

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

“SATISFACCIÓN MARITAL EN LA MUJER ADULTA MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA. PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DE PAREJA”

Tesis que para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

WENDY PAOLA TAMAYO DELGADO

Directores:

DRA. CS. MARÍA ISABEL ÁVALOS GARCÍA

DRA. ROSA MARIA SANCHEZ RODRIGUEZ

Villahermosa, Tabasco.

Febrero 2024



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA BUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Villahermosa, Tabasco, 27 de noviembre de 2023

Of. No. 674/DIRECCIÓN/DACS

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Wendy Paola Tamayo Delgado

Especialidad en Medicina Familiar

Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada "SATISFACCIÓN MARITAL EN LA MUJER ADULTA MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA. PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DE PAREJA" con índice de similitud 17% y registro del proyecto No. JI-PG-256; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Nicomedes De la Cruz Damas, Dra. Guadalupe Paz Martínez, MSC. Ana Isabel López Salvador, Dr. Pedro Antonio Benítez Cruz y el Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Familiar**, donde fungen como Directores de Tesis: la Dra. Cs. María Isabel Avalos García y la MSC. Rosa Ma. Sánchez Rodríguez.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

UJAT



DACS
DIRECCIÓN

C.c.p.- Dra. Cs. María Isabel Avalos García. - Director de tesis
C.c.p.- MSC. Rosa Ma. Sánchez Rodríguez.- Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Nicomedes De la Cruz Damas. - Sinodal
C.c.p.- Dra. Guadalupe Paz Martínez. - Sinodal
C.c.p.- MSC. Ana Isabel López Salvador. - Sinodal
C.c.p.- Dr. Pedro Antonio Benítez Cruz. - Sinodal
C.c.p.- Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada.- Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC\MCN\DC\OGMF\ypc*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 13:30 horas del día 15 del mes de noviembre de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"SATISFACCIÓN MARITAL EN LA MUJER ADULTA MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA. PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DE PAREJA"

Presentada por el alumno (a):

Tamayo Delgado Wendy Paola
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2 1 1 E 7 0 0 6 0

Aspirante al Grado de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. Cs. María Isabel Avalos García
MSC. Rosa Mª. Sánchez Rodríguez
Directores

Dr. Nicomedes De la Cruz Damas

Dra. Guadalupe Paz Martínez

MSC. Ana Isabel López Salvador

Dr. Pedro Antonio Berítez Cruz

Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 27 del mes de noviembre del año 2023, el que suscribe, Wendy Paola Tamayo Delgado, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 211E70060 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Satisfacción marital en la mujer adulta mayor con enfermedad crónica. Propuesta de estrategia de intervención en pareja"** bajo la Dirección del Dra. Maria Isabel Avalos García, Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez. Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a través de las direcciones electrónicas siguientes: tamayo_wendy@hotmail.com, isaavalos67@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Wendy Paola Tamayo Delgado
Nombre y Firma





AGRADECIMIENTOS

A mis profesores:

Por su cariño, por compartir sus conocimientos, por su paciencia, compromiso, constancia y por enseñarnos la gran capacidad de adaptación.

A mi mentora Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez:

Por creer en mí, por su guía, comprensión, amor, por enseñarme a cuidar lo máspreciado que es la familia, por compartir que allá en lo mas profundo de la tierra llegara ese rayo de luz que hará que florezca esa raíz, la raíz que sostendrá al árbol de recursos que hará que la familia sea fuerte.

En especial a mi team amado:

Por siempre estar en este camino de la residencia, por apoyarnos en esos días de desesperanza, por las risas, las lágrimas, los abrazos, por toda la paciencia, los amo.

A mis amigos, en especial a todos aquellos que me apoyaron en este camino, a mis compañeros de otras especialidades por recibirme en sus sedes, gracias infinitas.



DEDICATORIA

A DIOS:

Por su amor incondicional, por darme salud, por escuchar mi deseo de estar en este camino de la Medicina Familiar.

A mi esposo VIRGILIO:

Por ser mi amor, mi apoyo, mi ejemplo, por estar conmigo cada momento, por impulsarme a seguir adelante, por creer en mí, te amo mi vida este logro es para ti, sigamos de la mano hasta la eternidad.

A mis hijos Bárbara, Elena y Elías:

Mis niños, mami les dedica con amor este triunfo, ya que son parte de este, gracias por su paciencia, por sus abrazos, y besos en esos días de estrés, por inyectarme la mejor medicina de todas, el amor. Ahora toca disfrutar

A mis Padres:

Por su apoyo incondicional, por su amor, por su ejemplo. Gracias Mami por ser mi sostén, mi amparo, gracias por tus oraciones. Te amo

A mis hermanos, cuñados, suegra y familiares:

Por siempre apoyarme, muchas gracias.



INDICE DE TABLAS

INDICE DE TABLAS	1
ABREVIATURAS	3
GLOSARIO	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
1. INTRODUCCION	8
2. MARCO TEORICO	9
2.1 SATISFACCIÓN MARITAL.....	9
2.2 FACTORES QUE AFECTAN LA SATISFACCIÓN MATRIMONIAL DE LAS MUJERES.....	13
2.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, CULTURALES Y PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO....	17
2.4 ASOCIACIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD.....	22
3. JUSTIFICACIÓN	30
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
5. HIPOTESIS	34
6. OBJETIVOS	35
6.1 GENERAL.....	35
6.2 ESPECÍFICOS.....	35
7. MATERIAL Y MÉTODOS	36
7.1 DISEÑO.....	36
7.2 UNIVERSO.....	36
7.3 MUESTRA Y MUESTREO.....	36
7.4 INSTRUMENTO DE EVALUACION.....	41
7.5 ANÁLISIS DE DATOS.....	42
7.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	42
8. RESULTADOS	44
9. DISCUSION	53
10. RECOMENDACIONES	57



TABLA 1. Muestreo

TABLA 2. Características sociodemográficas y clínicas

TABLA 3. Características familiares

TABLA 4. Satisfacción marital y situación sociodemográfica en mujeres adultas mayores con enfermedad crónico- degenerativa

TABLA 5. Satisfacción marital y enfermedad crónico- degenerativa en mujeres adultas mayores

TABLA 6. Satisfacción marital y grado escolar en mujeres adultas mayores con enfermedad crónico- degenerativa

TABLA: **7** Satisfacción marital y creencia religiosa en mujeres adultas mayores con enfermedad crónico- degenerativa

TABLA: **8** Satisfacción marital y tipología familiar en mujeres adultas mayores con enfermedad crónico- degenerativa

TABLA: **9** Satisfacción marital y ciclo vital familiar en mujeres adultas mayores con enfermedad crónico- degenerativa



ABREVIATURAS

TF	Trabajo con Familias
SSA	Secretaria de Salud
CESSA	Centro de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
APGAR	Cuestionario de funcionalidad familiar
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
IBM SPSS	Programa estadístico informático
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INDESOL	Instituto Nacional para el Desarrollo Social
OECD	Organización de Desarrollo Económico
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
CONAPO	Consejo Nacional de Población
IIEF-5	International Index Erectile Function -5
ESM	Escala de Satisfacción Marital
MSI-R	Inventario Satisfacción Marital Revisado
AGG	Agresión
CCR	Conflicto de la Crianza de los hijos
GDS	Ansiedad Global
SIC	Sistema Nominal de Información en crónicas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
EC	Enfermedades Crónicas
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades
CD	Crónico degenerativo
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles



GLOSARIO

Satisfacción Marital: Percepción individual que incluye complacencia con las reacciones emocionales del cónyuge, con la relación y el establecimiento y realización de normas en el matrimonio

Ciclo Vital: Etapas por las que pasa un ser humano desde su nacimiento hasta su muerte.

Ciclo Vital Familiar: Etapas por las que la familia pasa durante su vida

Homeostasis: Estado de equilibrio y de solidez

Medidas de tendencia central: Herramienta de la bioestadística que se utiliza para resumir un conjunto total de datos.

Diabetes mellitus (Diabetes tipo 2): Enfermedad metabólica comúnmente asociada a niveles elevados de glucosa en sangre ($>126\text{mg/dl}$) debido a una alteración en la función o excreción de la insulina, hormona encargada de ingresar la glucosa hacia las células y que éstas cumplan funciones específicas en los órganos del cuerpo.



Artritis Reumatoide: Enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida; su principal órgano blanco es la membrana sinovial; se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución.

Funcionalidad Familiar

La funcionalidad familiar es el resultado de la actividad entre las personas que permite la adecuada relación y satisfacción de cada uno de los integrantes de las familias entre sí y funge como factor protector para desarrollo de prácticas de riesgo, afrontamiento y/o solución de eventos normativos o paranormativos.

Trabajo con familias

Es el cuarto nivel de intervención que se caracteriza por ser planificada y tener un enfoque sistémico centrado en la familia, se estructura principalmente a partir de la dinámica familiar donde se desarrollan intervenciones y recomendaciones a cada uno de sus integrantes.

Envejecimiento

El envejecimiento se refiere al proceso natural de deterioro del cuerpo y la mente a medida que una persona avanza en edad. Incluye cambios fisiológicos, como la disminución de la función celular y el debilitamiento de los sistemas corporales, así como cambios psicológicos, como la pérdida de memoria y la disminución de la agudeza mental. El envejecimiento también puede estar influenciado por factores genéticos, ambientales y de estilo de vida.



RESUMEN

La etapa de la vida en pareja es una de las maneras más comunes de relación interpersonal. Se lleva a cabo mediante un proceso de interacción en el cual se van desarrollando ciertas dependencias y maneras de convivencia, conformados sobre el tiempo, las experiencias y espacios compartido, en la mujer adulta mayor con enfermedad crónico-degenerativa esta interacción puede verse mermada por las modificaciones estructurales y funcionales de estos cambios. **OBJETIVO:** El objetivo de esta investigación es determinar los efectos de una estrategia de intervención en pareja para mejorar la satisfacción marital en pacientes adultas mayores con enfermedad crónico-degenerativa de un Centro de Salud en Tabasco. **MATERIAL Y METODOS:** Se realizará un estudio cuasiexperimental, prospectivo, ambispectivo en 140 pacientes adultos mayores que se encuentran en control por enfermedad crónico-degenerativa, en unión libre o casadas, de las cuales 5 parejas aceptaron participar utilizando el TEST DE PICK ANDRADRE valorando aspectos emocionales del cónyuge, satisfacción con la interacción marital, satisfacción con las dimensiones organizacionales y estructurales del cónyuge, y el SUBSISTEMA CONYUGAL, evaluando la funcionalidad de la pareja, para análisis de los datos se empleó estadística descriptiva (MTC y dispersión) y analítica (X² de Pearson y RP), software estadístico SPSS v25. **RESULTADOS:** Se encontró en este estudio que la media de edad de las pacientes encuestadas es de 65 años, con un valor máximo de 79 y mínimo de 60 años, el estado civil que predominó fue casadas 67.3% (n=68), el grado de estudios fue preparatoria con 27.7% (n=28), seguido de primaria 27.7% (n=28), el nivel socioeconómico fue bajo 98% (n=99), la ocupación más frecuente fue amas de casa 80.1% (n=42), la comorbilidad con el porcentaje más elevado fue la hipertensión 41.6% (42), seguido de artritis reumatoide 38.6%. **CONCLUSIONES:** La estrategia de intervención del adulto mayor y de sus parejas mediante el trabajo con familia haciendo énfasis en enfermedad crónica

Palabras clave: Satisfacción Marital, Funcionalidad familiar, enfermedad crónico-degenerativa.



ABSTRACT

The stage of life as a couple is one of the most common forms of interpersonal relationship. It is carried out through a process of interaction in which certain dependencies and ways of coexistence are developed, shaped by shared time, experiences and spaces, in the elderly woman with chronic-degenerative disease this interaction can be diminished by the structural and functional modifications of these changes. **Objective:** The objective of this research is to determine the effects of a couple's intervention strategy to improve marital satisfaction in elderly patients with chronic-degenerative disease at a health center in Tabasco. **Material and Methods:** A quasiexperimental, prospective, ambispective study in 140 older adult patients who are in chronic-generative disease control, in free or married union will be carried out, of which 5 couples agreed to participate using the Pick Andradre test assessing aspects Emotional spouse, satisfaction with marital interaction, satisfaction with the organizational and structural dimensions of the spouse, and the conjugal hub, evaluating the functionality of the couple, for data analysis, descriptive statistics (MTC and dispersion) and analytical (χ^2 of Pearson and RP), SPSS V25 statistical software. **Results:** It was found in this study that the average age of the patients surveyed is 65 years, with a maximum value of 79 and minimum of 60 years, the marital status that predominated was married 67.3% (n = 68), the degree From studies it was high school with 27.7% (n = 28), followed by primary 27.7% (n = 28), the socioeconomic level was low 98% (n = 99), the most frequent occupation was housewives 80.1% (n = 42), comorbidity with the highest percentage was hypertension 41.6% (42), followed by rheumatoid arthritis 38.6%. **Conclusions:** The intervention strategy of the elderly and their partners through work with family emphasizing chronic disease **Keywords:** marital satisfaction, family functionality, chronic-degenerative disease.



1. INTRODUCCION

Actualmente los seres humanos buscan una mayor calidad de vida, debido a que existe más información sobre cómo cuidarse no solo como individuos, también como pareja, y como familia.

Pero existen factores de riesgo, como la genética, las condiciones sociodemográficas, y las relaciones que existen. La mujer ha sido pilar importante en una familia, funge como eslabón para el crecimiento de esta, sin embargo, hasta hace algunas décadas se encargaba de cubrir solo las necesidades propias del hogar entre ellas cuidar de los hijos, de la economía, alimentación. Esta situación muchas veces no le permitía darse tiempo para actividades de pareja, recreativas, deportivas y con ello se veía más vulnerable a padecer algún tipo de enfermedad dentro de estas las crónico-degenerativas. En la familia cuando uno de los miembros sufre alguna de estas enfermedades en particular la esposa o la madre, la homeostasis familiar se puede ver mermada, sobre todo en la relación de pareja y si ocurre en la etapa de la adultez donde generalmente todos los miembros de la familia se van y queda esta pareja en nido vacío se vuelve más compleja la respuesta a un mejor tratamiento. Es por ello que el objetivo de este estudio de investigación es demostrar el efecto de una intervención del trabajo la familia en mujeres adultas mayor con enfermedad crónico-degenerativa. Para ello es necesario conocer la percepción y las condiciones de vida de esta pareja sobre su relación, el grado de conocimiento de la enfermedad y como su médico de familia puede ayudar a ser un recurso para la obtención de esta mejora en la salud de pareja y esto incrementa la calidad de vida.



2. MARCO TEORICO

En nuestro país, las mujeres mayores pasan la mayor parte de su vida cuidando a miembros de su familia sin recibir remuneración para obtener ingresos del trabajo.

Esto sucede cuando cuidan a sus nietos principalmente por su rol de abuelas, o los estereotipos sociales las asocian con diferentes tipos de cuidado y protección, ya sea para los pacientes, sus parejas o realizando otras tareas del hogar como cocinar, limpiar, casa u otros.

Considerando estos factores, el Instituto Nacional de Estudios de la Mujer (INMUJERES) impulsó la creación de un grupo de trabajo de cuidados con el objetivo de crear un sistema nacional de cuidados con perspectiva de género, derechos humanos e intercultural que garantice el derecho al cuidado, atención y cuidado.

El grupo de trabajo, actualmente conformado por el Instituto Nacional de Gerontología (INGER), el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL) e INMUJERES, tiene como objetivo lograr que la política nacional en favor de las personas mayores esté encaminada a lograr una vida futura sana y activa.¹

2.1 Satisfacción Marital

En el mundo moderno pareciera que, la gran mayoría de la gente unida en pareja expresa que la calidad de su matrimonio tiene un fuerte efecto en su felicidad y satisfacción en la vida.

Hoy en día, especialmente en el ámbito sanitario, cuando hablamos de satisfacción conyugal, ya sea social (comunitaria, grupal), individual o familiar, se refiere específicamente a cuestiones sexuales. Y la satisfacción conyugal no sólo se mide en este ámbito, el concepto de satisfacción según la Real



Academia Española la define como confianza o certeza psicológica, satisfacción de un deseo, de modo que cuando dos personas se casan, se convierten en una nueva unidad social.

El "sistema matrimonial"; Este sistema no es una simple síntesis de dos personalidades o dos individuos con necesidades y esperanzas correspondientes, sino una entidad nueva y cualitativamente diferente.

Independientemente de la historia de los cónyuges y del tipo de relación que los unió durante el período de compromiso, comienzan a formarse nuevos patrones de relación, lo que convierte al nuevo sistema en un "tercero autónomo" cuyo propósito sus objetivos pueden complementar o entrar en conflicto con los objetivos matrimoniales.

Además, es posible que su influencia sobre cualquiera de ellos tenga un profundo impacto en su funcionamiento en los demás.

El entorno construido crea el concepto de satisfacción o insatisfacción familiar.

El marco teórico de este artículo se basa en la teoría general de sistemas, en primer lugar una visión general de qué es la satisfacción conyugal, partiendo del contexto del término.



Guerra y McCann (1988) creen que se pueden distinguir tres enfoques para definir el concepto de satisfacción conyugal, que son:

a.- Modelo bipolar de satisfacción global.

Esta es la base de los estudios clásicos sobre el placer y la insatisfacción propuestos por autores como Burgess y Cottrell, Therma, Locke, Carlsson y otros, quienes demostraron que la satisfacción es producto del equilibrio entre los aspectos positivos y negativos del matrimonio.

b.- Modelo unipolar de satisfacción conyugal.

La satisfacción conyugal es la frecuencia con la que se experimentan ciertos aspectos satisfactorios del matrimonio.

Así lo señalan autores como Kirkpatrick, Frumkin, Wessman, Butter, Bland y Spanier.

c.- Modelo de aspectos individuales de la satisfacción conyugal. –

Bradburn y Kaplowitz llegaron a la conclusión de que la felicidad en la vida no es un estado unidimensional, sino un estado complejo derivado de dos dimensiones independientes: "satisfacción e insatisfacción". Orden y Bradburn añaden que la felicidad conyugal es el resultado de un equilibrio entre estos dos aspectos.

Con base en estos modelos, se han propuesto muchas definiciones diferentes de satisfacción conyugal:

Según Boland y Follingstad (1987), es una descripción general de actitudes, sentimientos y autodescripciones sobre el matrimonio, tradicionalmente visto en términos extremos, como feliz e infeliz, satisfactorio e insatisfactorio, etc.²



La satisfacción conyugal también se conceptualiza en ambas dimensiones. términos globales y valoraciones subjetivas de los cónyuges (Blood & Wolpe, 1960), pero también se basan en valoraciones de aspectos específicos de la vida conyugal, como los factores socio-oportunistas.

Roach et al (1981) definieron la satisfacción conyugal como una actitud favorable o desfavorable hacia la relación conyugal.

Berger y Kellner (citado en: Burr, 1970) sugirieron que la satisfacción conyugal se define como la realidad creada por los miembros de la pareja conyugal.

De cualquier manera, se puede ver que la satisfacción conyugal es un concepto multidimensional, que a menudo incluye conceptos a nivel individual como adaptación y felicidad, así como niveles diádicos como conexión de apego y comprensión entre marido y mujer.

Para los efectos de este artículo, seguiremos la definición de satisfacción conyugal dada por Pick y Andrade (1988), quienes la ven como la actitud del sujeto hacia la relación conyugal y su esposa/esposo.³

Además, cabe señalar que no existe una única forma de construir una relación entre dos personas que pueda alcanzar altos niveles de satisfacción conyugal, pero los siguientes factores parecen ser importantes para tener una buena relación conyugal satisfactoria:

- a) respeto mutuo, cada cónyuge debe buscar en el otro cualidades y habilidades importantes que deben ser respetadas.
 - b) tolerancia de un cónyuge hacia el otro.
 - c) cada cónyuge debe cumplir su rol y función sin considerarlo una obligación.
- (Lederer y Jackson, 1968)⁴



2.2 Factores que afectan la satisfacción matrimonial de las mujeres.

La satisfacción conyugal está influenciada por muchos factores, uno de los cuales es el apego conyugal, que es una variable subjetiva que ayuda a comprender mejor la experiencia conyugal. En general, cuanto más satisfechas estén las personas con características como el amor, el afecto, la amistad, el cuidado y la satisfacción sexual, más satisfechas estarán con su matrimonio⁶.

Las personas que tienen éxito en el matrimonio son emocionalmente estables y los demás las consideran flexibles y sensibles.

Confianza y dependencia emocional.

Las personas en matrimonios infelices tienen características opuestas.

En su análisis, el autor cita numerosos estudios que muestran que la similitud de personalidad está relacionada con la adaptación conyugal.

Se ha descubierto que esta similitud de personalidad se correlaciona más con la satisfacción conyugal de los maridos que de las esposas (Levinger y Briedlove, 1966). Si la personalidad de una persona es "saludable", tendrá más oportunidades para brindar apoyo emocional para el matrimonio y, por lo tanto, una mayor satisfacción.⁷

Por otro lado, la comunicación se considera uno de los factores que pueden ser la mayor contribución a la satisfacción en el matrimonio, porque se encuentra el dinero y la cercanía de la información enumerada entre sus esposos.



Una conexión curvilínea, porque se mencionó que se mencionó que El matrimonio está relacionado con el nivel de matrimonio; Porque un alto nivel de comunicación se considera innecesario, causando situaciones hostiles o defectos negativos⁸.

Finalmente, parte de las variables, consideradas para la investigación, hay cambios en el matrimonio.

Por un lado, se ha encontrado una relación en forma de U, es decir, la satisfacción es mayor al principio, disminuye en los años intermedios de matrimonio y luego aumenta, mientras que otros estudios muestran una relación lineal-decreciente.⁹

Es posible que esta diferencia se deba, por un lado, a las culturas en las que se mide y, por otro, a interacciones con otras variables, como el número de hijos.

Pineo, llegó a esta conclusión tras analizar datos obtenidos por Burgessie Wallin en su estudio longitudinal sobre el matrimonio.

Para este autor, este proceso de desilusión se manifiesta como consecuencia del romanticismo presente en la elección de pareja, provocando una idealización decreciente a medida que avanza el matrimonio, una monotonía cotidiana y cotidiana, los fundamentos románticos sobre los que se construyen las relaciones.

Definición de envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud:

Desde una perspectiva biológica, el envejecimiento es el resultado de múltiples daños moleculares y celulares que se acumulan con el tiempo, provocando una disminución progresiva de las capacidades físicas y mentales, un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, la muerte.¹⁰



3. De manera similar, su Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud (2015) señala que la edad no es un cambio uniforme o lineal sino relativo, y una persona de 80 años puede tener las mismas capacidades físicas o mentales que una persona de 20 años.

Las personas mayores o de 50 o 60 años necesitan ayuda de un tercero para realizar sus actividades básicas.

Por lo tanto, es necesario modelar las estrategias, políticas e intervenciones desde esta perspectiva, pero la realidad es que cualquier formato tiende a ser polarizador porque, por un lado, tenemos un modelo que se centra en los déficits de edad, un período de vulnerabilidad y disrupción.

La pérdida de función y el deterioro son inevitables y se centran en el "cuidado de las personas mayores", donde se priorizan las necesidades de salud, pensiones y servicios sociales.

Por otro lado, hay modelos que actualmente están causando polémica y debate porque enfatizan la importancia de la participación social y el aporte de las personas mayores que lo pueden todo a nivel social, que es la norma más que la excepción.

Entonces ¿qué es el envejecimiento?

Barraza y Castillo (2006) lo definen como:

Es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, decreciente y heterogéneo, hasta ahora inevitable, de interacción de factores genéticos, sociales, culturales, de estilo de vida y cambios biopsicosociales de enfermedades.



Cuando se trata de personas mayores, la ONU (Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 1982) considera ancianas a las personas mayores de 60 años.¹¹

Posteriormente fueron llamados "mayores" con sinónimos que incluían viejo, viejo, senecto, provento, vetusto, carcamal, geranthropo, etc.

Cada cultura utiliza su propia terminología para usarse como sinónimos y referirse a un mismo grupo de edad.¹²

La Organización Mundial de la Salud define a las personas mayores como personas de 60 años o más en los países en desarrollo y 65 años o más en los países desarrollados, señalando que las diferencias de edad están relacionadas con las características socioeconómicas de cada país. La Organización Mundial de la Salud clasifica a las personas mayores en¹³:

- Personas mayores o jóvenes de 60 a 74 años
- 75 a 84 años.
- 85 a 99 años.

Ancianos o ancianos de larga duración

- Más de 100 años.

Centenarios.

De manera similar, Espinoza, Muñoz y Portillo (2006) informaron que podemos clasificar a los adultos mayores según su dependencia, definiéndolos como adultos mayores autónomos, adultos mayores frágiles o adultos mayores con alto riesgo de adicción y adultos mayores dependientes.¹⁴



2.3 Aspectos demográficos, culturales y psicosociales del envejecimiento.

Se tiene claro que la población mundial tiene cambios demográficos visibles en cuanto a la población de las personas mayores de 60 años. La Organización de Desarrollo Económicos u OECD (2017) reporta que actualmente existe una población mundial de mayores de 60 años de 617 millones de personas que para el 2050 se convertirán en millones, estas cifras son alarmantes ya que la población de adultos mayores crecerá 10 veces su actual tamaño. Dentro de los países con mayor número de adultos mayores se encuentra Japón, Alemania, Italia, Grecia, Portugal y España.¹⁵

México no es la excepción Según la ENADID (2011) este cambio demográfico comenzó su primera fase en los años 30 con el inicio de la baja en la tasa de mortalidad infantil, con el combate de las enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de la esperanza de vida en México que actualmente es alrededor de los 72 años y alcanzará los 80 en el 2050. De igual manera la pirámide de población pasará de forma triangular a una forma rectangular, característica de poblaciones envejecidas. Aunque los adultos mayores viven en su mayoría en el medio urbano, los que se encuentran en las localidades no urbanas están más envejecidas, esto por lo comentado previamente, y dependiendo mucho del ambiente cultural en donde se encuentren. Todas las entidades federativas experimentarán el envejecimiento de su población, pero lo harán en ritmos distintos. La CONAPO (2000) en su reporte de estimaciones del censo general de población y vivienda hace referencia a este punto, ya que al ser un país multicultural presenta claramente una influencia de migración e inmigración lo que modifica el comportamiento de la población en los diferentes estados. Por ejemplo, estados como el Distrito Federal, Zacatecas, Oaxaca, Nayarit, Yucatán, Michoacán, Veracruz y San Luis Potosí tienen mayor avance en el envejecimiento, pero presentan una migración de población en edad productiva por lo que básicamente se quedan con adultos mayores y niños. En cambio en estados como lo es Chiapas y en este caso Tabasco presentan un rezago en esta transición en el que se presenta un crecimiento de la población inmigratoria por lo que las edades laborales y reproductivas son



mayores. Aunque la mayoría de las personas tienen lo que se define una vejez normal, cada vez más van a tener un envejecimiento patológico entendiéndose como un proceso de envejecimiento en el cual se presenta enfermedad, lo que contribuye a la disminución de la autonomía, funcionalidad e independencia, así como a la calidad de vida en la ancianidad de las personas. Se observa en el análisis del reporte del ENADID que la cara de la vejez en México es predominantemente femenina, y con una tercera parte de adultos mayores que no sabe leer ni escribir, esto es importante ya que las inequidades de género con analfabetismo son mayores entre los adultos mayores lo que aumenta su victimización y bajo empoderamiento. Ballesteros refiere que curiosamente la población femenina tiene un envejecimiento más prolongado hablando en expectativa de vida, pero la calidad del envejecimiento es claramente más baja que la población masculina.¹⁶

Otro punto importante es que la tercera parte de los adultos mayores aún trabaja a diferencia de países industrializados, realizando actividades primarias y percibiendo de los sueldos más bajos en el ámbito laboral, además de que los servicios de transición a la vejez (hablando de jubilaciones o pensiones) son muy limitados. Los que no se encuentran en actividad refirieron que en su mayoría lo hacen por que presentan una limitación o discapacidad, lo que obviamente sugiere que el desafío más importante de la sociedad es encontrar formas que permitan afrontar el rápido envejecimiento de la población, y dar respuestas adecuadas a los problemas que plantean la discapacidad y el envejecimiento físico y cognitivo de la población. Ballesteros et al coinciden en que el envejecimiento ya no es percibido en el contexto psicosocial como un estado de "posesión de saberes", si no, de una decadencia corporal en donde la resistencia al envejecimiento se manifiesta con un claro rechazo al adulto mayor viéndolo como una carga, especialmente por lo hijos.¹⁷

Sexualidad en el envejecimiento

Teniendo en cuenta todo lo anterior y sabiendo que la edad afecta negativamente al entorno socioemocional, la capacidad para establecer nuevas relaciones íntimas también se verá afectada. Cuando se habla de sexo, lo



primero que hay que tener en cuenta es que la sociedad margina a las personas mayores y las considera como seres asexuados, mientras que el sexo es una de las actividades humanas.¹⁸

Rodríguez nos define que la sexualidad en el adulto mayor se manifiesta enfocada en el afecto, intimidad, vinculación, autoerotismo, autoimagen y el contexto del individuo. Estos cambios también incluyendo y sobre todo un enfoque múltiple ya que los factores externos influyen en muchas ocasiones de forma negativa sobre la actividad sexual y no es exclusivamente la edad.¹⁹

Los adultos mayores, en gran parte, recibieron en su juventud una educación sexual deficitaria y siguen desinformados hasta el día de hoy temiendo pedir información al respecto. Cuando, en el mejor de los casos, se atreven a pedirla lamentablemente se suelen encontrar con respuestas evasivas, incluso de los propios profesionales. Los adultos mayores que mantienen el deseo o la actividad sexual normalizada se suelen encontrar con respuestas evasivas, incluso de los propios profesionales. Estos prejuicios o tópicos, son especialmente dañinos cuando se dan en los profesionales sanitarios que tratan con adultos mayores y es a lo que Rodríguez denomina “institucionalización del tópico”.²⁰

Entonces es deber del Médico Familiar, terminar con los mitos y comenzar la adecuación de tareas y sexualidad en las etapas de independencia o retiro.

Satisfacción marital en pacientes crónicos

Las enfermedades crónicas son un problema de salud pública.

Según datos del Nobe, la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas en todo el mundo durante el siglo pasado, especialmente en los países con y altamente desarrollados, su naturaleza compleja y multifactorial, su impacto en los grupos vulnerables de la sociedad y el hecho de que que reducen significativamente la calidad de vida y el estado funcional de estas personas



que los padecen, convirtiéndolos en un verdadero problema desde el punto de vista económico, político, social y personal.²¹

Según Rock Pyrra, enfermedades crónicas más allá del marco de atención médica institucional e incluyen la vida diaria de una persona, así como sus redes sociales.

Después de establecer, pueden conducir a cambios drásticos en la psicología y el cuerpo y cambiar las áreas importantes de la vida, lo que requiere la ciencia de la salud solo para exceder las características y síntomas.

Física para atraer la atención del impacto de la enfermedad en varios campos de la vida.

En este sentido, es importante considerar los efectos causados por enfermedades crónicas en diferentes áreas de la vida y pensar en los ejes principales basados en la amplitud, la diversidad.

Se ha demostrado que las dificultades sexuales suelen acompañar a enfermedades crónicas (insuficiencia renal crónica, hipertensión, diabetes, cáncer).²²

Sus efectos pueden ser “directos” sobre la función sexual, pero también pueden ser “indirectos” a través de cambios en los patrones de interacción, la autoestima, el sentido de autonomía y la aparición de síntomas físicos como fatiga, debilidad y dolor.

Un grupo de investigadores del sexo se centra en su relación con el estrés, especialmente el causado por acontecimientos de la vida que exceden las capacidades de una persona. Como ocurre con muchas consecuencias de las enfermedades crónicas, podemos considerarlas como procesos cuyos requisitos complejos también pueden expresarse en el sexo.



Ortega señala que las situaciones sexuales también pueden llegar a ser o ser evaluadas en términos de tensión. En el contexto de una enfermedad crónica, estas situaciones pueden expresarse de diversas formas: a través de preocupaciones sobre la salud sexual, miedo e incertidumbre sobre la actividad sexual, sentimiento de insatisfacción con los cambios que se producen en el cuerpo, la sexualidad y su impacto en el matrimonio, dificultades para disfrutar de experiencias eróticas, necesidad de diferentes conexiones eróticas, capacidad de expresarlas verdaderamente en las relaciones, oposición a creencias y estereotipos sexuales.²³

Los estudios sobre este tema reportan principalmente problemas de erección en hombres y disminución o pérdida de la libido en mujeres, aunque también pueden presentarse otros aspectos como orgasmo, excitación o dolor durante el coito. Sin embargo, existen muy pocos estudios cuyos resultados aporten información sobre las características de las conexiones sexuales que surgen durante la enfermedad, así como sobre las condiciones en las que se expresan estas conexiones.

Los campos de la pareja y la sexualidad en el contexto de las enfermedades crónicas son considerados principalmente desde la perspectiva que supone la aparición de disfunciones sexuales como consecuencia de un proceso patológico y sus efectos en la calidad de la relación de pareja.

En particular, la pareja se construye como base para la expresión de la sexualidad de tal manera que mencionar la ausencia de una pareja parece negar (a modo de construcción discursiva) la existencia de la sexualidad.

Esto puede deberse a varios aspectos: en primer lugar, a la influencia positiva del marido y la mujer en el proceso vital en general y especialmente cuando están enfermos.



Un estudio diferente de las personas con diabetes (tipos 1 y 2) muestra el pronóstico de los dos indicadores sobre la calidad del matrimonio (cercanía y adaptación) en los aspectos de adaptación psicológica.

2.4 Asociación relacionada con la enfermedad.

La mayor satisfacción del matrimonio está relacionada con el menor impacto de la diabetes, una mayor adaptación a la enfermedad, el menor estrés relacionado con él y la mejor calidad de vida.

Los estudios sobre personas con trastornos renales muestran que la frecuencia del vapor es positiva sobre la conciencia de la calidad de vida del paciente.

En general, la sexualidad está en gran medida inexplorada por los investigadores y proveedores de servicios, con la excepción de la existencia de parejas.

Investigadores y sujetos asumen implícitamente que sin pareja no hay sexo, o que mencionarlo es inapropiado, o no saben cómo verlo.

Esto es consistente con un enfoque de la sexualidad basado en relaciones con un "otro" impersonal, especialmente en el caso de las mujeres, y puede explicar en parte por qué a menudo no se menciona a manifestaciones de narcisismo, delirio y otras formas de discriminación no hegemónica.²³

Las relaciones sexuales se mantienen como la función sexual básica, dejando que otras expresiones sexuales se construyan como "preparatorias", "iniciales" y "descentradas" (caricias, juegos, comunicación)



La pareja también respondió ciertos marcos flexibles, con atributos "tradicionales" (heterosexuales, "estables", con niños comunes) y muy importantes para el apoyo diario en el campo del encuentro.

Las funciones, la conciliación, la protección y la comunicación están integradas para crear condiciones favorables para los impactos personales y sociales de los cambios que se realizan después de la enfermedad, así como para mejorar el gusto.

En general, independientemente de si una pareja tiene o no una información y creencia inexacta y menos con procesos médicos específicos.

La imagen de la sexualidad construida por las personas con estas enfermedades, reforzando la visión biomédica más tradicional, se basa todavía en una normativa ("sexual"), fragmentaria (fases, aspectos, disfunciones), sin asociación alguna.

El resultado: "conocimiento" limitado sobre la orientación sexual de las personas con enfermedades crónicas y protocolos de atención sanitaria que no se adaptan a las necesidades reales de estos grupos.

Se podría argumentar que el enfoque adoptado en este trabajo demuestra un compromiso con la promoción de una perspectiva sociocultural como marco para comprender la experiencia y el proceso de vivir con una enfermedad crónica, una perspectiva que tenga en cuenta su naturaleza multifactorial e histórica. determinantes y consecuencias, sin desconocer la naturaleza única y única en que se expresan en cada persona.

La perspectiva presentada también demuestra que el ser humano como entidad social se manifiesta y proyecta en diversos espacios sociales, los cuales se llenan



de experiencias de salud y bienestar. Por lo tanto, defiende la importancia de conocer sus motivaciones y examinar cómo se alinean (o no) con los objetivos de salud, así como el compromiso significativo de las personas que difiere del estilo de vida "personal" del paciente.

Recuperar las voces de las múltiples redes sociales en las que el sujeto se integra y a partir de las cuales construye su historia de salud, visualiza las manifestaciones de su enfermedad, se incluye en el espacio del cuidado, enfrenta muchas demandas, aprende, lucha y se reinventa.

También es una forma de mejorar la felicidad, la salud y la calidad de vida.

Papel del médico (acciones) familiar en pacientes crónicos para mejorar la salud y satisfacción marital

En la tarea diaria del Médico Familiar se encuentra una amplia variedad de problemas dentro de la familia que requieren diferentes tipos de intervención y las características varían dependiendo las necesidades de la consulta. Doherty y Baird (1986) propusieron cinco niveles de intervención familiar que se basan en el grado de involucramiento familiar bajo la premisa de que ello posibilitaría una mejor comprensión del problema y por tanto, mayores posibilidades de resolverlo. Dentro de estos se encuentran²⁴:

Nivel 1: Mínimo énfasis.

Doherty y Baird refieren reforzar la relación médico-paciente comunicando ampliamente a la familia los padecimientos y tratamientos referentes, es la resolución del motivo de consulta.

Nivel 2: Información y consejería informativa.

En este nivel se comprende la importancia de la familia en la asistencia médica y se busca el apoyo familiar como principal red de apoyo, el Médico de familia recibe la



información del paciente así como de su contexto familiar, interviene de manera educativa y terapéutica y da consejería para la toma de decisiones familiares. En esta se incluye:

La consejería informativa (interacción de uno o más miembros de la familia en conjunto con los prestadores de salud, apoyándolos en el desarrollo de sus habilidades y que asuman su corresponsabilidad en el autocuidado de la salud de los integrantes de la familia). La consejería informativa está conformada por: a) explicación de la situación encontrada, b) análisis de los factores causales, c) búsqueda alternativa de solución de mutuo acuerdo, d) registro de acuerdos y e) seguimiento. Orientación familiar anticipatoria, mejor conocidas como aplicación de guías anticipadas. En este tipo de intervención el Médico Familiar identifica y se centra en los riesgos y desafíos que la familia pueda presentar en el ciclo vital que se encuentra o en el siguiente con base en las características de la misma familia.

Nivel 3: Sentimientos y apoyo emocional, consejería en crisis.

En este nivel el Médico de Familia además de identificar la acumulación de situaciones estresantes en la familia y del propio sistema, así como reconocer la presencia de una situación esperada en el desarrollo familiar (crisis normativa), así como una que no es esperada y presenta una situación de estrés del sistema (crisis paranormativa). El autor recalca la importancia de que el médico tenga el entrenamiento para entrevistar a la familia y reconocer sus reocupaciones y sentimientos, así como la comprensión de su propio sistema familiar y ser consciente de cómo esto podría afectar su actitud hacia los pacientes.

Dentro de los tipos de intervenciones a nivel de las crisis familiares se encuentra:

Consejería familiar. Este tipo de intervención va a ser dirigida especialmente a la presentación de una situación nueva, lo que implica ayudar a la familia a recuperar una adecuada perspectiva de su



problemática, enfocándose en el presente y tomando decisiones consensuadas y constructivas para todos.

Consejería en crisis del individuo. Idealmente de aplicación en pacientes que presentan un conjunto de sintomatologías físicas inespecíficas. El autor define que aunque la resolución de problemas psicológicos debe realizarse en conjunto con el equipo multidisciplinario (psicología), la importancia de escuchar al paciente, que exprese sus sentimientos y miedos, que identifique que no está solo en el proceso y las cosas que ha dejado de hacer para poder solucionarlas es una intervención que el Médico de Familia debe tener en caso de presentarse un paciente con estas características.

Nivel 4: Evaluación funcional e intervención planificada. (Trabajo con familia).

En este nivel de intervención encontramos un análisis estructurado de la dinámica de la familia, es decir, la aplicación de instrumentos que nos ayuda a evaluar su funcionalidad, así como los contextos que estos llevan en la salud del paciente identificado. El seguimiento, así como la evaluación domiciliaria y el apoyo con un equipo de intervención multidisciplinario dictan las estrategias a realizar en las familias. La intervención es individualizada, priorizando los problemas familiares y ayudando a la identificación de los recursos así como la correcta utilización de los mismos, colaborando en la mejora de la comunicación familiar pero sin descuidar la experticia clínica manejada por el Médico Familiar

Conociendo esto, nos queda explicar que, el papel del médico familiar significa preservar de manera integral la salud de los pacientes y coadyuvar al cumplimiento de las tareas del desarrollo y de guías anticipadas. El presente estudio parte de la necesidad de determinar la satisfacción marital y con qué frecuencia se presentan alteraciones de las funciones maritales durante la etapa del adulto mayor relacionándolo con las enfermedades crónico-degenerativas. Los resultados de este estudio permitirán al médico familiar establecer un plan de tratamiento integral y la



creación de estrategias de intervención en la familia, que faciliten que las relaciones maritales en la pareja sean satisfactorias durante todo el ciclo vital de la familia.

En el estado de Tabasco existe poca investigación científica que relacione ambas variables en las mujeres con enfermedades crónico- degenerativas, así como información que provea datos médicos sobre este tema en nuestra población.

ESTUDIOS RELACIONADOS

A continuación, se muestra una revisión de trabajos de investigación realizados en diversos ámbitos acerca de las relaciones maritales con enfermedades crónico degenerativas. Manuel Melara publicó en Madrid en la revista *deresidentia* de la web de la Comunidad de Madrid una publicación sobre estrategias para la atención de los pacientes crónicos, encaminadas a garantizar una mayor calidad y eficiencia en función de la situación.

Nos centramos en el paciente, adaptando la atención a sus necesidades, expectativas, experiencias y etapa de vida.

Dentro de esta estructura, los especialistas coordinan sus actividades e intervenciones, brindando una atención más humana y de mayor calidad. Se trata de una atención más eficiente y eficaz, adecuada al paciente, segura y que proporciona una alta satisfacción a usuarios y profesionales.⁽²⁵⁾

Núñez, A y colaboradores con su investigación midió y estableció la relación entre los componentes del amor de la teoría triangular de Sternberg y así como la satisfacción marital en parejas en su trabajo titulado " Componentes del amor y la satisfacción marital en casados y convivientes de Arequipa", al igual realizó una comparación de los elementos del amor y la satisfacción conyugal en función del sexo y el estado civil. Los resultados indican que la satisfacción marital se correlaciona de manera significativa



con los componentes del amor (compromiso, pasión e intimidad), encontrándose además que la satisfacción marital tiene un efecto predictivo sobre el amor.²⁶

Así mismo, los casados por la iglesia mostraron puntajes mayores en todas las dimensiones de la variable amor, pero no se observaron diferencias significativas en la variable de satisfacción marital.²⁷

Estrada Martínez, Diana Raquel y Col.

En el estudio titulado “La relación entre satisfacción conyugal y disfunción eréctil en pacientes con hiperplasia benigna” se realizó principalmente para describir las percepciones subjetivas de los cónyuges sobre sus parejas y sus relaciones. tiempo para los hombres; Sin embargo, la comunicación es clave para mantenerla, independientemente de si existen barreras para la interacción sexual o no.

En México no se han realizado estudios sobre la satisfacción conyugal en esta población y ha habido poca investigación sobre la incidencia de la disfunción eréctil.

Este es un estudio de observación, horizontal, analítico y futuro en el que IEF-5 (Index-5 International) y el tamaño de la satisfacción familiar (ESM) se han utilizado en pacientes, el diagnóstico anterior fue una hiperplasia leve. Resultados y conclusiones: edad 66.73 ± 7.5 años, con el dominio de la educación secundaria o anterior, el 77% de la población tiene más de 36 años con una pareja, con una cantidad total de dinero la cantidad de población total.

De la cantidad total de dinero, el 83.3% están satisfechos con su matrimonio y el 77.8% tienen un cierto nivel de disfunción eréctil, donde llegan a la conclusión de que en la vejez hay muchos cursos de capacitación más de muchos años con una



pareja, existe una gran satisfacción del matrimonio, independientemente de si un cierto grado de disfunción eréctil ⁽²⁸⁾

Un estudio llamado "La satisfacción del matrimonio es un factor protector psicológico en pacientes con discapacidad renal crónica (IRC) en una clínica privada en Santa Marta, Columbia, Columbia, estos son Investigación, con una población que incluye 92 pacientes, de los cuales 35 pacientes fueron elegidos utilizando una muestra intencional y sin precedentes, cumpliendo con los criterios que incluyen: de 35 a 75 años de matrimonio dentro de 5 años, a partir de los 5 años, a partir de los 5 años, a partir de los 5 años, a partir de los 5 años.²⁹

Diagnóstico de IRC en el tratamiento, no para presentar psicología; y, en, en, en, en, hay un inventario que cambia en la satisfacción del matrimonio (MSI-R) y el tiempo de tratamiento; sin embargo, debe tenerse en cuenta que en la agresión de AGG (57%) del conflicto de CCR en la cría de niños (57%) y GDS-global (43%), estimado solo tuvo que ser descubierto, mostrando el miedo y el conflicto importante en ellos en las áreas con cónyuges, afectando la estabilidad emocional, un enfoque indispensable para los participantes.

Se recomienda un diagnóstico y tratamiento médico y psicológico integral con programas continuos de atención médica y prevención en los centros.



3. JUSTIFICACIÓN

Según la Encuesta Nacional sobre Dinámica Demográfica (ENADID) de 2018, el país alberga a cerca de 125 millones de personas, de las cuales el 51,1% son mujeres y el 48,9% hombres.

La actual inercia del cambio demográfico es resultado del rápido crecimiento demográfico observado durante el siglo pasado.

La composición y el desarrollo de un país se expresa a través de la estructura de edades de la población, que se considera un factor importante en la medición y la investigación de la población.

En cuanto a la estructura por edades de la población mexicana, se pueden observar cambios significativos en las últimas décadas: la pirámide poblacional de 2000 a 2018 muestra diferencias significativas, y la base de la pirámide poblacional continúa estrechándose para incluir una proporción menor de la población adolescente. ⁽³¹⁾

La tasa de participación del grupo de jóvenes (de 15 a 29 años) siguió disminuyendo del 28,5% en 2000 al 24,6% en 2018.

Sin embargo, la proporción de la población de 30 a 59 años aumentó del 30,0 al 37,8%, mientras que la participación La tasa de jóvenes de 60 años y más aumentó significativamente, aumentando durante el período mencionado del 7,3 al 12,3% ⁽³²⁾.

Más específicamente, según el INEGI, se han registrado 656 mil.

defunciones, de las cuales el 64,7% ocurrieron en personas de 60 años y más.



Muerte por enfermedad cardiovascular (32.5%); Enfermedades hormonales, nutritivas y metabólicas (20.1%); tumor (13.1%); Enfermedad del sistema respiratorio (10.7%) y enfermedad digestiva (9.1%)

Nuestra pirámide de población se envía a los ancianos por un corto tiempo y es extremadamente importante que la relación entre las enfermedades degenerativas crónicas en comparación con la satisfacción de la antigua familia, porque vincula a una.

La mujer debe pasar por casi un tercio de su vida.

Cambio en la etapa de transición de su vida.

La prueba y la evaluación indispensables de los pacientes deben identificar la prioridad en las necesidades específicas de este grupo de población, incluida la mejora de la salud del matrimonio, ya que afecta las emociones y puede ser calidad, espíritu y sociedad e incluso condición sexual humana, identificar, tratar, rehabilitar y sobre todo para prevenir las consecuencias biológicas⁽³³⁾

Las personas con enfermedades crónicas deben tratar para siempre en los campos físicos, mentales y simbólicos del individuo, pero uno es una persona social que se expresa y brilla en muchos espacios diferentes de la vida diaria, por lo que se ve obligado a superar esta personalidad para todos.

Mantenimiento básico de la relación entre individuos y espejos básicos que la persona pidió reconstruir la imagen social e individual.

Las actividades remuneradas o no remuneradas pueden restringirse y reestructurarse en función de las necesidades sistémicas de atención de salud, lo que puede conducir a una inestabilidad económica que afecta la estructura y los incentivos



familiares. La principal fuente de apoyo es la familia, especialmente el matrimonio. La experiencia sexual limitada puede ser el resultado de la estructura de la enfermedad y de la enfermedad misma y de cómo afrontarla, en lugar de ser una consecuencia directa del proceso de la enfermedad.

Es importante considerar la dinámica de vida de las personas con enfermedades crónicas en sus diferentes ámbitos de expresión y comprender cómo sus agentes participan en los procesos médicos como forma de mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida.

Los campos de la pareja y la sexualidad en el contexto de las enfermedades crónicas son considerados principalmente desde la perspectiva que supone la aparición de disfunciones sexuales como consecuencia de un proceso patológico y sus efectos en la calidad de la relación de pareja.

De acuerdo con el tablero SIC proporcionado por el área de Estadística del Centro de Salud de Tierra Colorada, se reporta que 859 pacientes con diagnóstico de una enfermedad crónica, de los cuales existen 206 pacientes activos con enfermedad crónica contando con un 69.4% son mujeres y 30.6% hombres.

Se observa que existe un mayor porcentaje de mujeres con enfermedades crónico-degenerativas y considerando que a nivel cultural en México y sobre todo en nuestro estado de Tabasco, la mujer cumple en la familia y en la dinámica conyugal un papel primordial por ello y tomando en cuenta que en el Centro de Salud de Tierra Colorada se realiza intervención en trabajo con Familia se considera investigar una propuesta de estrategia de acción para la satisfacción marital en la mujer adulta mayor con enfermedad crónico degenerativa.



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento se entiende como un proceso de pérdida que incluye dos aspectos: físico que no se puede controlar- y dinámico, en el que la personalidad de cada individuo dictará el significado de este proceso.

Los factores que a menudo se consideran responsables de la sensación de envejecimiento en las mujeres de mediana edad, como la menopausia o el nido vacío, no tienen ningún valor en este sentido.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son un desafío importante para los sistemas nacionales de salud.

Varias enfermedades crónico-degenerativas son las causas más comunes de muerte en los adultos mayores.

El número de casos viene aumentando desde hace varios años y una alta proporción de la población presenta condiciones o conductas que aumentan el riesgo de desarrollarlos en el mediano plazo.

Las estrategias necesarias para combatir las enfermedades no transmisibles son complejas y costosas; Como resultado, a pesar del gasto del sector sanitario, muchos pacientes reciben un tratamiento tardío o inadecuado, siendo los ancianos los más vulnerables. Por lo tanto, la prevención y el tratamiento efectivo de las enfermedades no transmisibles debe ser una prioridad de política pública y para quienes padecen estas enfermedades y se encuentran en esta etapa del ciclo vital (Según Duvall y McGoldrick) Familias adultas/Vida Vida familiar mejorada, que conduce a un sin fin de cambios a nivel conyugal que pueden provocar un deterioro



de la salud de las personas mayores, por ello es necesario abordar la salud de forma integral, en el ámbito de la fertilidad.estudios-psicología-social-familia.³⁰

En ese sentido, y particularmente en los adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas en su etapa marital, van existiendo cambios que pueden impactar en la funcionalidad marital.

PREGUNTA DE INVESTIGACION.

Derivado del planteamiento previo, surgen las siguientes preguntas:

¿Cuál es la satisfacción marital en la mujer adulta mayor con enfermedad crónica? Y

¿De qué manera el médico familiar puede contribuir a mejorar la satisfacción marital de las adultas mayores con enfermedad crónica?

5. HIPOTESIS

Hipotesis alterna: La estrategia de intervención con la pareja mejora la satisfacción marital en mujeres adultas mayores con enfermedades crónicas

Hipótesis Nula: La estrategia de intervención con la pareja no mejora la satisfacción marital en mujeres adultas mayores con enfermedades crónicas



6. OBJETIVOS.

6.1 General

El objetivo de esta investigación es determinar los efectos de una estrategia de intervención en pareja para mejorar la satisfacción marital en pacientes adultas mayores con enfermedad crónico-degenerativa.

6.2 Específicos

- Describir las características clínicas, sociodemográficas y maritales.
- Identificar la satisfacción con la interacción marital en las adultas mayores.
- Analizar la satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge en las adultas mayores con EC.
- Identificar la satisfacción con los aspectos organizaciones del cónyuge en las adultas mayores con EC.
- Diseñar e implementar una estrategia de intervención en pareja para mejorar la satisfacción marital en mujeres adultas mayores con EC.



7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Diseño

Se realizará una investigación de enfoque mixto con un componente cuantitativo y cualitativo con un diseño cuasiexperimental, prospectivo y analítico.

7.2 Universo

El universo o población de este estudio fueron 140 pacientes con enfermedades crónico-degenerativas mayores de 60 años, que tienen una relación marital

7.3 Muestra y Muestreo

7.3.1 Muestra

A través del muestreo aleatorio se obtuvo una muestra probabilística de 101 mujeres que acuden a valoración de control por enfermedades crónico-degenerativas, cuyo motivo de la consulta estuvo relacionado con la etapa del ciclo de vida en la mujer adulta mayor, de acuerdo con el catálogo del CIE10

7.3.2 Muestreo

A través del muestreo aleatorio se obtuvo una muestra probabilística de 101 mujeres que acuden a valoración de control por enfermedades crónico-degenerativas, cuyo motivo de la consulta estuvo relacionado con la etapa del ciclo de vida en la mujer adulta mayor, de acuerdo al catálogo del CIE10

Con una confianza del 95.0% (.95) y un valor de $Z^2 = 1.96$

Se aceptó un error relativo del 20.0% ($d = .2$), considerando el enfoque del estudio hacia el paciente descontrolado y sus familias con un total de integrantes promedio de 5.



Se consideró una tasa de no respuesta del 20.0%, con un total de muestra (n) mínima de 9 y máxima de 11 pacientes y sus familias.

Tabla 1. Muestreo

Z2	1.96	1.96	3.8416	no	23.0496	n	9.0867
p (1-p)	0.4	0.6	0.24	no/N	1.5366	1-TNR	0.8
d2	0.2		0.04	1-no/N	2.5366	n/(1-TNR)	11.3583
pob.15 p=.no=			23.0496	n=	9	nf=	11

7.3.3 Criterios de selección

Criterios de Inclusión

Pacientes que acudan a valoración de control de primera vez y de manera subsecuente en la consulta externa del Cessa Tierra Colorada, cuyo diagnóstico principal se encuentre dentro de los CIE10, realizada a población abierta. Que deseen participar en el estudio.

Pacientes adultas mayores con enfermedad crónica que acuden a valoración de control de primera vez y de manera subsecuente que cuenten con una pareja en la consulta externa del Cessa Tierra Colorada, cuyo diagnóstico principal se encuentre dentro de los CIE10, realizada a población abierta.

Pacientes que se encuentren en los tarjeteros del programa de Crónicos en los núcleos 12 básicos

Personas que acepten participar en el estudio con consentimiento informado por escrito y firmado por todos los integrantes de la familia a evaluar.

Criterios de Exclusión

Pacientes que no tengan vida marital. Con incapacidad para contestar los instrumentos.

Que no firmen el consentimiento informado.



Pacientes adultas mayores con enfermedad crónica que no lleven control en el CESSA

Tierra Colorada

- Con incapacidad para contestar los instrumentos
- Pacientes que no acudan a todas las sesiones de intervención
- Pacientes que no completen adecuadamente los cuestionarios
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

Criterios de eliminación

- Pacientes quienes decidan abandonar el estudio

7.3.4 VARIABLES:

Dependiente:

- Satisfacción Marital

Independientes:

- **Sociodemográficas:** edad, escolaridad, ocupación, religión, estrato socioeconómico
- **Familiares:** Número de hijos, tipo de familia, etapa del ciclo vital familiar
- **Clínicas:** Enfermedad Crónico-Degenerativa
- **Subsistema conyugal**



7.3.5 Cuadro de operacionalización de las variables empleadas en la investigación.

Edo. Civil	Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Estadísticos	Unidades o Categorías	Instrumento
No. De Hijos	Descendiente directo una persona	Sociodemográfica	Numero de Hijos/ FP/TC/	Si Cuantos	Cuestionario	escalas
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Sociodemográfica	Años Cumplidos MTC/Dispersión	Años Cumplidos	Cuestionario	Cualitativa continua
Estatus Socioeconómico	Es una medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.	Sociodemografía	Nivel de ingresos Frecuencia/ Porcentaje	Alto Medio Alto Medio Bajo Bajo	Cuestionario	Ordinal
Escolaridad	El grado promedio de escolaridad nos permite conocer el nivel de educación de una población determinada.	Sociodemográfica	Nivel de Educación	- Sin instrucción -Primaria -Secundaria o equivalente - Bachillerato o preparatoria equivalente superior Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado	Cuestionario	Nominales
Ocupación	Se define como la actividad laborar que realiza	Sociodemográfica	Ocupación del AM	Desempleado AMA DE CASA COMERCIANTE	Cuestionario	Nominales



				Empleado PENSIONADO JUBILADO		
Religión	Sistema cultural de determinados comportamientos y prácticas	Sociodemográfica	Religión del AM	Catolica Testigos de Jehová Adventista Prebiteriano Otra Ninguna	Cuestionario	Nominales
Tipo de enfermedad Crónica Degenerativa	Son aquellas que van degradando física y/o mentalmente a quienes las padecen, provocan un desequilibrio y afectan a los órganos y tejidos		Tipo de enfermedad	Diabetes Hipertensión Artritis Reumatoide	Cuestionario	Cualitativa
Tipo de Familia	Clasifica a los hogares con base en la relación de parentesco entre sus miembros con el jefe de hogar	Sociodemográfica	Clasificación Familiar	Composición: Nuclear, Seminuclear, Extensa, Semiextensa o Compuesta.	Cuestionario	Cualitativa
Etapa del Ciclo Vital Familiar	Concepto ordenador, que intenta explicar la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros	Socio demográfica	Clasificación Familiar	Matrimonio Expansión, Dispersión Independencia Retiro y Muerte	Cuestionario	Cualitativa



Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Unidades o Categorías	Instrumento	Escala
Grado de Satisfacción	Identificar satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge	Sociodemográfica	Comportamiento de la pareja	Satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge/ satisfacción con la interacción marital / satisfacción con los aspectos organizacionales y estructurales del cónyuge	ESCALA DE SATISFACCION MARITAL (Pick y Andrade)	Cuantitativa
Sistema Conyugal	Un modelo que evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja es el instrumento de evaluación del subsistema conyugal.	Sociodemográfica	Funcionalidad de la pareja	Si Cuantos	Cuestionario	Cuantitativa

7.4 INSTRUMENTO DE EVALUACION

Para la recolección de datos trabajaremos con los participantes con una serie de escalas e instrumento una de ellas es la Escala de Satisfacción Marital (Pick, Andrade), con el fin de identificar satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge/ satisfacción con la interacción marital / satisfacción con los aspectos organizacionales y estructurales del cónyuge, el otro instrumento es el cuestionario : Sistema Conyugal que valora la Relación de pareja, afecto, creencias religiosas, valores y relación sexual

Descripción del instrumento

Escala de **Satisfacción Marital**, cuyo autor autor : Pick y Andrade creada en el Año : 1998 de Procedencia: México con Adaptación: Jessica Díaz Hernández (Trujillo- Perú, 2006) Mide la evaluación que hacen los cónyuges de los aspectos de la vida matrimonial. Su ámbito de aplicación: Mayores de 18 años (parejas) Tiempo de aplicación: 10 minutos aproximadamente. Administración : Individual – colectiva Áreas



de evaluación: satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge/ satisfacción con la interacción marital / satisfacción con los aspectos organizacionales y estructurales del cónyuge. Significación: Consta de 24 reactivos con tres opciones de respuesta. La validez y confiabilidad de la escala han sido probadas en diferentes grupos y niveles socioeconómicos (Pick y Andrade, 1998).

Evaluación del Sistema Conyugal:

Un modelo que evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja es el instrumento de evaluación del subsistema conyugal. Aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores. Sumando el puntaje total del cuadro 3-21, las disfunciones se califican como se muestra en el cuadro 3.-22. Olson DH, Portner J, Lavee Y (Minnesota University). Versión en español: Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A (Universidad Nacional Autónoma de México).

7.5 Análisis de datos.

Los datos fueron recopilados en el sistema estadístico informático SPSS versión 26.0 a través de estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar) para realizar la asociación entre variables de estudio se utilizó X^2 de Pearson.

Así también se elaboraron tablas según se requirió, para facilitar el análisis y la discusión de los resultados, evitando en todo momento la duplicación de la información y la pérdida de datos. Una vez ya recopilados los datos se realizó la integración e interpretación de la información.

7.7 Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó apegado a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud según lo establecido en el título 2do y capítulo 1, artículo 13 que señala que “toda investigación en la que el ser



humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, así como las bases expuestas en el artículo 14 clausulas I al X, adaptándose a la principios científicos y éticos que justifican la investigación médica en favor a la posible contribución de problemas de salud. Se realizó una explicación oral con lenguaje claro y se extendió consentimiento informado por escrito según lo sujeto en dicho artículo.

El estudio se consideró como Investigación con riesgo mínimo según lo sujeto en el Titulo segundo, Capitulo 1, clausula II del Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De investigación Para la salud. Los datos obtenidos, se manejaron de manera confidencial exclusivos para los fines que convinieron a esta investigacióndas.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



8. RESULTADOS

Análisis univariado

Características sociodemográficas, clínicas y familiares de las mujeres adultas mayores con enfermedad crónico-degenerativa

La media de edad de las pacientes encuestadas es de 65 años, con un valor máximo de 79 y mínimo de 60 años, el estado civil que predominó fue casadas 67.3% (n=68), el grado de estudios fue preparatoria con 27.7% (n=28), seguido de primaria 27.7% (n=28), el nivel socioeconómico fue bajo 98% (n=99), la ocupación más frecuente fue amas de casa 80.1% (n=42), la comorbilidad con el porcentaje más elevado fue la hipertensión 41.6% (42), seguido de artritis reumatoide 38.6% (39).

Tabla 2 Características sociodemográficas y clínicas

	f	%
Estado civil		
Casado (a)	68	67.3
Unión libre	33	32.7
Total	101	100.0
Grado de estudios	f	%
Sin institución	9	8.9
Primaria	28	27.7
Secundaria equivalente	26	25.7
Bachillerato, Preparatoria equivalente	28	27.7
Con institución media superior y superior	10	9.9
Total	101	100.0
Nivel Socioeconómico	f	%
Medio Alto	1	1
Medio Bajo	1	1
Bajo	99	98
Total	101	100.0
Religión	f	%
Católica	77	76.2
Testigo de Jehová	23	22.8
Presbiteriano	1	1.0
Total	101	100.0
Ocupación	f	%
Empleadas	20	19.8
Amas de casa	81	80.1
Total	101	100.0
Características clínicas	f	%
Diabetes	20	19.8
Hipertensión Arterial	42	41.6
Artritis Reumatoide	39	38.6
Total	101	100.0

Fuente: Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos n=101



Características sociodemográficas, clínicas y familiares de las mujeres adultas mayores con enfermedad crónico-degenerativa

Las pacientes adultas mayores en estudio forman parte de una familia nuclear 85.1% (86), de acuerdo al ciclo vital de la familia, se encuentran en la fase de independencia 72.3 (73).

Tabla 3 Características familiares

Tipología familiar	f	%
Nuclear	86	85.1
Seminuclear	4	4.0
Extensa	9	8.9
Compuesta	2	2.0
Total	101	100.0
Ciclo vital de la familia	f	%
Independencia	73	72.3
Retiro y Muerte	28	27.7
Total	101	100.0

Fuente: Cuestionario de datos familiares n=101



Análisis bivariado

De acuerdo con las variables sociodemográficas, las amas de casa presentaron una mayor insatisfacción en el 82.7%, con una $X^2 = 4.013^a$ y un valor de $p=0.40$, siendo estadísticamente no significativa.

Tabla 4. Satisfacción marital y situación sociodemográfica en mujeres adultas mayores con enfermedad crónico-degenerativa

OCUPACION	f/ %	INSATISFACCION	CON SATISFACCION	TOTAL	X^2	gl	$p=0.05$	* $p=0.05$
JUBILADO	f	2	0	2	4.013 ^a	4	0.404	0.786
	%	2.5%	0.0%	2.0%				
DESEMPLEADO	f	1	0	1	4.013 ^a	4	0.404	0.786
	%	1.2%	0.0%	1.0%				
AMA DE CASA	f	67	20	87	4.013 ^a	4	0.404	0.786
	%	82.7%	100.0%	86.1%				
COMERCIO	f	10	0	10	4.013 ^a	4	0.404	0.786
	%	12.3%	0.0%	9.9%				
EMPLEADO	f	1	0	1	4.013 ^a	4	0.404	0.786
	%	1.2%	0.0%	1.0%				
Total	f	81	20	101	4.013 ^a	4	0.404	0.786
	%	100.0%	100.0%	100.0%				

Fuente: Escala de satisfacción marital Pick Andrade (n=101)

En la tabla 5 se observa que aquellas mujeres adultas mayores con enfermedad crónico-degenerativa que son casadas tienen $RP=1.027$ (2.7%) probabilidad de



presentar insatisfacción marital, comparadas con aquella en unión libre, con IC95%: Li .831; Ls 1.268, y valor de $p= 0.05$, estadísticamente significativo

Tabla 5. Satisfacción marital y estado civil en mujeres adultas mayores con enfermedad crónico- degenerativa

ESTADO CIVIL	f/%	INSATISFACCION MARITAL	SATISFACCION MARITAL	TOTAL	X^2	gl	$p=0.05$	RP	IC95%	* $p=0.05$
CASADO	f %	55 67.9%	13 65%	68 67.3%	.061a	1	0.804	1.027	.831 1.268	0.5
UNION LIBRE	f %	26 32.1%	7 35%	33 32.7%						
Total	f %	81 100%	20 100%	101 100%						

Fuente: Escala de satisfacción marital Pick Andrade (n=101)



En la tabla 6 se observa que aquellas mujeres adultas mayores con artritis reumatoide en su mayoría estuvieron insatisfechas en el 44.4% (36), con una $X^2 = 6.890^a$ y un valor de $p = 0.032$, estadísticamente significativa

Tabla 5. Satisfacción marital y enfermedad crónico- degenerativa en mujeres adultas mayores

ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA	f/%	INSATISFACCION MARITAL	SATISFACCION MARITAL	TOTAL	X^2	gl	$p=0.05$	* $p=0.05$
DIABETES	f	16	4	20	6.890 ^a	2	0.032	
	%	19.8%	20.0%	19.8%				
HIPERTENSION ARTERIAL	f	29	13	42				
	%	35.8%	65.0%	41.6%				
ARTRITIS REUMATOIDE	f	36	3	39				
	%	44.4%	15.0%	38.6%				
Total	f	81	20	101				
	%	100.0%	100.0%	100.0%				

Fuente: Escala de satisfacción marital Pick Andrade (n=101)



Con respecto a la satisfacción marital las mujeres adultas mayores con enfermedad crónica degenerativas con un nivel escolar de primaria presentan mayor insatisfacción en el 30.9% (25) en comparación con las de nivel escolar elevado, con una $X^2=4.675^a$ con valor de $p= .322$, estadísticamente no significativa

TABLA: 6 Satisfacción marital y grado escolar en mujeres adultas mayores con enfermedad crónico- degenerativa

GRADO ESCOLAR	f/%	INSATISFACCION MARITAL	SATISFACCION MARITAL	TOTAL	X^2	gl	$p=0.05$
SIN INSTITUCION	f	8	1	9	4.675 ^a	4	.322
	%	9.90%	5.00%	8.9%			
PRIMARIA	f	25	3	28			
	%	30.90%	15.00%	27.7%			
SECUNDARIA EQUIVALENTE	f	19	7	26			
	%	23.50%	35.00%	25.7%			
BACHILLERATO, PREPARATORIA O EQUIVALENTE	f	20	8	28			
	%	24.70%	40.00%	27.7%			
CON INSTITUCION MEDIA SUPERIOR Y SUPERIOR	f	9	1	10			
	%	11.10%	5.00%	9.9%			
Total	f	81	20	101			
	%	100.00%	100.00%	100.0%			

Fuente: Escala de satisfacción marital Pick Andrade (n=101)



En la tabla 7 se observa que aquellas mujeres adultas mayores con enfermedad crónico-degenerativa que son de religión católica en su mayoría estuvieron insatisfechas en el 75.3% (61), con una $X^2 = 4.758^a$ y un valor de $p= 0.093$, estadísticamente no significativa

TABLA: 7 Satisfacción marital y creencia religiosa en mujeres adultas mayores con enfermedad crónico- degenerativa

CREENCIA RELIGIOSA	f/%	INSATISFACCION MARITAL	SATISFACCION MARITAL	TOTAL	X^2	gl	$p=0.05$	RP	IC95%	*p=0.05
CATOLICA	f	61	16	77	4.758 ^a	2	0.093			
	%	75.3%	80.0%	76.2%						
TESTIGO DE JEHOVA	f	20	3	23						
	%	24.7%	15.0%	22.8%						
PRESBITERIANO	f	0	1	1						
	%	0.0%	5.0%	1.0%						
Total	f	81	81	20						
	%	100%	100.0%	100.0%						

Fuente: Escala de satisfacción marital Pick Andrade (n=101)



En la tabla 8 se observa que las mujeres adultas mayores con enfermedad crónico-degenerativa que tienen una familia nuclear presentan mayor insatisfacción marital en el 82.7% (67), comparadas con las que tienen una familia seminuclear, extensa y compuesta con una $X^2 = 3.068^a$ y un valor de $p = 0.381$, estadísticamente no significativa

TABLA: 8 Satisfacción marital y tipología familiar en mujeres adultas mayores con enfermedad crónico- degenerativa

TIPOLOGIA FAMILIAR	f/%	INSATISFACCION MARITAL	SATISFACCION MARITAL	TOTAL	X^2	gl	$p=0.05$	RP	IC95%	* $p=0.05$
NUCLEAR	f	67	19	4	3.068 ^a	3	0.381			
	%	82.7%	95.0%	4.0%						
SEMINUCLEAR	f	3	1	9						
	%	3.7%	5.0%	8.9%						
EXTENSA	f	9	0	2						
	%	11.1%	0.0%	2.0%						
COMPUESTA	f	2	0	101						
	%	2.5%	0.0%	100.0%						
Total	f	81	20	101						
	%	100.0%	100.0%	100%						

Fuente: Escala de satisfacción marital Pick Andrade (n=101)



En la tabla 9 se observa que las mujeres adultas mayores con enfermedad crónico-degenerativa que se encuentran en la fase del ciclo vital de independencia presentan mayor insatisfacción marital en el 72.8% (59), comparadas con las que se encuentran en la fase de retiro y muerte con una $X^2 = .065^a$ y un valor de $p = 0.799$, estadísticamente no significativa.

TABLA: 9 Satisfacción marital y ciclo vital familiar en mujeres adultas mayores con enfermedad crónico- degenerativa

CICLO VITAL	f/%	INSATISFACCION MARITAL	SATISFACCION MARITAL	TOTAL	X^2	gl	$p=0.05$	RP	IC95%	*p=0.05
INDEPENDENCIA	f	59	14	73	.065 ^a	1	0.799	1.029	.823 1.286	0.786
	%	72.8%	70.0%	72.3%						
RETIRO Y MUERTE	f	22	6	28						
	%	27.2%	30.0%	27.7%						
Total	f	81	20	101						
	%	100.0%	100.0%	100.0%						

Fuente: Escala de satisfacción marital Pick Andrade (n=101)



9. DISCUSION

El término de satisfacción marital se ha empleado para describir principalmente la percepción subjetiva que los cónyuges tienen sobre su pareja y su relación (Cortés Martínez, Reyes Domínguez, Díaz Loving, Rivera Aragón & Monjaraz Carrasco, Díaz-Loving,). Sin embargo, el concepto de satisfacción marital también se ha usado para describir las actividades que realizan las parejas en su matrimonio y que son satisfactorias para ellos

En este estudio se observó que las mujeres adultas mayores con enfermedad crónica en específico la artritis reumatoide obtuvieron mejores resultados en su estado físico, convivencia marital, es decir aquellas pacientes donde sus parejas quienes son sus redes de apoyo las acompañan en su proceso de enfermedad, resultados que coinciden con lo reportado por Delia Nadolu, Remus Runcan, Aurel Bahnaru, donde una intervención resultó ser efectiva mediante las redes de apoyo describiendo las dimensiones sociológicas de la satisfacción conyugal en Rumania.

La satisfacción marital en la adultez mayor es un tema relevante, ya que la calidad de las relaciones puede tener un impacto significativo en la salud y el bienestar emocional de las personas en esta etapa de la vida.

Comunicación abierta y empática

- Fomentar una comunicación abierta y empática es fundamental. La capacidad de escuchar activamente a la pareja y expresar los propios sentimientos de manera respetuosa puede fortalecer la conexión emocional.

Adaptación a cambios físicos

- Los cambios físicos asociados con la edad pueden influir en la intimidad. Es importante adaptarse a estos cambios y encontrar nuevas formas de conexión y expresión del cariño. La comprensión mutua y la paciencia son clave en este proceso.



Priorizar la conexión emocional

- En muchas relaciones a largo plazo, la conexión emocional adquiere un valor aún mayor que la pasión puramente física. Fomentar la intimidad emocional a través de gestos de afecto, comprensión y apoyo mutuo es esencial.

Mantener una vida social activa

- Fomentar una vida social activa que no se limite exclusivamente a la pareja puede ser beneficioso. Participar en actividades sociales en conjunto o de forma independiente puede enriquecer la vida en pareja y proporcionar nuevas experiencias para compartir.

Comprender las necesidades individuales

- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada miembro de la pareja es clave. Esto implica dar espacio para actividades individuales y hobbies, así como comprender las diferencias y la evolución de intereses a medida que envejecemos.

Buscar ayuda profesional si es necesario

- En algunos casos, la orientación de pareja es beneficiosa para abordar desafíos y conflictos. Un asesoramiento profesional puede proporcionar herramientas para mejorar la comunicación, la resolución de problemas y fortalecer la relación.

Enfatizar el valor del compañerismo

- Reconocer y celebrar el valor del compañerismo a lo largo de los años puede ser enriquecedor. La complicidad, el humor compartido y la construcción de recuerdos juntos pueden fortalecer el vínculo marital.

Es importante recordar que cada pareja es única, y las dinámicas y desafíos que enfrentan pueden variar considerablemente. Al mantener una actitud abierta, comprensiva y amorosa, las parejas pueden abordar estos aspectos con mayor resiliencia y comprensión mutua.



Otro estudio realizado por Katja Margelisch, Klaus A Schneewind, Juana Violeta, Pasqualina Perrig-Chiello donde identificaron grupos de personas casadas a largo plazo con respecto a la satisfacción conyugal, encontró relación donde el tener una relación marital de muchos años reconociendo la manera de expresar amor otorga mayor estabilidad y bienestar.

Juan Carlos Contel Blanca Muntané, Lourdes Camp. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada, coincide con un enfoque multidisciplinario de atención al adulto mayor con enfermedad crónica, que incluya consejería y construya una mejor atención de su enfermedad.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



CONCLUSION

La habilidad del médico familiar es reconocer el estímulo iatrotropico, de las parejas ya que es un factor que protege los ciclos vitales, en este estudio enfocado a las fases independencia, retiro, muerte o ambas

La estrategia de intervención del adulto mayor y de sus parejas mediante el trabajo con familia haciendo énfasis en enfermedad crónica

Intervención educativa:

-Técnicas: tareas conjuntas en pareja, considerando:

* Lenguajes del amor, ya que en estas fases existen reajustes en todas sus esferas desde de la relación de conyugal, los cambios económicos, el vivir solos, la adaptación de la involución física, las adecuaciones que estas enfermedades conlleva, y el adecuarse a la pérdida o muerte de la pareja.

Reforzando la capacidad de pedir ayuda, pues nos permite identificar sus redes apoyo, su manera de afrontamiento, de adaptación, las limitaciones que la pareja pueda tener en el conocimiento de su enfermedad



10. RECOMENDACIONES

- A los servicios de salud:
 - Diseñar una estrategia para la atención del adulto mayor

- A los médicos familiares:
 - Identificar los factores de riesgo en todas las esferas del adulto mayor, con el fin de educar y prevenir.

- En trabajo con familia:
 - Reforzar la satisfacción marital con acciones que incluyan actividades de convivencia, escucha, tiempo de calidad.

- Al equipo de Salud:
 - Continuar con el apoyo multidisciplinario con la empatía que caracteriza.

- A las familias:
 - Conocer sus servicios de salud y hacer uso de ellos.



11. ANEXOS

ANEXO A.

SATISFACCIÓN MARITAL DE LA ADULTA MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA. INTERVENCIÓN DE PAREJA

Bienvenida a la encuesta dedicada a la evaluación del sistema familiar en la mujer adulta mayor con enfermedad crónica. Se le invita a responder las preguntas de la forma mas honesta.

NOMBRE:

FECHA:

1. Edad:

2. Edo. Civil:

1 Casado

2 Union libre

3. Escolaridad:

1 Sin instrucción

2 Primaria

3 Secundaria o equivalente

4 Bachillerato, preparatoria o equivalente

5 Con instrucción media superior y superior



4. Ocupación

- 1 Jubilado
- 2 Desempleado
- 3 Ama de Casa
- 4 Comercio
- 5 Campesino
- 6 Empleado
- 7 Obrero

5. Estatus socioeconómico

- 1 Alto
- 2 Medio Alto
- 3 Medio Bajo
- 4 Bajo

6. Religión

- 1 Católica
- 2 Testigos de Jehová
- 3 Adventista
- 4 Prebiteriano
- 5 Otra
- 6 Ninguna

7. Número de hijos



8 Padece Enfermedad Crónico Degenerativa como:

- 1 Diabetes
- 2 Hipertensión
- 3 Artritis Reumatoide

9 Tipo de Familia

- 1 Nuclear
- 2 Seminuclear
- 3 Extensa
- 4 Semiextensa
- 5 Compuesta

10 Etapa del Ciclo Vital Familiar

- 1 Matrimonio
- 2 Expansión, dispersión
- 3 Dispersión independencia
- 4 Retiro y Muerte



ANEXO B.
CUESTIONARIO

ESCALA DE SATISFACCION MARITAL
(Pick y Andrade)

Estado Civil:

Edad:

Cada uno de nosotros espera diferentes expectativas en su relación de pareja y con base en lo que espera le gusta o no les gusta lo que está pasando. A continuación, se presenta la lista con tres opciones de respuesta. Por favor conteste cada una de ellas a la siguiente lista de opciones:

1= Me gustaría que pasara de manera muy diferente.

2= Me gustaría que pasara de manera algo diferente.

3=
Me

1.	El tiempo que mi cónyuge dedica a nuestro matrimonio	1	2	3
2.	La frecuencia con la que mi cónyuge me dice algo bonito	1	2	3
3.	El grado el cual mi cónyuge me atiende	1	2	3
4.	La frecuencia con que mi cónyuge me abraza	1	2	3
5.	La atención que mi cónyuge pone a mi apariencia	1	2	3
6.	La comunicación con mi cónyuge	1	2	3
7.	La comunicación con mi cónyuge	1	2	3
8.	La forma como me pide que tengamos relaciones sexuales	1	2	3
9.	El tiempo que me dedica a mi	1	2	3
10.	El interés que mi cónyuge pone en lo que hago	1	2	3
11.	La forma en que se comporta cuando está triste	1	2	3
12.	La forma en que se comporta cuando está enojado (a)	1	2	3
13.	La forma en que se comporta cuando está preocupado (a)	1	2	3
14.	La forma en que se comporta cuando está preocupado (a)	1	2	3
15.	La reacción de mi cónyuge cuando no quiero tener relaciones sexuales	1	2	3
16.	El tiempo que dedica así mismo (a)	1	2	3
17.	La forma como mi cónyuge se organiza	1	2	3
18.	Las prioridades que mi cónyuge tiene en la vida	1	2	3
19.	La forma cómo pasa el tiempo libre	1	2	3
20.	La puntualidad de mi cónyuge	1	2	3
21.	El cuidado que mi cónyuge tiene a su salud	1	2	3
22.	El tiempo que pasamos juntos	1	2	3
23.	La forma con que mi cónyuge trata de solucionar sus problemas	1	2	3
24.	Mi cónyuge coopera para que se cumplan las labores del hogar	1	2	3

gusta cómo está pasando



ANEXOC.

CUESTIONARIO



**EVALUACION DEL SISTEMA CONYUGAL
(Olson)**

Estado Civil:

Edad:

Cada uno de nosotros espera diferentes funciones en su relación de pareja y con base en lo que sucede se presenta la lista con tres opciones de respuesta. Por favor conteste cada una de ellas a la siguiente lista de opciones:

Nunca= 0

Ocasional = 5

Siempre = 10

* FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
1. Se comunica directamente con su pareja	0	5	10
2. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
3. Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
4. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudica	0	2.5	5
5. Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
6. Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	0	2.5	5
7. Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales.	0	5	10
8. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
9. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	10
10. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	10
11. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	10



12.	Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
13.	Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

CALIFICACION DE LA DISFUNCION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

0 a 40 Pareja severamente disfuncional

41 a 70 Pareja con disfunción moderada

71 a 100 Pareja funcional



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Las mujeres adultas mayores en México: entre el estereotipo de ser abuelas y el reto de hacer visible el trabajo de cuidados [Internet]. gob.mx. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/las-mujeres-adultas-mayores-en-mexico-entre-el-estereotipo-de-ser-abuelas-y-el-reto-de-hacer-visible-el-trabajo-de-cuidados?idiom=es>
2. Definición de Satisfacción marital [Internet]. 1Library.co. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://1library.co/article/definici%C3%B3n-de-satisfacci%C3%B3n-marital-satisfacci%C3%B3n-marital.6qmw1w8z>
3. Envejecimiento y salud [Internet]. Who.int. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Calidad de vida para un envejecimiento saludable [Internet]. gob.mx. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>
5. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Envejecimiento y vejez [Internet]. gob.mx. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/envejecimiento-y-vejez?idiom=es>
6. United Nations. Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena 1982 | Naciones Unidas. [citado el 3 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://www.un.org/es/conferences/ageing/vienna1982>
7. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Cambios psicosociales del envejecimiento [Internet]. gob.mx. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cambios-psicosociales-del-envejecimiento?idiom=es>
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018.



9. Petretto DR, Pili R, Gaviano L, Matos López C, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [citado el 3 de septiembre de 2023];51(4):229–41. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-exito-o-saludable-S0211139X1500205X>
10. Pàmies S. La sexualidad en el envejecimiento: sus características [Internet]. *Psicologiyamente.com*. 2017 [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://psicologiyamente.com/sexologia/sexualidad-en-envejecimiento>
11. Escala DE Satisfacción Marital - Pick & Andrade [Internet]. *Idoc.pub*. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://idoc.pub/documents/escala-de-satisfaccion-marital-pick-andrade-6nq829325zrw>
12. Escala DE Satisfacción Marital - Pick & Andrade [Internet]. *Idoc.pub*. [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://idoc.pub/documents/escala-de-satisfaccion-marital-pick-andrade-6nq829325zrw>
13. Guest. 13.- evaluación Del subsistema conyugal [Internet]. *vsip.info*. 2021 [citado el 3 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://vsip.info/13-evaluacion-del-subsistema-conyugal-pdf-free.html>
14. Flores Galaz, M. M. (2011). Comunicación y conflicto: ¿ Qué tanto impactan en la satisfacción marital?. *Acta de investigación psicológica*, 1(2), 216-232.
15. Guzmán, M., & Contreras, P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psykhé (Santiago)*, 21(1), 69-82.
16. Galicia, F. A. (1989). Una investigación sobre la escala de satisfacción marital. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 21(3), 423-436.
17. Miranda, P., & Ávila, R. (2008). Estimación de la magnitud de la satisfacción marital en función de los años de matrimonio. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 57-77.
18. Bastida-González, R., Valdez-Medina, J. L., Valor-Segura, I., Fuentes, N. I. G. A. L., & Rivera-Aragón, S. (2017). Satisfacción marital y estado civil como



- factores protectores de la depresión y ansiedad. *Revista argentina de clínica psicológica*, 26(1), 95-102.
19. Armenta Hurtarte, C., Sánchez Aragón, R., & Díaz Loving, R. (2014). Efectos de la cultura sobre las estrategias de mantenimiento y satisfacción marital. *Acta de investigación psicológica*, 4(2), 1572-1584.
20. de Weiss, S. P., & Palos, P. A. (1988). Relación entre el número de hijos, la satisfacción marital y la comunicación con el cónyuge. *Salud mental*, 11(3), 15-18.
21. Zicavo, N., & Vera, C. (2011). Incidencia del ajuste diádico y sentido del humor en la satisfacción marital. *Revista De Psicología (Trujillo)*, 13(1), 74-89.
22. Alvarez-Ramírez, E., García-Méndez, M., & Rivera-Aragón, S. (2015). Satisfacción marital a través de la dinámica del conflicto y la culpa. *Psicología Iberoamericana*, 23(1), 48-57.
23. Pérez-Solís, G., Dávalos-Romo, M. T., & Rentería-Consección, J. (2016). Grado de satisfacción marital en relación a factores sociodemográficos. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 2(2), 171-187.
24. Herrero, J. V. (2011). Patrones de comunicación en parejas y su relación con la satisfacción marital en profesores de una universidad privada de Asunción. *Eureka (Asunción) en Línea*, 8(2), 200-216.
25. González, M. P. G., Alfaro, I., & Armenta, C. (2013). Perdón y satisfacción marital: Una mirada desde lo sistémico. *Salud & Sociedad*, 4(3), 284-294.
26. Lucariello, E., & Caldera, M. I. F. (2010). El apego en la satisfacción marital. *International journal of developmental and educational psychology*, 1(1), 99-110.
27. Bravo, C. S., & Silva, R. M. H. (2018). La satisfacción marital y el manejo del poder en la pareja: prevención para la salud. *Revista argentina de clínica psicológica*, 27(1), 72-82.
28. Isabel, P. A. G., & Sinuhé, E. C. (2006). Intimidad y comunicación en cuatro etapas de la vida de pareja: su relación con la satisfacción marital. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 12(2).



29. Meléndez, J. C., Aleixandre, M., & Saez, N. (1993). Análisis de la evolución de la satisfacción marital durante el periodo de la edad adulta y tercera edad. In *2ND. Internacional Conference of Psychological Intervention and Human Development: Educational and community Intervention*.
30. Lucariello, E., & Caldera, M. I. F. (2010). El apego en la satisfacción marital. *International journal of developmental and educational psychology*, 1(1), 99-110.
31. Mostacero Chavez, M. R. (2022). Efectividad de los programas de intervención en educación sexual afectiva para mejorar la satisfacción marital del Adulto Mayor: una revisión sistemática.
32. Guzmán, M., & Contreras, P. (2012). Estilos de apego en relaciones de pareja y su asociación con la satisfacción marital. *Psykhé (Santiago)*, 21(1), 69-82.
33. Paz Delgado, M. A., & Vargas Pérez, N. H. (2015). Satisfacción sexual y satisfacción marital en mujeres de una asociación del adulto mayor del distrito de la Victoria, Chiclayo-2015.