



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZ NO. 3 CON MF. SALAMANCA, GTO.**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA
CONYUGAL EN MUJERES QUE RECIBEN ANTICONCEPTIVO IMPLANTE
SUBDERMICO Y DIU**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JAIME ENRIQUE MORAN CACERES



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.

TITULO: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EVALUACION DEL SISTEMA CONYUGAL EN MUJERES QUE RECIBEN ANTICONCEPTIVO IMPLANTE SUBDERMICO Y DIU.

INDICE GENERAL	PAG.
Titulo.....	1
Indice.....	2
Marco teórico.....	3-8
Planteamiento del problema.....	9-10
Justificación.....	11
Objetivos.....	12
Hipótesis.....	13
Metodología.....	14-15
Resultados.....	16-18
Discusión.....	19-20
Conclusiones.....	21
Referencias Bibliográficas.....	22-24
Anexos.....	25-27

•MARCO TEORICO CONCEPTUAL

La familia es un **sistema abierto**, que cambia según las circunstancias del medio en donde se desenvuelve, en la familia se realizan **funciones** para satisfacer necesidades físicas, psicológicas, sociales, y reproductivas , la familia evoluciona constantemente durante cinco a mas etapas en un **ciclo vital** , todas estas características pueden ser evaluadas .(1-7)

Por lo general la evaluación de familia parte de un conflicto familiar identificado y se realiza con instrumentos propios para cada uno de sus elemento por ejemplo: la **estructura familiar** puede ser evaluada con el genograma; sin embargo se requiere de otros instrumentos mas pertinentes para evaluar el **sistema conyugal**; paternal y fraterno; o bien otros para la **dinámica familiar** y organización interna o su relación con la comunidad. (3-8)

En la **relación conyugal** es prioritario evaluar : la estabilidad del vinculo de pareja , su complementariedad en los roles , tipo de relación, comunicación, afecto, expectativas congruentes o no con la satisfacción de buena relación conyugal . Con toso esto , se evalúa en cierta magnitud el **ambiente conyugal**, si es organizado, si hay apoyo , si hay estrés conyugal y cuales medidas se toman al interior de la pareja, etc. .

El **estrés conyugal** causa un debilitamiento temporal en el compromiso de pareja , ruptura o perdida de la homeóstasis en sus roles ,falta de complementariedad, déficit para tarea normativa o no normativa , problemas con el rol de protección y en general con la guía del sistema parental. Esta asimetría en la relación se le ha denominado **Disfunción conyugal** una relación anormal de pareja que produce conflictos , en esta disfunción se desencadenan mecanismos de sustitución y /o disolución conyugal.(4-8)

A pesar de que la decisión de usar un método de **planificación familiar** es un asunto de los cónyuges , en última instancia es el **médico de familia** quien toma la decisión del **método de planificación** , esto puede ser comprensible, porque es él quien conoce de los criterios establecidos para su uso , pero esta practica unipersonal se ha repetido una y otra vez dejando un papel muy pasivo a la pareja y ante la falta de compromisos en la triada **medico familiar -pareja conyugal** lleva a conflictos, por ejemplo ante la existencia de efectos colaterales del método como los que se ven con dispositivo intrauterino (sangrado, dolor, mayor cantidad de flujo vaginal) , que no solo es percibió por la usuaria sino también por su

pareja , se reporta la presencia de grandes conflictos conyugales en estas usuarias, con diversas implicaciones y que ignora el medico familiar . **(7-8)**

Por esta razón y considerando un papel mas activo del el subsistema conyugal, el **medico familiar** debe evaluar la situación que guarda este subsistema para decidirse por alguna método o técnica en planificación familiar, es un deber comprometerlos a participar más abiertamente entre ellos, compartir y considerar sus expectativas, autoestima, responsabilidades, afecto y otras circunstancia propias de sus roles de cónyuges cuando solicitan un método a fin de considerar todo esto el medico familiar puede entonces plantearse la posibilidad de ofrecer el mejor anticonceptivo para cada caso en particular. . **(9-13)**

Por otro lado , los programas de educación sobre planificación familiar deben ayudar a los cónyuges a dialogar acerca de los beneficios que le aporta la anti concepción al sistema conyugal y familiar , "Tradicionalmente", los integrantes de la pareja no tomaban juntos las decisiones y mas cuando se trata de algunos métodos (implante hormonal , dispositivo postparto, etc.) en los que un integrante asume la responsabilidad y el otro quede excluido, **Jane Mutambirwa. (8-10)**

Se reconoce que la participación del hombre en los temas de planificación familiar es muy pasiva , se requieren de nuevas estrategias para empoderar a las esposas y educar a los esposos y demás miembros de la familia y la pareja principalmente. **(2)**

En Honduras, CARE Internacional capacitó a agentes de extensión agrícola para que impartieran educación de salud reproductiva en reuniones realizadas con agricultores y ayudó a elaborar un folleto de planificación familiar para las parejas de las zonas rurales. Algunos voluntarios trabajaron con parejas para animarlas a hablar del tamaño de la familia y del momento oportuno para tener embarazos. Los investigadores afirman que los hombres se mostraron entusiasmados por recibir información de salud reproductiva y la comunicación con sus esposas aumentó.**(8)**

El papel del medico de familia no es nada fácil el puede tener las bases para la selección de métodos en planificación familiar pero es la pareja la última en decidir. **(6-10,14)**

El medico de familia ante los cónyuges en la planificación familiar

Dentro de los factores que se deben tener en cuenta cuando se decide por una forma de anticoncepción están su : Disponibilidad, costo, efectividad, riesgos para la salud, embarazo no planeado, pero el compromiso de la pareja juega el papel relevante en la buena voluntad de la pareja para aceptar, cooperar y apoyar un método determinado de anticoncepción , que puede afectar sus expectativas, estima, comunicación, afecto, rol , etc., ante la falta de este compromiso o la presencia de problema conyugal , es posible que una persona desee reexaminar la posibilidad de iniciar o continuar una relación sexual con una pareja que no tiene la voluntad de tomar un papel activo y de apoyo en la anticoncepción sobre todo si el método fue otorgado .

•**Instrumento de Abordaje Integral a la Salud Familiar. (AISFA)**

La **funcionalidad conyugal** es un elemento que el médico familiar debe tener en cuenta y detectarla no es sencillo en su práctica diaria. Con respecto a esto **Díaz** refiere que primeramente se debe modificar la **relación médico-paciente- cónyuges** para que expresen sus vivencias, quejas y el motivo real que originó la demanda, esto le permite acercarse al ambiente conyugal y establecer acciones de prevención y atención más eficaz, evitar la una posible disfunción conyugal, cronicidad de la misma y la consecuente sobre utilización de los servicios de salud. **(14)**

En caso de duda o mayor indagación sobre el aspecto funcional del sistema conyugal , el medico familiar puede hacer uso de diversos instrumentos , **Chávez-Aguilar** a propuesto una escala de abordaje integral a la salud familiar **(AISFA)** , que incluye la evaluación del sistema conyugal en sus áreas de: **comunicación, adjudicación de roles, satisfacción sexual, afecto , expectativas y funciones básicas**, esta escala ha sido validada en diferentes estudios . **(15)**

Además en la actualidad hayo otros instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización, en un estudio realizado por **Mendoza-Solís LA, y Cols.**, aplicando un instrumento para evaluar exclusivamente a la pareja , encontraron que 52% de las parejas fueron funcionales, 39% fueron moderadamente disfuncionales y un 9% correspondió a parejas severamente disfuncionales.**(16)**

Salazar Colin y colaboradores al aplicar el instrumento propuesto por **Víctor Chávez** detectaron que las parejas funcionales ocupan un 58.8% y las parejas moderadamente disfuncionales 40% y solo una pareja severamente disfuncional. En las parejas moderadamente disfuncionales se observó que en un 73.8% acudieron por síntomas y signos mal definidos y las parejas funcionales acuden por licencia médica en un 12.5%, además lograron identificar perfil de pacientes hiperutilizadores para diversas nosologías (17)

Implantes subcutáneos.

El descubrimiento de que el silicón, un hule sintético, es solvente de los esteroides, y de que las hormonas esteroideas mantienen una concentración regular en este hule -que depende de su solubilidad específica en este material-, abrió la posibilidad de una liberación casi constante de progestágenos a partir de cápsulas de silicón

Cuando los tubos de silicón se llenan con polvo de progestágenos, el esteroide se disuelve en las paredes del tubo y rápidamente alcanza una concentración máxima. La concentración de esteroide dentro del silicón permanece constante, independientemente de la cantidad de esteroide remanente en el interior del tubo. Cuando el tubo que contiene el progestágeno se pone en agua o se introduce en el tejido de un animal o un ser humano, el progestágeno se libera a una tasa que depende de su concentración en la pared del tubo. Debido a que esta concentración es constante, la tasa de liberación es también muy regular

Cuando este sistema de suministro se coloca debajo de la piel, se produce una reacción del tejido subcutáneo al cuerpo extraño. Esta reacción conduce a la formación de una cápsula fibrosa alrededor del tubo silástico. Esta cápsula secundaria limita la tasa de liberación de tal forma que después de aproximadamente un año de la implantación, la dosis diaria es de alrededor de la mitad de la observada durante el primer mes después de la implantación

La aplicación de este principio a la anticoncepción ha conducido al desarrollo de un sistema anticonceptivo hormonal de muy alta efectividad, usando una cantidad pequeñísima de medicamento. Después de 17 años de estudios farmacológicos, biomédicos, toxicológicos y clínicos sobre una variedad de progestágenos, bajo el liderazgo y coordinación del Comité Internacional del Consejo de Población para la Investigación en Anticoncepción, el primer sistema de implante para liberar levonorgestrel se aprobó en Finlandia en 1983, con el nombre comercial de Norplant Hoy en día 15 países, incluyendo Estados Unidos, han aprobado el

Norplant y alrededor de otros 30 han estado realizando pruebas clínicas y pre introductorias de este método. El sistema Norplant consiste de seis tubos de 30 mm de largo y 2.4 mm de diámetro que se colocan bajo la piel en la cara interna del antebrazo

La inserción se realiza a través de un solo pinchón de trocar, bajo anestesia local, en una disposición de abanico con el vértice en el lugar del piquete.

Norplant proporciona cinco años de anticoncepción altamente efectiva después de una sola inserción de las seis cápsulas. La tasa de embarazo está por debajo del 0.5 por ciento por año hasta el tercer año de uso y cerca del 1 por ciento durante el 4o. y 5o. año .También se ha insertado alrededor del sexagésimo día después del parto en mujeres amamantando sin interferencia alguna con la lactancia o con el crecimiento y desarrollo del bebé) Es también altamente recomendable como anticonceptivo inmediatamente después de un aborto, ya que no contiene estrógeno y no afecta significativamente los factores de la coagulación

Como era de esperarse, dada la baja dosis de levonorgestrel administrada, no se han observado perturbaciones metabólicas significativas entre las usuarias de Norplant

Un importante inconveniente del Norplant es el sangrado menstrual irregular. Esto es resultado de la influencia ininterrumpida de un progestágeno sintético sobre el endometrio) Cerca de dos terceras partes de las usuarias de Norplant presentan ya sea sangrado prolongado y frecuente, escurrimientos momentáneos o bien amenorrea durante muchos meses. Pero aun entre las mujeres con sangrado prolongado, la cantidad de sangre perdida no se incrementa, ya que ésta ha sido escasa y no se han observado cambios en los niveles de hemoglobina o ferritina en la mayoría de ellas) Las alteraciones en el sangrado, sin embargo, pueden provocar mucho malestar en las usuarias y constituyen la principal causa de deserción. Las mujeres deben ser informadas a profundidad sobre este inconveniente antes de aceptar los implantes, y a aquellas que crean que no tolerarán los cambios menstruales debe ofrecérseles un método alternativo

(18)

•DIU

En la actualidad, existen dos tipos de dispositivo, TCU380A y otro que libera progesterona y debe ser reemplazado todos los años. El otro, que libera cobre, es efectivo durante al menos 10 años.

El mecanismo por el cual el dispositivo intrauterino evita la concepción es una reacción inflamatoria dentro del útero que atrae a los glóbulos blancos. Las sustancias producidas por los glóbulos blancos son tóxicas (venenosas) para el esperma y, en consecuencia, evitan la fertilización del óvulo. Cuando se retira el dispositivo, desaparece la reacción inflamatoria.

La posibilidad de lograr un embarazo durante el primer año después de la extracción del dispositivo intrauterino es la misma que después de interrumpir el uso de preservativos o diafragmas. Tras un período de un año, entre un 80 y un 90 por ciento de las mujeres que intenta concebir lo logra.

Efectos adversos y complicaciones, la hemorragia y el dolor son las principales razones por las que se deben retirar los dispositivos intrauterinos y representan más de la mitad de todas las extracciones que se llevan a cabo antes de tiempo. Alrededor del 15 por ciento de las mujeres solicita que le quiten los dispositivos durante el primer año y el 7 por ciento durante el segundo año. **(19-21)**

•PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las condiciones del **funcionamiento conyugal** , son determinante para decidir, iniciar, continuar o terminar con algún método de planificación familiar, cuando el compañero u otros parientes se oponen , es posible que las mujeres afronten graves consecuencias (divorcio, abandono, violencia) o pueden ser ridiculizadas - rechazadas por la familia, amistades y/o la pareja.

Se ha mencionado que culturalmente la mujer se embaraza por mandato y no por elección propia, en estas condiciones pareciera que todos los factores pesan sobre la mujer , por ejemplo cuando se tiene una **pareja estable**, ante el nacimiento de un hijo no deseado, generalmente se le recrimina *¿cómo se te ocurrió quedarte embarazada?*, y también lo hace el entorno familiar, *¿más niños!*, *¿no te alcanzan con los que tienes?*, *¿otro hijo más!*, *¿estas loca!*, en esta situación el proceso se inicia, surge y permea en el subsistema conyugal (*afecto, comunicación, asunción de roles, etc.* En parejas **no estables, es** aun más complicado, en ambos tipos le es difícil resolver la situación. **(22)**

Escoger un método para regular la fecundidad es un proceso relativamente simple, pero planificar la familia es otro más complejo, implica que una pareja elabore consciente y explícitamente respuestas a muchas preguntas entre ellas: *¿Deseamos tener hijos?*, *¿Cuáles son las razones por las cuales los deseamos tener?*, *¿Qué sentido tiene tener familia para cada uno y para la pareja?* , etc.

La mayoría de los métodos anticonceptivos son para mujeres en edad de procrear , a ellas se dirigen la información, el asesoramiento y los servicios ,no son las únicas que toman la decisión de planificar el tamaño de la familia otras en colaboración con el esposo o compañero, alguna tienen poca o ninguna libertad en el hogar por recriminación del esposo, compañero, padres, parientes políticos , la mayormente los médicos , son quienes deciden por ellas, algunas usan anticonceptivos sin que nadie lo sepa, por miedo a que lo desaprueben, todo ello en consecuencia es potencial a problemas en el funcionamiento conyugal en : comunicación , educación sexual ,el numero de hijos y tipo de crianza que les darán . **(23-24)**

Los médicos de familia tiene la función importante de ayudar por lo general a las mujeres a elegir una anticoncepción apropiada, idealmente, debe estar consciente de las ventajas y desventajas de todos los tipos disponibles métodos , además deben considerar el contexto de la pareja (el como llevan su vida , sus funciones , expectativas , conflictos) entre muchas otras cosas , sin embargo el medico en general desconoce de esa vida en pareja , si no tiene información sobre la presencia del funcionamiento de pareja o bien no lo abordan porque no lo aprenden durante su capacitación en la escuela de medicina ni en la residencia les es difícil ayudar a la pareja a elegir el mejor método en su contexto .

1Es relativamente poco conocido los aspectos del funcionamiento conyugal, al menos no hay referencias en esta zona geográfica, se han sugerido realizar estudios para obtener información pormenorizada sobre la situación de las relaciones de pareja en lo funcional, su dinámica, conductas percibidas y conductas realmente observadas. De esto surge lo la pregunta del presente estudio

¿Como es la funcionalidad conyugal en mujeres usuarias de anticonceptivo implante hormonal y usuarias de dispositivo intrauterino?

•JUSTIFICACION

Las diversas formas de funcionamiento conyugal hacen que los hombres y las mujeres hablen y construyan ideas muy particulares acerca de la sexualidad y la reproducción. Esas ideas son el resultado de la compleja red de factores biológicos, conyugales, individuales, sociales y culturales que están presente en la familia. Teóricamente a medida que se de mejor funcionamiento conyugal se permite la igualdad de la mujer y el hombre, también aumenta su capacidad para comunicar su opinión sobre cuestiones relativas a la reproducción y para participar en las decisiones sobre su familia.

La planificación familiar entre muchas acepciones puede considerarse como una de las herramientas para programar una reproducción responsable, se ha descrito que los afectos, comunicación, roles, creencias, actitudes, intenciones, conductas, etc. que existen entre los esposos son de gran magnitud porque intervienen en la decisión, seguimiento y terminación de algún método de planificación familiar, trascender la barrera del funcionamiento conyugal es de mucha importancia en el uso de la anticoncepción y es vulnerable con el asesoramiento del médico familiar que considera el grado de su funcionamiento conyugal, le permite hacer uso de estrategias e intervenciones que puedan, restablecer, mantener y mejorar las actitudes de participación del sistema conyugal en el complejo tema de la planificación familiar.

En gran parte los novedosos métodos de planificación como el implante subdérmico sufren de falta de la información, muchas parejas no conocen bien estos métodos, los cónyuges necesitan información clara y de fuentes fidedignas que inspiren confianza, el medico familiar es el potencial informador y para eso requiere conocer de fondo el funcionamiento conyugal.

OBJETIVO GENERAL

Indagar algunas condiciones del funcionamiento en la vida conyugal en mujeres que usan implante hormonal subdérmico y mujeres que usan dispositivo intrauterino (DIU)

Objetivos específicos

1Describir las características de familia en mujeres que reciben implante hormonal subdérmico

2Describir las características de familia en mujeres que reciben dispositivo intrauterino (DIU)

3Explorar algunos factores demográficos en mujeres que reciben implante hormonal subdérmico y en mujeres que reciben dispositivo intrauterino (DIU)

4Determinar el grado de funcionamiento conyugal en mujeres que usan implante hormonal subdérmico y en mujeres usuarias de dispositivo intrauterino (DIU)

5Comparar las funciones de comunicación, adjudicación de roles, satisfacción sexual , afecto y expectativas en la vida conyugal en mujeres que usan implante hormonal subdérmico con mujeres que usan dispositivo intrauterino (DIU)

HIPOTESIS DESCRIPTIVA:

Como están los componentes del funcionamiento conyugal; comunicación, adjudicación de roles, satisfacción sexual, afecto, expectativas, funciones básicas cuando se comparan dos grupos mujeres, unas que usan implante hormonal subdérmico y otras que usan dispositivo intrauterino

METODOLOGIA

Diseño.

Descriptivo, transversal, comparativo.

Muestra.

Tamaño de la muestra por factibilidad no probabilística de mujeres en edad fértil que recibieron implante hormonal subdérmico y dispositivo intrauterino, en el periodo de Junio a Diciembre del 2006.

Tipo de muestreo: por cuota en el periodo señalado de 6 meses

Lugar: Hospital General de Zona no 3 con medicina familiar IMSS Salamanca

Operacionalización de las variables.

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento, expresado en años cumplidos. *Variable cuantitativa numérica discreta*

Años de vida conyugal: Tiempo transcurrido de unión conyugal por lazos de matrimonio o convivencia expresado en años cumplidos. *Variable cuantitativa numérica discreta*

Escolaridad: Indica el nivel de escolaridad alcanzado por la usuaria y se expresa en grados académicos de nula, primaria, secundaria, preparatoria o mas. *Variable nominal*

Características de familia: *Variables nominales categóricas* identificadas de acuerdo a: criterios de residencia que toma valores de urbano y rural, grado de desarrollo moderna cuando ambos cónyuges trabajan, tradicional cuando el esposo trabaja, etapa de ciclo familiar de acuerdo a los criterios de **Geyman**: 1.Matrimonio: Unión sin hijos 2.Expansión: familia con llegada del primer hijo 3.Dispersión: Familia con hijo o hijos en la escuela 4.Independencia, salida del hogar de los hijos 5.Retiro, pareja nuevamente sola. Familia de acuerdo a estructura que toma tres categorías nuclear pareja con hijos, nuclear extensa convivencia con la familia de origen, familia extensa compuesta cuando hay un miembro diferente a la familia. **(1)**

Funcionamiento conyugal: para este trabajo resultado de la evaluación conyugal obtenido con la escala de la evaluación socio dinámica del subsistema conyugal de Víctor Chávez, que toma diferentes valores: 0 – 40 como pareja severamente disfuncional, 41 – 70 pareja moderadamente disfuncional y de 71 – 100 pareja funcional.

Criterios de inclusión:

1. Derechohabientes de las HGZ No 3 IMSS de Salamanca Gto , con vigencia de derechos
2. Aceptar participar bajo el consentimiento informado del paciente.
3. Convivir con cónyuge

Criterios de exclusión

Derechohabientes de otra unidad, madres solteras, viudas, no aceptar participar con su consentimiento, usuaria de hormonales orales, inyectables o definitivos. Pareja con vasectomía

Criterios de eliminación:

Cuestionario de recolección de forma incompleta o abandono voluntario del paciente.

Procedimiento

Durante el periodo de Junio a Diciembre del años 2006 , se realizó una entrevista cara a cara a mujeres usuarias de implante hormonal subdérmico y a usuarias de dispositivo intrauterino ,los datos generales de las encuestadas se tomaron con un cuestionario estructurado con los apartados indicadores de familia y vida conyugal , a fin de indagar el funcionamiento conyugal se usó la cedula de ***Abordaje Integral de la Familia (AIFA) de Víctor Chávez.***, en su dimensión de evaluación socio-afectiva del sistema conyugal .ANEXO

Manejo estadístico: Se utilizan estadísticas descriptivas y presentación en tablas de frecuencia, a fin de comparar el funcionamiento conyugal entre ambos grupos (usuarias de implante subdérmico y dispositivo intrauterino) se utilizó la ***Ji cuadrada.***

Cuestiones éticas: Antes de la realización de la entrevista se solicitó su consentimiento informado , se le aclaró al paciente sobre el objetivo del presente estudio , haciéndole notar que era voluntario y confidencial , que los resultados de la entrevista persiguen únicamente el análisis de la situación del funcionamiento conyugal , en caso de no aceptar no se vería afectado ni el ni su familia en sus derechos que le otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social , una vez aceptado se pidió su consentimiento por escrito . ANEXO

RESULTADOS.

Entre Junio y Diciembre del 2006 se incluyeron en el estudio 101 usuarias de planificación familiar **50 de implante subdérmico (Grupo 1)** y **51 (Grupo 2) de dispositivo intrauterino**, la edad promedio fue mayor en el **grupo 2 de 28.6±7.1 años** significativa en la prueba T, también resultaron significativos las características de años de vida conyugal. **Tabla 1.** La características de familia no fueron significativas al comprar ambos grupos **p > 0.05. Tabla 1**

La Calificación total por funcionalidad en el sistema conyugal en usuarias de ambos métodos no fue significativo **p > 0.05. Tabla 2**

Por calificación total fue significativamente mayor en usuarias de dispositivo **p < 0.05**, y también en los indicadores de: **comunicación, adjudicación de roles, satisfacción sexual** **tabla 3** por indicadores del sistema conyugal en los grupos de usuarias: implante hormonal subdérmico **Grupo 1** y dispositivo intrauterino **Grupo 2.** Hospital General de Zona No.3 IMSS Salamanca Gto. Año 2006

No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en Ninguna de las características de familia, tampoco en relación con la escolaridad y ocupación **Tabla 3**

Tabla 1. Características generales de la población de usuarias de implante hormonal subdérmico Grupo 1 y dispositivo intrauterino Grupo 2 . Hospital General de Zona No.3 IMSS Salamanca Gto . Año 2006

	Grupo 1 n=50 Implante subdérmico	Grupo 2 n=51 Dispositivo intrauterino	
Edad (años)	24.4±3.7	28.6±7.1	Prueba T 25.434 p=0.00 significativo
Años de vida conyugal	4.6±1.9	7.0±3.5	
Escolaridad			Prueba T 14.342 p=0.00 significativo
<i>Nula</i>	0	1	Ji Cuadrada 4.644
<i>Primaria</i>	12	16	p 0.200 NS
<i>Secundaria</i>	32	23	
<i>Preparatoria o mas</i>	6	9	
Familia por desarrollo			
Moderno	29	27	Ji Cuadrada 5.46
Tradicional	21	24	p .688
Familia por estructura			
Nuclear	29	41	Ji Cuadrada 10.596
Nuclear extensa	20	6	p 0.005 Significativo
Nuclear extensa compuesta	1	3	
Familia por Ciclo vital			
Matrimonio	30	32	Ji Cuadrada .505
Expansión	1	2	p 0.777 NS
Dispersión	19	17	
Familia por residencia			
Urbana	40	38	Ji Cuadrada .546
Rural	10	13	p 0.777 NS

Fuente cuestionario. 2006

Tabla 2. Calificación total funcional del sistema conyugal en los grupos de usuarias: implante hormonal subdérmico Grupo 1 y dispositivo intrauterino Grupo 2. Hospital General de Zona No.3 IMSS Salamanca Gto., Año 2006

	Grupo 1 n=50	Grupo 2 n=51	Prueba Ji Cuadrada
	Implante subdérmico	Dispositivo intrauterino	
<i>Disfuncional severa</i>	12	5	4.102 p= 0.129
<i>Disfuncional moderada</i>	15	15	No significativa
<i>Funcional</i>	23	31	

Fuente: Instrumento de evaluación de la función conyugal de Víctor Chávez

Tabla 3. Calificación parcial por indicadores del sistema conyugal en los grupos de usuarias: implante hormonal subdérmico Grupo 1 y dispositivo intrauterino Grupo 2 . Hospital General de Zona No.3 IMSS Salamanca Gto. Año 2006

	Grupo 1 n=50	Grupo 2 n=51	Prueba T
	implante subdérmico	Dispositivo intrauterino	
<i>Calificación total</i>	62.4±29.9	76.3±22.0	5.016 p=.009 significativa
<i>Calificación comunicación</i>	19.1±10.6	23.6±7.3	9.104 p=.003 significativa
<i>Calificación adjudicación de roles</i>	9.5±7.2	11.2±6.8	8.072 p=.013 significativa
<i>Calificación de satisfacción sexual</i>	13.5±6.3	15.6±5.	2.276 p =.040significativa
<i>Calificación afecto</i>	12.9±8.7	15.9±6.6	11.079 p= .117No significativa
<i>Calificación expectativas</i>	8.7±5.3	10.3±5.8	11.079 p= .117No significativa

Fuente: Instrumento de evaluación de la función conyugal de Víctor Chávez

DISCUSION

El presente trabajo tuvo la finalidad de investigar cual era las características del funcionamiento familiar conyugal , diversos autores mencionan que el sustento de la familia recae en los cónyuges , en el presente estudio se encontró una diferencia en la edad de las usuarias , las mas jóvenes y con menos años vida conyugal pertenecían al grupo de implante subdérmico, dado el carácter descriptivo del estudio no se sabe si ellas optaron por el o se les sugiere desde una consejería , se ha mencionado que los métodos son aceptados si la consejería es realizada por el personal de salud, sobre todo cuando se trata de métodos novedosos también se ha informado que un método nuevo es promovido por políticas de cada institución **(12, 13)** , en este estudio no se investigó estas variables , en cuanto a las características de familia y escolaridad no se observó diferencia , con respecto a esto es conocido que el patrón cultural y social se distribuye uniformemente entre los pueblos del mundo de los cuales no queda excluido el mexicano (9-11). Al evaluar el funcionamiento familiar **de Víctor Chávez** fue mas en usuarias de dispositivo con **31 de 51** mientras que en el de implante solo **23 de 50** , en México sea ha reportado altos índices de mal funcionamiento familiar , sobre todo cuando se analiza por sus indicadores de comunicación , adjudicación de roles , satisfacción sexual , en este trabajo fueron mayormente disfuncionales en usuarias de implantes pero no se presentó diferencia en los indicadores de afecto y expectativas , de acuerdo a lo encontrado por **Salazar Colin** en 2005 encontraron que en general las parejas cursan con un funcionamiento conyugal en el **58.8%** , también en el presente estudio mayormente fueron funcionales alrededor del 50% son funcionales , aunque él no reporta por indicadores .

Otros estudios con instrumentos como el **FACES** a determinado porcentajes similares al estudio realizado **Mendoza Solís y Cols**

Las limitaciones del estudio por su diseño no se puede determinar la asociación entre la decisión del método y la funcionalidad conyugal, sin embargo el resultado del estudio sobre el predominio del mal funcionamiento conyugal en las áreas primordiales de la relación conyugal como la comunicación, la adjudicación de roles y la conducta sexual debe tenerlas en cuenta cuando el medico familiar se decida por la aplicación de uno o de otro método, además los

resultados del estudio sugieren implementar estrategias a fin de mejorar la comunicación y la educación sexual , mientras con la adjudicación de roles se sugiere empoderar a la usuarias a decidir por su sexualidad tal como se recomienda **(9,12,13)**.

CONCLUSIONES

Cercano a la mitad de usuarias de los métodos anticonceptivos investigados presentaron una puntuación total promedio que las ubica como disfuncionales, siendo en la comunicación, adjudicación de roles y satisfacción sexual.

Las características de familia no mostraron diferencias significativas Explorar algunos factores demográficos en mujeres que reciben implante hormonal subdérmico y en mujeres que reciben dispositivo intrauterino (DIU)

BIBLIOGRAFIA.

1. Smilkstein G. The patient, the family and the biopsychosocial model. *Fam Med* 1988; 6: 7.
2. Ramsey C. The relationship between family functioning, life events, family structure, and the outcome of pregnancy. *J Fam Pract* 1986; 22: 521-25.
3. Smilkstein G. The physician and family function assessment. *Fam Syst Med* 1984; 2: 262-78.
4. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 12-31.
5. Good MJD, Smilkstein G, Good BJ, et al. The family APGAR index: a study of construct validity. *J Fam Pract* 1979; 8: 55.
6. Pless IB, Satterwhite B. A measure of family functioning and its application. *Soc Sci Med* 1973; 7: 613.
7. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: 303
8. Colombia. Ministerio de Salud. División de Salud Mental; Hospital Mental de Antioquia. Curso nacional de capacitación en la atención de la farmacodependencia para auxiliares de: enfermería, trabajo social y terapia ocupacional. s.l, Colombia. Ministerio de Salud, jun. 1985. p.15-25, ilus..
9. Mutambirwa J. Family Health International (FHI). Lo ideal es que la pareja tome las decisiones de planificación familiar Agosto 6, 2002
10. Mutambirwa J, Utete V, Mutambirwa C, et al. Zimbabwe: The Consequences of Family Planning for Women's Quality of Life, Women's Study Project Summary Report. Research Triangle Park, NC: Family Health International and University of Zimbabwe, 1998.
11. Pac MG-1 Parte D, Libro 2 Academia Nacional de Medicina México Planificación Familiar

12. Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2 –1993 . De los servicios de planificación familiar .
13. Lundgren R, Valmana D. Strategies to Involve Men in Reproductive Care: From Farm Management to Family Management. Tegucigalpa: PACO/CARE-Honduras and Population Council, 1996.
14. Díaz MJ. Prevención de conflictos de pareja. México; Olla; 1998:27-70.
15. Chávez-Aguilar V, Velasco-Orellana R. Disfunciones familiares del subsistema conyugal Criterios para su evaluación. Rev Med IMSS 1994; 32(1):39-43.
16. Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez HF, Pérez-Hernández Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria Analysis of the Dynamics and Family Functionality in Primary Healthcare C.** Archivos en medicina familiar 2006 Vol.8 (1) 27-32
17. Over-User Patients Salazar-Colín E, Boschetti-Fentanes B, Monroy-Caballero C, Ponce-Rosas R, Irigoyen-Coria A. Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes hiperutilizadores Relationship Between Conjugal Dysfunction and Reasons for Visit in Archivos de Medicina familiar 2005 Volumen 7(2) : 245-48.
18. Anibal Faúndes A.-1 Avances recientes en anticoncepción y planificación familiar Salud Publica de México . Enero Febrero 1992 Vol. 34 no.1
19. Hernández VM, Becerril FL. Uso del DIU Tcu 380 modificado con filamentos de cromo en el postparto inmediato. Ginecol Obstet Mex 2000;68(2):70-76.9.
20. Ruiz P, Gómez-Sánchez JF, Pío .Experiencia clínica con la aplicación del dispositivo intrauterino Tcu380A en el periodo postparto. Rev Colomb Obstet Ginecol. Disponible en: http://scielo-co.bvs.br/scielo.php?Script=sci_arttex&pid=S0034-74341998000100004&Ing=es&nrm=iso. ISSN 0034-7434.10.
21. Mishell DR. Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4 to 8 weeks postpartum. Am J Obstet Gynecol 1982;143(1):29-35.11
22. Elena Szegedy MOB Y SALUD Pagina 12, año 2.000 : URL en <http://www.monografias.com/trabajos-pdf/mob-salud/mob-salud.pdf>

23. Ilene S. Speizer, Lisa Whittle y Marion Carter Las relaciones de género y la toma de decisiones sobre reproducción: Honduras International Family Planning Perspectives, 2005, 31(3):131–139

24. El uso de la planificación familiar es a menudo una decisión familiar. Hacer participar a los parientes puede influir en el uso y la elección de anticonceptivos. Network en español: Verano 1998, Vol. 18, No. 4, 2008, Family Health International (FHI)

ANEXOS

EVALUACION SOCIODINAMICA DEL SUBSISTEMA CONYUGAL
DE VICTOR CHAVEZI. FUNCION DE LA COMUNICACION Nunca Ocasional Siempre

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

II. FUNCION DE ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLES SI NO

- a) La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican.
- b) Son satisfactorios los roles que asume la pareja.
- c) Se propicia el intercambio de roles entre la pareja.

III. FUNCION DE SATISFACCION SEXUAL Nunca A veces Siempre

- a) Es satisfactoria la frecuencia con que hacen el sexo.
- b) Es satisfactoria la calidad de la actividad -- sexual.

IV. FUNCION DE AFECTO SI NO

- a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja.
- b) El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante.
- c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja.
- d) Considera que su pareja siente que usted la quiere.

V. FUNCION DE LAS EXPECTATIVAS NO SI

- a) Se han cumplido las expectativas de inicio en la pareja.

Nunca A veces Siempre

- b) Se explicitan las expectativas (planes

6. manera de calificar los resultados

FUNCIONES	PARAMETROS	CALIFICACION
------------------	-------------------	---------------------

I. COMUNICACION

a) Clara 10

b) Directa 10

c) Congruente 10

Total 30

II. ADJUDICACION Y ASUNCION DE ROLE

a) Congruencia

b) Satisfactoriedad

c) Flexibilidad
5

5

5

15

III. SATISFACCION SEXUAL

a) Frecuencia

b) Satisfactoriedad

10

10

20

IV. AFECTO

a) Manifestaciones físicas

b) Calidad de convivencia

c) Interés del desarrollo de la pareja

d) Reciprocidad

5
 5
 5
 5
 20

V. EXPECTATIVAS

a) **Presentes**

b) **Pasadas**

10

5
 15

TOTAL

100

0 – 40 Pareja severamente disfuncional
41 – 70 Pareja moderadamente disfuncional
71 – 100 Pareja funcional