRIBUCIÓN POR RANGO DE EDAD EN LAS PAREJAS FUNCIONALES.**

<b>RANGO DE EDAD</b>	<b>NO. DE FAMILIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
15-20	2	11%
21-25	8	42%
26-30	4	21%
31-35	5	26%
36 O MAS	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

• FUENTE: Encuesta Sobre Disfunción Conyugal.

**GRÁFICA 10. FRECUENCIA DE RANGO DE EDAD EN LAS PAREJAS FUNCIONALES**



\* FUENTE: Encuesta Sobre Disfunción Conyugal.

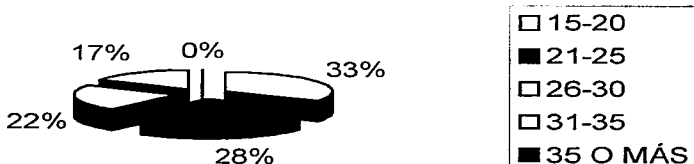


**TABLA 11. DISTRIBUCIÓN POR RANGO DE EDAD EN LAS PAREJAS CON DISFUNCIÓN CONYUGAL.**

<b>RANGO DE EDAD</b>	<b>NO. DE FAMILIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
15-20	6	33%
21-25	5	28%
26-30	4	22%
31-35	3	17%
35 O MÁS	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

- FUENTE: Encuesta sobre Disfunción Conyugal.

**GRÁFICA 11.FRECUENCIA DEL RANGO DE EDAD EN LAS PAREJAS DISFUNCIONALES**



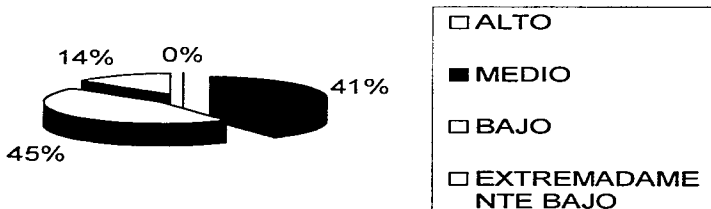
- FUENTE: Encuesta sobre Disfunción Conyugal.

**TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS EN LA PAREJA CON ESTERILIDAD.**

NIVEL DE INGRESOS	NO. DE FAMILIAS	PORCENTAJE
ALTO	0	0%
MEDIO	15	40%
BAJO	17	46%
ESTREMADAMENTE BAJO	5	14%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

\*FUENTE. Encuesta sobre Disfunción Familiar.

**GRÁFICA 12. FRECUENCIA EN RELACIÓN AL NIVEL DE INGRESOS**



\*FUENTE: Encuesta Sobre Disfunción Conyugal.

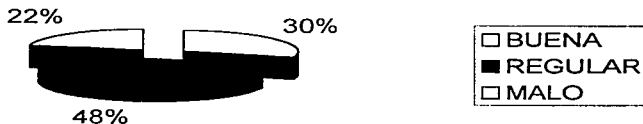
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL NIVEL SOCIOECONÓMICO.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	NO. DE FAMILIAS	PORCENTAJE
BUENO	11	30%
REGULAR	18	48%
MALO	8	22%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

- FUENTE. Encuesta sobre Disfunción Familiar.

**GRÁFICA 13. FRECUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO EN LA PAREJA CON ESTERILIDAD.**



- \* FUENTE: Encuesta sobre Disfunción Familiar.

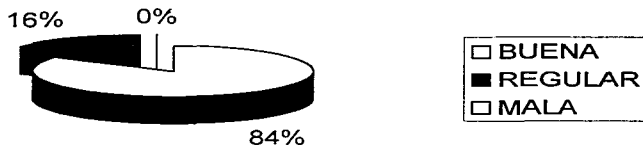
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LA ESCOLARIDAD EN LA PAREJA CON ESTERILIDAD.**

ESCOLARIDAD	NO. DE FAMILIAS	PORCENTAJE
BUENA	31	84%
REGULAR	6	6%
MALA	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

\*FUENTE. Encuesta sobre Disfunción Familiar.

**GRÁFICA 14. FRECUENCIA DE ESCOLARIDAD EN LA PAREJA CON ESTERILIDAD**



\*FUENTE: Encuesta sobre Disfunción Familiar.

**TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE LA OCUPACIÓN EN LA PAREJA CON ESTERILIDAD.**

<b>OCUPACION</b>	<b>NO. DE FAMILIAS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
BUENA	8	22%
REGULAR	7	19%
MALA	22	59%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

FUENTE. Encuesta sobre Disfunción Familiar

**GRÁFICA 15.FRECUENCIA DE LA OCUPACIÓN DE LA PAREJA CON ESTERILIDAD**



\* FUENTE: Encuesta Sobre Disfunción Conyugal.

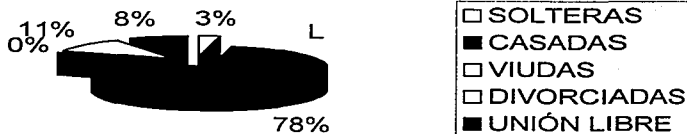
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL EN LA PAREJA CON ESTERILIDAD.**

ESTADO CIVIL	NO. DE FAMILIA.	PORCENTAJE
SOLTERA	1	3%
CASADA	29	78%
VIUDA	0	0%
DIVORCIADA	4	11%
UNION LIBRE	3	8%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>

\*FUENTE. Encuesta sobre Disfunción Familiar.

**GRÁFICA 16. FRECUENCIA DEL ESTADO CIVIL EN LA PAREJA CON ESTERILIDAD.**



\* FUENTE: Encuesta Sobre Disfunción Conyugal.

## CONCLUSIONES.

Dentro de los resultados encontrados nos damos cuenta de la alta frecuencia (48.6%) de la disfuncionalidad en la pareja con esterilidad, para los médicos familiares, el hablar de disfuncionalidad implica realizar, un estudio muy amplio, ya que se necesitan no solo un instrumento para medir la funcionalidad familiar, si no a veces es necesario emplear de tres a cuatro instrumentos para valorarla, es por ello, que este estudio puede servir como referencia para poder realizar otros más, ya que en este solo empleamos un instrumentos de evaluación el del Dr Victor Chávez, que es uno de los más utilizados y completos, aunque cabe mencionar que solo nos enfocamos al subsistema conyugal y tendríamos que explorar los demás subsistemas con este y otros instrumentos

También notamos que del total de parejas estudiadas (37 parejas), se encontró que 19 de ellas (51%) se encuentra sin disfunción y 18 parejas se encuentran con algún tipo de disfunción (48%), ya sea esta moderada o severa, de acuerdo a las funciones familiares estudiadas se encontró con mayor disfunción a la toma de decisiones con 69%, seguidas de la adjudicación y asunción de roles con 54%, posteriormente la función de afecto con 54%, la comunicación con un 40% y finalmente la función de la satisfacción sexual con 25% de disfunción

En cuanto a las características sociodemográficas encontramos una población joven como esta documentada en la bibliografía, que tienen los recursos necesarios para subsistir, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio bajo, como es la mayoría la población que se atiende en el Instituto Mexicano del Seguro Social, con una escolaridad buena ya que la mayoría ha estudiado más de seis años, y la ocupación generalmente obrera, también llama la atención que la mayoría se encuentre casada, y sean pocas las pacientes que se encuentren en unión libre o solteras, que son las que generalmente presentan mayor riesgo de padecer disfunción o haber padecido esta

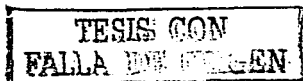
Con lo anterior concluimos que es muy frecuente la disfunción conyugal en las parejas con esterilidad (48%) con el instrumentos de evaluación del Dr. Victor Chávez, es necesario realizar estudios más completos y utilizar mayor número de instrumentos para valorar la funcionalidad familiar. Es por eso que los resultados encontrados, nos sirven de apoyo y guía para continuar estudiando a estas familias, y poderlos abordar ampliamente en un contexto social, biológico y psicológico, que como médicos del primer contacto con estas familias, tenemos la capacidad para orientarlas y realizar acciones para disminuir y corregir la disfuncionalidad familiar encontrada, de acuerdo a la participación de la familia se puede iniciar tratamiento con sesiones consejería familiar y de terapia conyugal, así como también pueden ser canalizadas a los servicios de psicología si no se ha encontrado una buena respuesta al tratamiento.

Cabe hacer notar que en nuestro tiempo y en nuestra sociedad, se han diversificado la necesidad de una atención integral, con un enfoque hacia la salud. Por lo que el médico familiar necesita ser un elemento capaz de contribuir a un cambio, con una visión amplia en la atención del paciente, la familia y la sociedad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Ramírez G, Falquez E. Definiciones y Frecuencia de esterilidad. Ginecología 1999, pag. 975-86
2. Lartigue T. El investigador (a) en reproducción como sujeto y objeto de Estudio. Perinatol Reprod Hum 1999; (13) 77-90.
3. Calibrini E, Gutierrez S, Charri CI, Fuentes MC. Algunos dilemas éticos en los procesos de investigación sobre reproducción con adolescentes y jóvenes. Perinatol Reprod Hum 1999; (13):24-31.
4. Sharp M. Ginecología Y Obstetricia. Madrid España, 1999. 566-76.
5. Depart Obste Ginecol. Instit Univert Dexeus. Feb 1999 (12) 85-89.
6. Herrera MA, López MJ, Manzanilla MD. El médico de Medicina Familiar ante la sexualidad humana. 1997; 75-8.
7. Irigoyen A. Funciones familiares en fundamentos de medicina familiar. Ediciones MFM. México 1992; 9-11.
8. Velasco R, Chávez V. La disfunción familiar, un reto diagnóstico-terapéutico. Rev Med. IMSS 1994 (32) 271-75.
9. Viniegra L. Etica y conocimiento médico alrededor de la reproducción. Perinatol Reprod Hum 1999; (13) 44-51.
10. Chávez V, Velasco R: Disfunciones familiares del subsistema conyugal, criterios para su evaluación. Rev Med IMSS 1994 (32) 39-43.
11. Ackerman N. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Edit Lumen-horne 10º edición. Buenos aires,1998:133-45.
12. Alvarez JL, Jungensos G. Sexualidad en la pareja. Edit Manual moderno. México D.F. 1997: 55-7.
13. Velasco ML, Sinibaldi JF. Manejo del enfermo crónico y su familia. Edit Manual moderno México D.F. 2001: 7-22.





UNIDAD DE MEDICINA FAMILIA No. 33 EL ROSARIO

ENCUESTA SOBRE DISFUNCIÓN CONYUGAL EN LA PAREJA CON ESTERILIDAD.

FECHA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

1. ¿ CUAL ES SU ESTADO CIVIL?

- a. Casada b. Viuda c. Divorciada d. Unión libre e. Soltera

2. ¿ HASTA QUE AÑO ESTUDIO? ¿ QUE AÑO ESTUDIO SU PAREJA?

- a. Analfabeta b. Primaria c. Secundaria d. Preparatoria e. Licenciatura o más.

3. ¿ CUAL ES SU OCUPACIÓN?

- a. Hogar b. Empleada u obrera c. Nivel técnico d. Profesionista

1. ¿ CUAL ES EL MATERIAL DE SU PISO?

- a. piso de madera loseta o mármol b. Cemento c. Tierra.

2. ¿ CUENTA CON EL SERVICIO DE AGUA POTABLE?

- a. dentro de su domicilio b. Dentro del vecindario c. Fuera del domicilio.

3. ¿ CUANTAS PERSONAS VIVEN POR CUARTO?

- a. 1 a 1.5 por cuarto b. 1.5 a 3 por cuarto c. 3 a 5 por cuarto

4. ¿ cual es su ingreso mensual?

- a. menor de \$1500.00 b. mayor de \$1500.00 hasta \$5000.00 c. De \$5000.00 hasta \$46000.00 d. Más de \$46000.00

5. ¿ CUENTA USTED CON?

- a. drenaje b. pozo negro o letrina c. Ninguno.

EVALUACIÓN DEL SISTEMA CONYUGAL.

ESCALA EVALUATIVA:

PONERACIÓN  
NUNCA OCASIONAL SIEMPRE

1. FUNCIÓN DE COMUNICACIÓN

a) Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	0	5	10
b) la pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica	0	5	10

2. FUNCIÓN DE COMUNICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES

a) La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
b) Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
c) Se propicia el intercambio de roles en la pareja	0	2.5	5

3. FUNCIÓN DE SATISFACCIÓN SEXUAL

a) Es satisfactoria la frecuencia con que tienen relaciones sexuales	0	5	10
b) Es satisfactoria la calidad de las relaciones sexuales	0	5	10

4. FUNCIÓN DE AFECTO

a) Existen manifestaciones de afecto en la pareja	0	2.5	5
b) El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	5
c) Se interesan por el desarrollo y su superación de la pareja	0	2.5	5
d) Perciben que son queridos por la pareja	0	2.5	5

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

5. FUNCIÓN DE TOMA DE DECISIONES

a) Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente 0 7.5 15

0-40 pareja severamente disfuncional  
41-70 pareja moderadamente disfuncional  
71-100 pareja funcional.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN