



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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249 SANTIAGO TLAXOMULCO  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA  
REGIONAL, ESTADO DE MÉXICO PONIENTE.

TESIS

FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DE DEPRESIÓN DE LA UMF 231 METEPEC,  
ESTADO DE MÉXICO.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

**MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**M.C. WENDY MARIBEL PALOMINO GARCÍA**

Registro de Autorización:

R-2022-1505-014

INVESTIGADOR ASOCIADO  
**DR. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES**  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DE DEPRESIÓN DE LA UMF 231 METEPEC,  
ESTADO DE MÉXICO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**M.C. WENDY MARIBEL PALOMINO GARCÍA**

AUTORIZACIONES



---

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



---

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



---

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

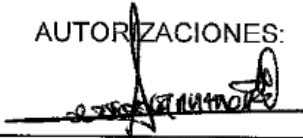
**FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DE DEPRESIÓN DE LA UMF 231 METEPEC, ESTADO DE MÉXICO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

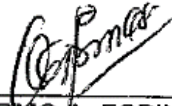
**WENDY MARIBEL PALOMINO GARCÍA.**

AUTORIZACIONES:



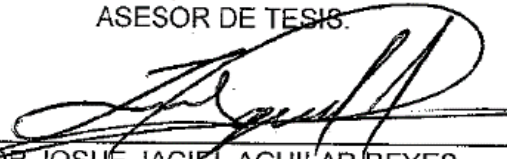
---

DRA GABRIELA GUERRERO MENDOZA  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MÉDICOS GENERALES DEL IMSS UMF 249  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL, ESTADO DE  
MÉXICO PONIENTE.



---

DR. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
ASESOR DE TESIS.



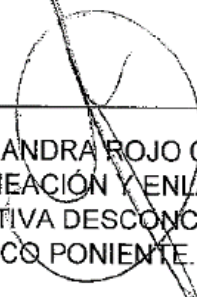
---

DR JOSUÉ JACIEL AGUILAR REYES  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF 249.  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL, ESTADO DE  
MÉXICO PONIENTE.



---

DRA. IDANIA CLAUDIA GÓMEZ MENDEZ  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL, ESTADO DE  
MÉXICO PONIENTE.



---

DRA. ALEJANDRA ROJO COCA  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIONAL, ESTADO DE  
MÉXICO PONIENTE.

TLAXOMULCO, ESTADO DE MÉXICO 2023

## *Dedicatoria*

*A Dios, luz y guía en mi vida que me bendice todos los días.*

*A mi esposo e hijos quienes con su amor me dan fuerza y aliento para continuar en este camino de aprendizaje y superación personal y profesional.*

# AGRADECIMIENTOS

## A Dios

Por bendecirme cada día, darme la luz y guía para terminar este proyecto; por darme paz y sabiduría en los momentos difíciles de mi vida para seguir en este camino y llegar con éxito a mis metas. Por alimentar el amor a mi profesión.

## A mi esposo **Erik Rosas**

Por apoyarme y acompañarme en cada experiencia y reto en nuestro caminar juntos en esta vida. Por ser paciente, tolerante y mi soporte en los momentos difíciles de esta etapa, alentarme y reconocer mis virtudes dándome fuerza para continuar. Porque tomados de la mano sin importar la distancia, hemos aprendido a ser resilientes y continuar nuestro camino en amor.

## A mis hijos **Itzayana e Itzae**

Por enseñarme cada día a ser mejor, por ser el motor que me impulsa para continuar superándome. Porque con una sonrisa y un abrazo me renuevan todos los días y me llenan de energía. Por el tiempo que hemos sacrificado en este proceso de aprendizaje y superación. Por ser mi inspiración, los amo.

## A mis papás

**Carmen y Raúl** por ser un pilar en mi vida, ser ejemplo y enseñarme desde el amor, darme las herramientas necesarias para seguir mis metas y sueños. Por inculcarme valores de respeto, trabajo y perseverancia. Porque siempre han estado a mi lado respetando mis decisiones, por alentarme a iniciar este proyecto y ser apoyo fundamental para lograr esta meta.

## A mi familia

De quien siempre he tenido apoyo incondicional; en especial a mis hermanas **Nancy, Nelly y Mirna** por ser ejemplo, amigas y guía, y a mi suegra **Evelia** quien en este proceso ha sido ayuda invaluable a pesar de las circunstancias de la vida.

A todos los **médicos** que me han compartido su conocimiento y experiencias profesionales.

## Resumen

### **Funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes diagnosticados con trastornos de depresión de la UMF 231 Metepec, estado de México.**

Investigador principal. Wendy Maribel Palomino García, Adscripción UMF 231, Investigador asociado. Guillermo A. Espinosa Fuentes, Medico Familiar.

**Antecedentes.** La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas viven con depresión siendo esta la principal causa mundial de discapacidad, contribuyendo de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad y se proyecta que seguirá siendo la principal causa de morbilidad para el 2030, siendo actualmente la principal en las mujeres.

La funcionalidad familiar, es la capacidad que tiene la familia de mantener su sistema a pesar de los eventos o amenazas que puedan generar enfermedad o cambio en algunos de los miembros del núcleo familiar; de la capacidad con que cuente la familia para mantener su funcionalidad dependerá la respuesta de esta en las situaciones de crisis.

**Objetivo General.** Determinar la relación que existe entre la funcionalidad del subsistema conyugal y la depresión en los pacientes de la UMF 231.

**Material y Métodos.** El estudio se realizará en la UMF 231 aplicando la encuesta para conocer la funcionalidad familiar, tomando una muestra de 44 pacientes diagnosticados con depresión por médico psiquiatra. Posteriormente aplicando medidas de tendencia central para relacionar dos variables.

**Recursos e Infraestructura.** Se realizará en la UMF 231, con la población adscrita, seleccionando a los individuos que cuenten con las características específicas. En el inmueble se cuenta con la infraestructura, médicos con experiencia en la atención de medicina familiar, así como se contará con el asesoramiento por parte de médicos con experiencia en investigación.

**Experiencia de grupo.** Se cuenta con la experiencia clínica y la asesoría metodológica con el investigador asociado en la UMF y sede académica. Este trabajo se desarrollará en dos años y medio hasta su publicación.

## Índice

Marco teórico .....	9
Introducción.....	9
DEPRESIÓN.....	9
Subsistema Conyugal.....	18
METODOLOGÍA .....	21
Justificación.....	21
Planteamiento del problema.....	22
Objetivo .....	23
Objetivos específicos. ....	23
HIPÓTESIS .....	24
Hipótesis Alterna.....	24
Hipótesis Nula .....	24
MATERIAL Y METODOS .....	25
Tipo de estudio.....	25
Población, lugar y tiempo.....	25
Muestra. ....	25
Tamaño de la muestra. ....	25
CRITERIOS DE SELECCIÓN. ....	25
Criterios de inclusión.....	25
Criterios de no inclusión.....	26
Criterios de eliminación.....	26
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	26
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	29
Estadística descriptiva. ....	29
Estadística inferencial. ....	30
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	30
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD. ....	33
Los recursos humanos:.....	33
Financiamiento:.....	33
Factibilidad: .....	33



Resultados .....	34
Discusión.....	40
Conclusiones.....	41
Bibliografía .....	42
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y CARTA COMPROMISO DE ENVÍO DE INFORMES TÉCNICOS.....	47
CUESTIONARIO EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL .....	48
HOJA DE NO INCONVENIENTE .....	49
.....	49
SABANA DE DATOS .....	50
TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	51

## **Marco teórico**

### **Introducción**

La depresión representa un problema de salud pública debido a su prevalencia alrededor del mundo. Cada año más personas a nivel global son diagnosticadas con depresión. <sup>(1)</sup> Es el trastorno psiquiátrico más común en la población general y es la condición de salud mental más frecuente en los pacientes atendidos en primer nivel. <sup>(2)</sup>

Todos estos cambios del estado de ánimo afectan de forma directa, teniendo un impacto negativo en las relaciones interpersonales y su funcionalidad de los pacientes con depresión principalmente a los empleadores de los pacientes, cónyuges e hijos. <sup>(2)</sup>

La funcionalidad familiar, es la capacidad que tiene la familia de mantener su sistema a pesar de los eventos o amenazas que puedan generar enfermedad o cambio en algunos de los miembros del núcleo familiar; de la capacidad con que cuente la familia para mantener su funcionalidad dependerá la respuesta de esta en las situaciones de crisis. La familia es el núcleo esencial de la sociedad, y pasa por diferentes ciclos a lo largo de la vida. <sup>(3)</sup>

Para Satir es importante el componente sistémico de la familia, es útil para determinar el grado de funcionalidad familiar que engloba el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o con autoridad, los límites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada. <sup>(4)</sup>

### **DEPRESIÓN**

El término depresión puede referirse a un estado de ánimo, síndrome o trastorno específico.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutaban, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias. <sup>(2)</sup>

La depresión menor es un síndrome común que causa un malestar significativo y deteriora el funcionamiento, se asocia con síntomas somáticos, trastornos médicos generales y psiquiátricos. <sup>(5)</sup>

El trastorno depresivo mayor (depresión mayor unipolar) y el trastorno depresivo persistente (distimia) son síndromes depresivos que se distinguen por el tipo y número de síntomas que se presentan, así como por su duración. <sup>(6)</sup>

La depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas viven con depresión siendo esta la principal causa mundial de discapacidad, contribuyendo de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad y se proyecta que seguirá siendo la principal causa de morbilidad para el 2030, siendo actualmente la principal en las mujeres. <sup>(1)(7)</sup>

En México la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en México señalan que el 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento en su vida sin importar su edad o condición social. <sup>(1)</sup> Según el estudio COVID-19: Enfermedad Psiquiátrica entre el 20 al 40 % de los pacientes con COVID-19 presentan algún síntoma neuropsiquiátrico. De estos el 33% presenta algún estado de ánimo deprimido. <sup>(8)</sup> La crisis ocasionada por la pandemia de COVID-19, no solo tuvo impacto en las actividades sociales, las interacciones y los comportamientos en múltiples niveles, también causó problemas de salud mental, ansiedad y depresión secundario a las actividades de distanciamiento social y el autoaislamiento.

La depresión menor tiene mayor prevalencia en pacientes que presentan alguna comorbilidad como Diabetes mellitus tipo 2, enfermedad coronaria, artritis reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico y trastornos neurológicos.<sup>(5)</sup>

La prevalencia de la depresión mayor unipolar más trastorno depresivo persistente es del 4% en nuestro país, la edad de inicio es aproximadamente de 30 años, con una mayor incidencia en nativos americanos y más baja en asiáticos, dos veces mayor en mujeres que en hombres y en personas con menor ingreso económico.<sup>(9)</sup>

Una edad de inicio temprana se asocia con mayor dificultad en la funcionalidad social y ocupacional, así como peor calidad de vida, mayor comorbilidad médica y psiquiátrica, mayor cantidad de episodios depresivos durante la vida e intentos suicidas y severidad de los síntomas.<sup>(1)</sup>

La etiología de la depresión es compleja ya que en ella intervienen factores psicosociales, genéticos, y biológicos.<sup>(1)</sup> Además, las personas con depresión normalmente padecen varios de los siguientes datos: pérdida de energía; cambio en el apetito; dormir más o menos; ansiedad; concentración reducida; indecisión; inquietud; sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza; y pensamientos de automutilación o suicidio.<sup>(7)</sup> Dos terceras partes de los pacientes vistos en primer nivel de atención llegan a presentar síntomas somáticos como cefalea, dolores o problemas de espalda que dificultan la detección oportuna.<sup>(2)</sup>

En algunos estudios de neuroimagen funcional se ha encontrado que la depresión menor se asocia con alteraciones en la actividad cerebral como menor homogeneidad regional de la actividad cerebral espontanea en la corteza prefrontal.<sup>(5)</sup>

El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, la colocan incluso sobre varias enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide, también sobre la pérdida de la audición relacionada con el envejecimiento y las enfermedades

pulmonares obstructivas crónicas, solamente sobrepasada por lumbalgias y las cefaleas.<sup>(1)</sup> Se estima que cada año vivido con depresión resta en promedio un 20 a 40% de un año de vida ajustado por calidad.<sup>(2)</sup>

En la patogénesis de la depresión mayor se involucran factores de riesgo emocionales, conductuales y de adversidad; existe la probabilidad de deberse a factores genéticos e influencias ambientales específicas de cada individuo, principalmente la adversidad infantil. Entre más número de adversidades en la infancia, aumenta la probabilidad de presentar depresión mayor.<sup>(10)</sup>

Los cuadros de depresión no tratados se asocian con una disminución de la calidad de vida, un mayor riesgo de suicidio y respuesta deficiente al tratamiento en enfermedades crónicas.<sup>(2)</sup>

El diagnóstico y tratamiento oportuno y personalizado, mediante psicoterapia, grupos de apoyo y tratamiento farmacológico, son las maneras más efectivas y económicas para brindar mejores condiciones de vida a los pacientes que son afligidos por la depresión.<sup>(1)</sup>

Los criterios diagnósticos según la DSM-5 son los siguientes:

#### TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DESTRUCTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO

- A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiesta verbalmente y/o con el comportamiento cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
- C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

- D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días y es observable por parte de otras personas.
- E. Los criterios A - D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durará tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los criterios A – D.
- F. Los criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos y son graves al menos en uno de ellos.
- G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
- H. Por la historia o la observación, los criterios A – E comienzan antes de los 10 años.
- I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.
- J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental.
- K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

#### TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
  2. Disminución importante del interés o el placer de todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
  3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
  4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
  9. Pensamientos de muerte recurrente, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio un plan específico significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

### TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión crónico y el trastorno distímico del DSM-IV

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnias.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.



- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otros trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. <sup>(11)</sup>

Las estrategias y objetivos del tratamiento de la depresión menor incluyen a psicoterapia y la farmacoterapia. Su objetivo principal es aliviar los síntomas depresivos y poder mejorar el funcionamiento. Uno de los objetivos adicionales es prevenir otro tipo de síntomas como la ansiedad y evitar que la depresión menor progrese a depresión mayor.<sup>(12)</sup>

Para la Asociación Americana de Psiquiatría y el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención del Reino Unido (NICE) es consistente el uso de terapia sola o combinada para la depresión mayor unipolar. Sin embargo, las guías NICE recomiendan el uso de psicoterapia sola como tratamiento inicial de pacientes con depresión leve.<sup>(13)</sup>

A todo paciente deprimido se le debe hacer una evaluación basada en su historial médico psiquiátrico y general, así como un examen del estado mental. La base de los hallazgos, el examen físico y las pruebas de laboratorio enfocadas pueden estar indicados para poder descartar causas médicas generales.<sup>(14)</sup>

Los fármacos para tratar la depresión y sus dosis se enlistan en la siguiente tabla.<sup>(15)</sup>

Droga	Dosis inicial total habitual por día (mg) <sup>¶</sup>	Dosis total habitual por día (mg)	Rango de dosis diarias extremas (mg) <sup>¶</sup>
<b>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina</b>			
Citalopram	20	de 20 a 40 <sup>Δ</sup>	de 10 a 40 <sup>Δ</sup>
Escitalopram	10	de 10 a 20	de 5 a 30
Fluoxetina	20	de 20 a 60	de 10 a 80
Fluvoxamina	50	de 50 a 200	de 25 a 300
Fluvoxamina CR	100	de 100 a 200	de 100 a 300
Paroxetina	20	de 20 a 40	de 10 a 50
Paroxetina CR	25	de 25 a 50	12,5 a 62,5
Sertralina	50	de 50 a 200	de 25 a 300

<b>Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina</b>			
Desvenlafaxina	de 25 a 50	de 50 a 100	de 50 a 400 <sup>◇</sup>
Duloxetina	de 30 a 60	60	de 30 a 120 <sup>§</sup>
Levomilnacipran	20	de 40 a 80	de 20 a 120
Milnacipran	12.5	de 100 a 200	de 50 a 300
Venlafaxina	37,5 a 75	de 75 a 375	de 75 a 375
Venlafaxina XR	37,5 a 75	de 75 a 225	de 75 a 375

<b>Agentes atípicos</b>			
Agomelatina (no disponible en Estados Unidos) <sup>§</sup>	25	de 25 a 50	de 25 a 50
Bupropión	200	300 (dosis única máxima 150 mg)	de 100 a 450
Bupropión SR 12 horas	150	300 (dosis única máxima 200 mg)	de 150 a 400
Bupropión XL 24 horas	150	300	150 a 450 (Estados Unidos) 150 a 300 (Europa)
Hidrobromuro de bupropión 24 horas	174	348	de 174 a 522
Mirtazapina	15	de 15 a 45	de 7,5 a 60

<b>Moduladores de serotonina</b>			
Nefazodona <sup>‡</sup>	200	de 300 a 600	de 50 a 600
Trazodona	100	de 200 a 400	de 100 a 600
Vilazodona	10	40	de 10 a 40
Vortioxetina	10	20	de 5 a 20

<b>Tricíclicos y tetracíclicos<sup>†</sup></b>			
Amitriptilina	25	de 150 a 300	de 10 a 300
Amoxapina	25	de 200 a 300	de 25 a 400
Clomipramina	25	de 100 a 250	de 25 a 300
Desipramina	25	de 150 a 300	de 25 a 300
Doxepina	25	de 100 a 300	de 10 a 300
Imipramina	25	de 150 a 300	de 10 a 300
Maprotilina	25	de 100 a 225	de 25 a 225
Nortriptilina	25	de 50 a 150	de 10 a 150
Protriptilina	10	de 15 a 60	de 5 a 60
Trimipramina	25	de 150 a 300	de 25 a 300
<b>Inhibidores de la monoaminoxidasa<sup>†</sup></b>			
Isocarboxazida	10	de 10 a 40	de 10 a 60
Fenelzina	15	de 15 a 90	de 7,5 a 90
Selegilina transdérmica	parche de 6 mg/24 horas	parche de 6 a 12 mg/24 horas	parche de 6 a 12 mg/24 horas
Tranilcipromina	10	de 30 a 60	de 10 a 60

Se debe evitar la combinación de antidepresivos para cuadros de depresión mayor como tratamiento inicial, ya que existe evidencia de que no existe ninguna ventaja sobre la monoterapia. Pero esto puede ser útil en pacientes con episodios recurrentes que previamente respondieron a combinaciones de antidepresivos después de no responder a otros regímenes antidepresivos.<sup>(16)</sup>

El tratamiento de continuación se debe administrar después de la resolución de un episodio depresivo mayor para preservar y mejorar la remisión, y así prevenir la recaída del episodio de presentación. Al terminar este tratamiento, se debe administrar el tratamiento de mantenimiento, se proporciona después de la recuperación del episodio de presentación para prevenir la recurrencia de nuevos episodios posteriores.<sup>(17)</sup>

### Subsistema Conyugal

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas, y según Ralph Linton, sobrevivirá mientras exista la especie humana. Es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano. Más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial mientras más flexibilidad y

adaptabilidad se requiera en la sociedad y es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad. <sup>(18)</sup>

Para poder entender a la familia como una institución social definiremos algunos conceptos básicos que nos permitan entender mejor el significado.

- Pareja. Conjunto de dos personas que tienen entre sí alguna correlación o semejanza, especialmente la formada por hombre y mujer.
- Matrimonio. Unión de hombre y mujer concertada mediante determinados ritos o formalidades legales.
- Sociedad conyugal. Constituida por marido y mujer durante el matrimonio y ministerio de la Ley.

Según Membrillo, “Sistema es el conjunto de elementos interrelacionados entre sí que constituyen una unidad que persigue algún objetivo identificado o una finalidad”.

La familia es un sistema que se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones.<sup>(19)</sup>

El funcionamiento familiar es un factor determinante en la conservación de la salud de sus integrantes. Una familia que es funcional es la que desempeña de forma adecuada sus funciones y la familia que no cumple con todas las funciones, es una familia disfuncional, de acuerdo en la etapa del ciclo vital en que se encuentren y en relación con las demandas que hay en su entorno.<sup>(20)</sup>

La familia se compone de diferentes subsistemas que mencionaremos más adelante, dentro de estos se encuentra el subsistema conyugal (padre y madre) en esta la relación de pareja es importante para todo el núcleo familiar y es una de las bases importantes para conservar el bienestar de los miembros que la componen.<sup>(20)</sup>

Subsistemas.

- Subsistema conyugal. Se constituye cuando un hombre y una mujer decide unirse con la intención de construir una familia. Las principales cualidades para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación

mutua. Las pautas de complementariedad le permiten a cada cónyuge ceder sin sentir que se ha entregado o vencido.

- Subsistema paterno-filial. Surge de la necesidad de reorganizar los límites y las funciones familiares, satisfacer otras necesidades e iniciar el manejo de nuevas relaciones sin enunciar al apoyo que caracteriza el subsistema conyugal.
- Subsistema fraterno. Constituye el entorno social en el que los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.<sup>(18)</sup>

Según Chávez Aguilar, las principales funciones del subsistema conyugal que se consideran para su evaluación son las siguientes:<sup>(20)</sup>

- Comunicación
- Adjudicación y asunción de roles
- Satisfacción sexual
- Afecto
- Toma de decisiones.

## **METODOLOGÍA**

### **Justificación**

La presente investigación emerge de la necesidad de identificar cuál es el nivel de disfunción familiar que se presenta en el subsistema conyugal cuando alguno, o los dos conyugues padecen algún grado de depresión.

Lo anterior es importante debido a que el subsistema conyugal es la base fundamental de la familia, éste constituye un apoyo para el resto de los integrantes de la familia y es vital para el crecimiento de los hijos; la relación entre cónyuges constituye un modelo para los niños, en el que se contemplan todo tipo de emociones como el afecto, el cariño, el enojo, etc. Lo que los hijos observen se convertirá en parte de sus valores y expectativas a lo largo de su vida.

Esta investigación pretende identificar la relación que existe entre el grado de depresión y el nivel de disfunción en el subsistema conyugal.

Con este trabajo se mostró cómo afecta al subsistema conyugal la depresión, de acuerdo con el grado que presenten los pacientes seleccionados y así poder crear grupos de apoyo.

Al investigar sobre la depresión nos damos cuenta de que es la principal causa de enfermedad mental, frecuentemente subdiagnosticada y cuando se llega a su diagnóstico no es fácil que sea aceptada por el paciente, así como por la sociedad. Su tratamiento no siempre es aceptado o no es el correcto y frecuentemente no es llevado por el tiempo que se requiere. Esto ha hecho que se vuelva una enfermedad crónica y se detecte en etapas avanzadas de afectación, llegando a causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, sociales y sobre todo familiares. Incluso en etapas de crisis de depresión se han documentado un alto índice de suicidios. Se a

documentado que, en casos extremos, pueden ocurrir desenlaces fatales en los pacientes con esta patología.

Este proyecto nos da la pauta para colaborar en el apoyo a las familias en tener una mejor dinámica al contar con los elementos para una mejor orientación y tengan mejores opciones de tratamiento.

### **Planteamiento del problema**

La familia es la célula de la sociedad; cada familia varia, se adapta, se transforma, se reinventa de acuerdo con su entorno particular. El subsistema conyugal inicia su formación desde el noviazgo y cuando dos adultos deciden unirse, se sabe que gran parte de los problemas que hay en una familia se pueden ver originados desde la disfunción del subsistema conyugal.

La depresión es una enfermedad que según estudios epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han demostrado una alta prevalencia en la población general en los últimos años, por lo que es un problema de salud pública. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas, su etiología es compleja debido a que interviene factores psicosociales, genéticos y biológicos.

Cada año se diagnostican más pacientes con depresión alrededor del mundo ya que se toma más en cuenta la salud mental.

El impacto de los factores psicosociales en la población con depresión puede exacerbar la intensidad de la enfermedad lo que lleva consigo el cambio de actitudes, desinterés de actividades básicas de la vida, en la convivencia familiar, cambios continuos en el estado de ánimo, desinterés por la vida de tal grado que pierden el interés en sus familiares y en ellos mismos.

Actualmente es difícil que un paciente acepte el diagnóstico de depresión y más aún el tratamiento médico y psicológico derivado de los tabúes que existen en la sociedad con respecto a las enfermedades mentales, sobre todo en la depresión; la mayoría de las personas tienen la creencia de que la depresión no es una enfermedad y que es un estado de ánimo en el cual las personas deciden estar deprimidos. De la misma forma el tratamiento no es aceptado ya que se tiene la creencia de que el medicamento o la terapia psicológica es para personas -locas-. Es importante que haya apoyo del conyugue y entendimiento de la enfermedad cuando alguno de los dos o la pareja lo presenta.

Dada la importancia que existe entre la funcionalidad conyugal y un adecuado estado de salud, no solo física, sino emocional de cada miembro de la pareja, es relevante conocer a los pacientes con depresión y su efecto sobre la dinámica del subsistema conyugal, por lo que surge la siguiente pregunta:

## **¿CUÁL ES EL NIVEL DE FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DEPRESION DE LA UMF 231?**

### **Objetivo**

**Determinar la relación que existe entre la funcionalidad del subsistema conyugal y la depresión en los pacientes de la UMF 231.**

#### *Objetivos específicos.*

- Determinar el nivel de funcionalidad en el subsistema conyugal y la depresión en pacientes según su escolaridad, en la UMF 231 Metepec.
- Identificar el grado de funcionalidad en el subsistema conyugal en pacientes con depresión según su edad, en la UMF 231 Metepec.



- Establecer la funcionalidad en el subsistema conyugal y la depresión según el sexo de los pacientes, en la UMF 231 Metepec.
- Registrar el grado de funcionalidad en el subsistema conyugal en pacientes con depresión y alguna otra comorbilidad, en la UMF 231 Metepec.
- Determinar la funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes con depresión con relación al tiempo de vida conyugal, en la UMF 231 Metepec.

## HIPÓTESIS

### Hipótesis Alternativa

Los pacientes con Depresión tienen disfunción en el subsistema conyugal en algún grado.

### Hipótesis Nula

Los pacientes con Depresión no tienen disfunción en el Subsistema Conyugal.

## MATERIAL Y METODOS

### *Tipo de estudio.*

- Tipo de estudio: Descriptivo.
- Por tipo de intervención: Observacional.
- Por la medición: Transversal.
- Por la recolección de la información: Prospectivo.

### *Población, lugar y tiempo.*

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 231 del IMSS, Órgano de operación administrativa desconcentrada 16 Poniente, Metepec Estado de México, en la población con depresión que fueron diagnosticados por Psiquiatría, en los meses de noviembre de 2022 a marzo de 2023.

### *Muestra.*

La muestra es probabilística.

### *Tamaño de la muestra.*

Se tiene un universo de trabajo de la UMF 231 Metepec de 150 pacientes diagnosticados con Depresión en segundo nivel, se obtiene la muestra por medio de la aplicación Epi Info con un nivel de confianza del 95% dando un resultado de 42 pacientes.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN.

### *Criterios de inclusión.*

- Pacientes derechohabientes turno matutino y vespertino de la UMF 231 que tienen diagnóstico de Depresión emitido por Psiquiatría.
- Pacientes derechohabientes que se encuentran en una relación conyugal de la UMF 231 que tienen diagnóstico de Depresión emitido por Psiquiatría.

- Pacientes derechohabientes de ambos sexos de la UMF 231 que tienen diagnóstico de Depresión emitido por Psiquiatría.
- Pacientes derechohabientes con alguna enfermedad crónica de la UMF 231 que tienen además un diagnóstico de Depresión emitido por Psiquiatría.
- Pacientes derechohabientes de la UMF 231 que tienen diagnóstico de Depresión emitido por Psiquiatría que se encuentren en el Censo de la UMF 231 hasta el día 28 de febrero de 2023.
- Pacientes derechohabientes de la UMF 231 que acepten participar en el estudio.

*Criterios de no inclusión.*

- Pacientes que no desean participar en el estudio.
- Pacientes sin vigencia de derechos institucionales mientras se realiza el estudio.
- Pacientes que no tengan una vida conyugal.
- Pacientes con deterioro cognitivo.

*Criterios de eliminación.*

- Aquellos pacientes que no contesten de manera completa el instrumento de investigación.
- Pacientes que abandonen el estudio.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### VARIABLE: DEPRESIÓN

Definición conceptual: Enfermedad caracterizada por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad de llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas

Definición operacional: Trastorno del Estado de ánimo que se manifiesta con la alteración a nivel cognitivo, emocional y comportamental.

Escala de medición: Nominal.

Unidad de medida: No deprimido, menor, moderada, severa y muy severa.

Tipo de variable: Cuantitativa

VARIABLE: EDAD

Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Definición operacional: Número de años cumplidos referidos por el paciente.

Escala de medición: Razón

Unidad de medida: 18 o más

Tipo de variable: Cuantitativa

VARIABLE: SEXO

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer; puede ser femenino o masculino.

Definición operacional: Biotipo sexual con el que se identifica el paciente.

Escala de medición: Nominal

Unidad de medida: Femenino o masculino.

Tipo de variable: Cualitativa

VARIABLE: ESTADO CIVIL

Definición conceptual: Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.

Definición operacional: El estado Civil reportado por los pacientes durante la encuesta.

Escala de medición: Nominal

Unidad de medida: Soltero, casado, divorciado, separación en proceso judicial, viudo y concubinato.

Tipo de variable: Cualitativa

#### VARIABLE: ESCOLARIDAD

Definición conceptual: Es el periodo de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender.

Definición operacional: Son los grados académicos cursados por el paciente y referido por él, al momento del estudio.

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medida: Pacientes sin estudios, nivel primaria, secundaria, preparatoria, carreta técnica y profesional.

Tipo de variable: Cualitativa

#### VARIABLE: COMORBILIDAD

Definición conceptual: Asociación de enfermedades donde una tiene carácter protagonista.

Definición operacional: Enfermedad reportada por los pacientes durante la encuesta

Escala de medición: Nominal

Unidad de medida: Diabetes, Hipertensión, Obesidad, Otras

Tipo de variable: Cualitativa

## VARIABLE: FUNCIONALIDAD CONYUGAL

Definición conceptual: Características y funciones que conforman a una pareja en familia.

Definición operacional: Características que señalan la percepción de los pacientes en cuanto a su funcionalidad conyugal.

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medida: Se divide en pareja funcional, pareja moderadamente disfuncional y pareja severamente disfuncional.

Tipo de variable: Cuantitativa

## VARIABLE: TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO.

Definición conceptual: Tiempo que transcurre desde el comienzo de la enfermedad hasta la fecha actual o al finalizar la enfermedad.

Definición operacional: Número de años con la enfermedad referidos por el paciente.

Escala de medición: Ordinal

Unidad de medida: 0 a 1 año, de 2 a 5 años y más de 5 años.

Tipo de variable: Cuantitativa.

## ANALISIS ESTADÍSTICO

### *Estadística descriptiva.*

Se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central, medidas de dispersión, de normalidad para las variables cuantitativas, así como frecuencia absoluta y relativa (porcentajes), se utilizará el programa Microsoft Excel.

La representación visual de los datos se realizó mediante representaciones graficas: diagramas de barras, diagrama de sectores, histograma o polígono de frecuencias según corresponda a cada variable y al tipo de esta (cuantitativa o cualitativa).

### *Estadística inferencial.*

Se realizó Razón de momios para la determinación de riesgo, Número atribuible de casos, prueba de contraste con Chi cuadrada y estadístico de Levene para la determinación de utilización de estadísticos paramétricos o no paramétricos.

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se solicito por escrito autorización a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 231 IMSS para tener acceso a las unidades de observación, en este estudio fueron los pacientes diagnosticados por Psiquiatría con algún grado de depresión y que tenían vida conyugal; de la misma forma se solicitó autorización por escrito para la aplicación del instrumento.

La población que se estudió fue solicitada en el sistema de información ARIMAC de la UMF 231 quienes cuentan con el censo de los pacientes diagnosticados con depresión; se buscó a los pacientes que fueron diagnosticados por Psiquiatría con algún grado de depresión y se solicitó su nombre y número de seguridad social.

Mediante el agregado del número de afiliación se buscó a los pacientes que se encuentran en vida conyugal. Se solicitó al servicio de afiliación y vigencia, la dirección y teléfono de los pacientes. Se solicitó el apoyo de Trabajo Social para la localización de los pacientes con la finalidad de concertar una cita con el investigador en la UMF 231.

Una vez que se localizó a los pacientes, se les informó cuales son los fines de la investigación y se les preguntó si desea participar de forma voluntaria; ya teniendo autorización mediante el documento de “Consentimiento Informado”, dicho documento

se entregó en original como parte de documentos de investigación y copia para cada paciente.

Se evaluó la funcionalidad del Subsistema conyugal mediante la aplicación de la prueba de “Evaluación del Subsistema Conyugal”. Este es un instrumento validado que consta de 12 reactivos, valorada de 0 a 15 puntos; la puntuación mínima es de 0 punto y la máxima es de 100 puntos. A mayor puntuación, el subsistema conyugal es más funcional, con la siguiente clasificación gradual:

- De 00 – 40 puntos, pareja severamente disfuncional.
- De 41 – 70 puntos, pareja moderadamente disfuncional.
- De 71 – 100 puntos, pareja funcional.

El cuestionario abarca 5 dimensiones de estudio que se describen a continuación:

1. Comunicación.
  - a. Se comunica directamente con su pareja
  - b. La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia
  - c. Existe congruencia entre la comunicación verbal y analógica
2. Adjudicación y asunción de roles.
  - a. La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican
  - b. Son satisfactorios los roles que asume la pareja
3. Satisfacción sexual.
  - a. Es satisfacción la frecuencia de las relaciones sexuales
  - b. Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual
4. Afecto.
  - a. Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja
  - b. El tiempo que se dedica la pareja es gratificante
  - c. Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja
  - d. Perciben que son queridos por su pareja
5. Toma de decisiones.
  - a. Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente.



## CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Este protocolo entró a un proceso de revisión, evaluación y aceptación por el comité de ética en investigación y se inició con la investigación hasta que se tuvo aceptación por dicho comité. El estudio se realizó en un ambiente de respeto para todos los encuestados, con justicia y se aplicó la beneficencia – no maleficencia en la unidad de medicina familiar 231 a todos los pacientes con diagnóstico de depresión y viven en pareja, esto sin distinción de sexo, credo, raza, nacionalidad o clase social.

Con la realización de este estudio se detectó si existe algún grado de disfunción en el subsistema conyugal en las familias en las que alguno de los conyugues esta diagnosticado con depresión y así referir a los pacientes y su pareja al servicio correspondiente para su valoración y tratamiento.

Con apego a la declaración de Helsinki <sup>(21)</sup>, esta investigación se realizó con base a los principios científicos generalmente aceptados y está basada en literatura científica.

Mediante el documento de consentimiento informado se informó con claridad a cada sujeto al que se le aplicó el estudio, el propósito de esta investigación y los métodos que se utilizaron. Así como se les informo que este estudio no les generará riesgo o molestia alguna.

Todo participante tuvo la libertad de participar y de retirarse del estudio si fuera su deseo sin importar la etapa en la que se encuentre la investigación y esto no tendrá repercusión de ninguna índole en el sujeto.

Con base al reglamento de la Ley General de Salud<sup>(22)</sup> en materia de investigación para la salud, se sigue lo estipulado en los artículos, 14, 15 y 16. De acuerdo a esta misma Ley, se clasifica este estudio según el artículo 17 fracción I como un estudio **sin riesgo** ya que es investigación documental mediante cuestionarios y no realizara

ninguna intervención o modificación en variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participarán.

## RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

### *Los recursos humanos:*

Estos fueron aportados por el investigador principal, quien se encargó de los aspectos operacionales para la aplicación del test “Evaluación del subsistema conyugal”, así como el trabajo estadístico que implique la información recolectada.

### *Financiamiento:*

Fue aportado por el investigador responsable de forma íntegra en cuanto a equipo de cómputo, papelería y cualquier insumo que sea necesario para el adecuado desarrollo de este proyecto de investigación.

### *Factibilidad:*

Este estudio tuvo todo lo necesario para poder llevarse a cabo, tomando los aspectos éticos, médicos, estadísticos y de financiamiento. A través de la carta de no inconveniencia se solicitó la autorización del director de la UMF 231 la cual se colocó en el apartado de anexos, así como la autorización de cada paciente que ingrese al estudio por medio de la carta de consentimiento informado.

## Resultados

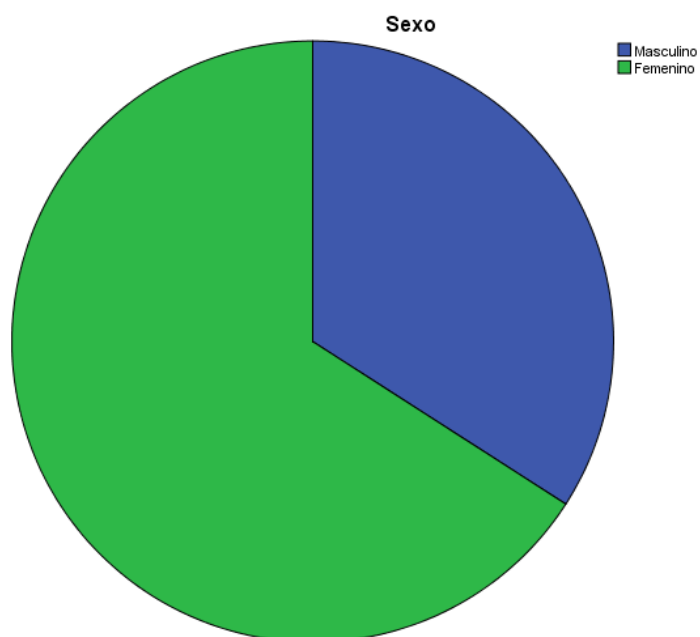
La recopilación de los resultados obtenidos de los pacientes adscritos al IMSS en la UMF 231, de una población de 44 pacientes, a quienes se les aplicaron los instrumentos de recolección de datos, previo a consentimiento informado. Se utilizó el programa estadístico Excel y SPSS posterior a recabar los resultados que se obtuvieron en el trabajo de campo, se realizó un análisis de frecuencias simples.

Se identificó en los resultados obtenidos a los pacientes diagnosticados con Depresión, el 34.1% son de sexo masculino y el 65.9% fueron de sexo femenino a quienes se les aplicó la encuesta y que contestaron acerca de la Funcional del Subsistema conyugal. (Tabla 1, Gráfica 1)

**Sexo**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	15	34.1	34.1	34.1
Válidos Femenino	29	65.9	65.9	100.0
Total	44	100.0	100.0	

**Tabla 1. Distribución de sexo en pacientes con Depresión**



**Gráfica 1. Distribución de sexo en pacientes con Depresión**

Se encontró que en el tiempo de vida en pareja: el 11.4% tienen menos de 5 años, el 22.7% llevan de 6 a 10 años, 29.5% de 11 a 20 años y el 36.4% tienen más de 20 años de vida en pareja a quienes se les aplicó la encuesta. (Tabla 2, Gráfica 2)

Tiempo de vida en pareja				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos de 5 años	5	11.4	11.4	11.4
6 a 10 años	10	22.7	22.7	34.1
Válidos 11 a 20 años	13	29.5	29.5	63.6
más de 20 años	16	36.4	36.4	100.0
Total	44	100.0	100.0	

**Tabla 2. Tiempo de vida en pareja en pacientes diagnosticados con Depresión**

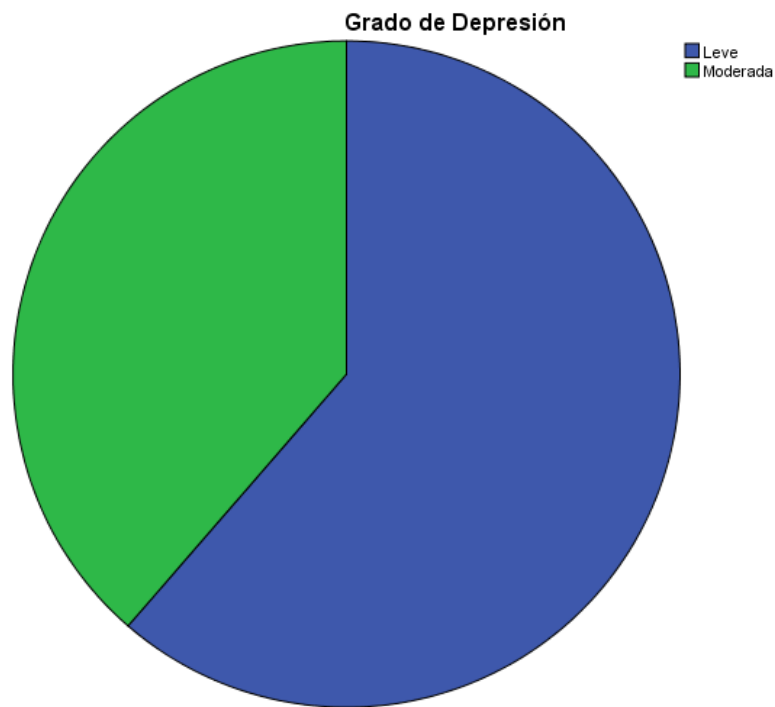


**Gráfica 2. Tiempo de vida en pareja en pacientes diagnosticados con Depresión**

En relación con el grado de Depresión que presentan los pacientes a los que se les realizó la encuesta el 61.4% presenta depresión Leve y el 38.6% con depresión Moderada. (Tabla 3, Grafica 3)

Grado de Depresión				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Leve	27	61.4	61.4
	Moderada	17	38.6	100.0
	Total	44	100.0	100.0

**Tabla 3 . Grado de depresión en pacientes de UMF 231**

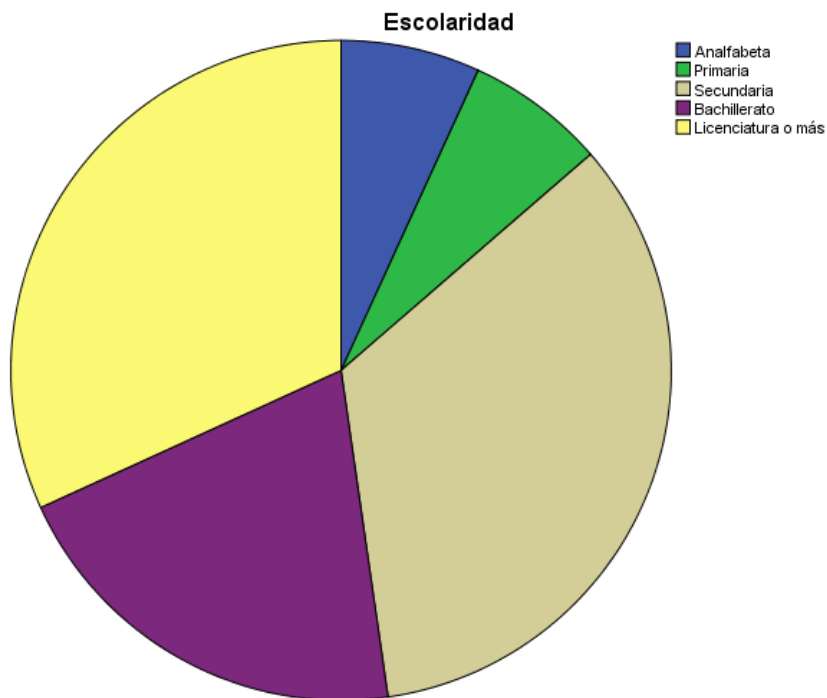


**Grafica 3 . Grado de depresión en pacientes de UMF 231**

En cuanto el nivel académico se encontró que el 6.8% es analfabeta, otro 6.8% tiene educación primaria, 34.1% secundaria, 20.5% bachillerato y el 31.8% tiene estudios de licenciatura o algún grado más. (Tabla 4, Grafica 4)

Escolaridad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabeta	3	6.8	6.8
	Primaria	3	6.8	13.6
	Secundaria	15	34.1	47.7
	Bachillerato	9	20.5	68.2
	Licenciatura o más	14	31.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0

**Tabla 4 . Nivel de escolaridad.**



**Grafica 4 . Grado de depresión en pacientes de UMF 231**

Se analizó la edad, el 45 se encuentra en la media, el 43 en la mediana y el 33 en la moda en los pacientes con Depresión. (Tabla 5)

**Estadísticos**

Edad		
N	Válidos	44
	Perdidos	0
	Media	45.23
	Mediana	43.00
	Moda	33 <sup>a</sup>

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

**Tabla 5. Media de edad.**

En los pacientes diagnosticados con depresión que viven en pareja, la funcionalidad del subsistema conyugal fue la siguiente: pareja funcional 63.6%, pareja moderadamente disfuncional 25%, pareja severamente disfuncional 11.4%.

**Funcionalidad del subsistema Conyugal**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Pareja funcional	28	63.6	63.6
	Pareja moderadamente disfuncional	11	25.0	88.6
	Pareja severamente disfuncional	5	11.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0

			Funcionalidad del subsistema Conyugal			
			Pareja funcional	Pareja moderadamente disfuncional	Pareja severamente disfuncional	P
Sexo	Masculino	Recuento % dentro de Sexo	10 66.7%	4 26.7%	1 6.7%	0.779
	Femenino	Recuento % dentro de Sexo	18 62.1%	7 24.1%	4 13.8%	
Tiempo de vida en pareja	Menos de 5 años	Recuento % dentro de Tiempo de vida en pareja	3 60.0%	2 40.0%	0 0.0%	0.726
	6 a 10 años	Recuento % dentro de Tiempo de vida en pareja	7 70.0%	1 10.0%	2 20.0%	
	11 a 20 años	Recuento % dentro de Tiempo de vida en pareja	7 53.8%	4 30.8%	2 15.4%	
	más de 20 años	Recuento % dentro de Tiempo de vida en pareja	11 68.8%	4 25.0%	1 6.3%	
Escolaridad	Analfabeta	Recuento % dentro de Escolaridad	1 33.3%	1 33.3%	1 33.3%	0.058
	Primaria	Recuento % dentro de Escolaridad	0 0.0%	1 33.3%	2 66.7%	
	Secundaria	Recuento % dentro de Escolaridad	11 73.3%	4 26.7%	0 0.0%	
	Bachillerato	Recuento % dentro de Escolaridad	7 77.8%	1 11.1%	1 11.1%	
	Licenciatura o más	Recuento % dentro de Escolaridad	9 64.3%	4 28.6%	1 7.1%	
Grado de Depresión	Leve	Recuento % dentro de Grado de Depresión	22 81.5%	5 18.5%	0 0.0%	0.002
	Moderada	Recuento % dentro de Grado de Depresión	6 35.3%	6 35.3%	5 29.4%	

En base a la Chi-cuadrada de Pearson, la funcionalidad del subsistema conyugal es dependiente de que exista algún grado de depresión en el subsistema conyugal; por lo que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.



## Discusión

La depresión es uno de los desórdenes clínicos más frecuentes en la población en general, y en la actualidad constituye un severo problema de salud pública. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) se calcula que la depresión es un trastorno mental que afecta alrededor de 350 millones de personas a nivel mundial. La Encuesta Mundial de Salud Mental encontró que en promedio una de cada 20 personas tuvo un episodio depresivo en el año 2011(OMS, 2012).

La depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. <sup>(23)</sup>

Algunos tipos de depresión tienden a darse en familias. Sin embargo, la depresión también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de depresión. No todas las personas con enfermedades depresivas experimentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular.

Según diversos estudios en la población mexicana, de acuerdo con Padilla Téllez, Ruiz y Rodríguez Orozco (2009), la prevalencia depresión en las mujeres es un 5.8%, y 2.5% en hombres. Los aportes de Gonzáles y Landero señalan que 17% de las mujeres adultas mexicanas presentan síntomas depresivos, en comparación con 8.5% de los hombres adultos que manifiestan haberlos experimentado. Por su parte, Ramírez Ruiz y Martínez Martínez (2011) expresan que la prevalencia según su investigación es de 4.1% en mujeres y 1.6% en hombres. <sup>(24)</sup> Estos resultados son muy similares a los encontrados en este estudio en donde de los 44 estudios realizados encontramos que el 65.9% son personas del sexo femenino y un 34.1% pertenece al sexo masculino.

Según Sarason y Sarason (2006), se consideran que las relaciones afectivas, como las relaciones de pareja y de amistad, constituyen una protección importante contra la depresión. Por el contrario, tanto el divorcio como la mala calidad de un matrimonio tienen una relación significativa con la depresión y una salud mental y física deteriorada.

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras.

En un estudio que realizó Mendoza-Solis y Soler-Huerta de un total de 103 diagnósticos de salud familiar predominaron las familias integradas, nucleares, tradicionales, urbanas y empleadas. Al evaluar el subsistema conyugal, encontraron que 52% de las parejas fueron funcionales, 39% fueron moderadamente disfuncionales y un 9% correspondió a parejas severamente disfuncionales.

El resultado obtenido en este estudio es semejante ya que encontramos en la funcional del subsistema conyugal el 63.6% las parejas fueron funcionales, el 25% fueron parejas moderadamente disfuncionales y el 11.4% parejas severamente disfuncionales.

## Conclusiones

La investigación realizada determina que si bien algunos factores contribuyen a presentar un grado de disfunción del subsistema conyugal como son la depresión y el nivel académico; otros factores no influyen en la funcionalidad del subsistema conyugal tales como el sexo y el tiempo de vida en pareja.

Lo anterior nos permite aceptar la hipótesis alterna, ya que existe algún grado de disfunción en el subsistema conyugal en los pacientes que padecen depresión.

## Bibliografía

1. Tulio M, Del C. La depresión y su impacto en la salud pública. 2021;89(1).
2. Williams AJ, Nieuwsma J. Detección de depresión en adultos. 2021;1–30.
3. Criado Morales ML, Silva Aparicio NA, Torres Dosa GE, Baéz Guzmán LJ, Estevéz Gómez LV, Müller Noriega SC. Efectividad de la funcionalidad familiar con padre adolescente en San Gil: funcionalidad familiar con padre adolescente. Rev la Univ Ind Santander Salud. 2011;43(1):63–9.
4. Eguiluz L de L. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Analysis of the Dynamics and Family Functionality in Primary Healthcare. Archivos en Artículo Original. 2006;8(1).
5. Lyness AJM. Depresión unipolar menor en adultos : epidemiología , presentación clínica y diagnóstico. 2021;1–28.
6. Coryell AW. Depresión unipolar en adultos : curso de la enfermedad. 2021;1–33.
7. OMS. “Depresión: hablemos”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad [Internet]. Centro de prensa. 2019. p. 1–6. Available from: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es)
8. Stein MB. Covid 19 - Enfermedad Psiquiatrica.pdf. 2021.
9. Layness. JM. Depresión unipolar en adultos. 2018;1–9. Available from: [https://www-uptodate-com.etechniconnect.idm.oclc.org/contents/unipolar-depression-in-adults-clinical-features?search=TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR&source=search\\_result&selectedTitle=5~150&usage\\_type=default&display\\_rank=5](https://www-uptodate-com.etechniconnect.idm.oclc.org/contents/unipolar-depression-in-adults-clinical-features?search=TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5)
10. Krishnan DR. DEPRESIÓN UNIPOLAR. PATOGENESIS.pdf. 2021.
11. Diagn C. DSM-5.
12. Lyness AJM. DEPRESIÓN MENOR UNIPOLAR EN ADULTOS. MANEJO.pdf. 2020.
13. Gregory Simons, MD M. Depression mayor unipolar en adultos: elegir tratamiento inicial [Internet]. 2018. Available from: <https://www-uptodate-com.etechniconnect.idm.oclc.org/contents/diagnosis-and-management-of-late-life-unipolar->

- depression?topicRef=1721&source=see\_link
14. Un A, Rush J. Depresión unipolar en adultos y tratamiento inicial : principios generales y pronóstico. 2021. p. 1–19.
  15. Bradley N Gaynes. Depresión unipolar en pacientes adultos de atención primaria y enfermedad médica general: evidencia de la eficacia de los tratamientos iniciales - UpToDate [Internet]. 2020. Available from: [https://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2156/contents/unipolar-depression-in-adult-primary-care-patients-and-general-medical-illness-evidence-for-the-efficacy-of-initial-treatments?search=diabetes mellitus and depression&source=search\\_result&selectedTitle=1~](https://bibliotecavirtual.uis.edu.co:2156/contents/unipolar-depression-in-adult-primary-care-patients-and-general-medical-illness-evidence-for-the-efficacy-of-initial-treatments?search=diabetes mellitus and depression&source=search_result&selectedTitle=1~)
  16. Rush AJ. Depresión unipolar en adultos: tratamiento con combinaciones de antidepresivos. UpToDate [Internet]. 2019;1–8. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-treatment-with-antidepressant-combinations?search=depression&source=search>
  17. B Jarrett R. DEPRESIÓN UNIPOLAR EN ADULTOS. TRATAMIENTO DE CONTINUACIÓN Y MANTENIMIENTO.pdf. 2020.
  18. Huerta González JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. 1era ed. México; 2005. 9–16 p.
  19. Membrillo Luna A. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. 5ta ed. México; 2018. 31-32,119 p.
  20. Del I, Alcohol CDE, Mujeres EN, La EN, Familiar FCY. [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx). 2010;(2).
  21. Genera A. Declaración de Helsinki de la AMM. 2013;
  22. FEDERACION DOD LA. LEY GENERAL DE SALUD. 2021.
  23. Depresión, estilos de apego y elección de pareja en adolescentes y jóvenes de Pachuca, hidalgo. *Psicología Iberoamericana* (enero-junio, 2017), vol. 25, no. 1, pp. 41-48. issn 1405-0943
  24. Mendoza-Solís, LA; Soler-Huerta, E.; Sainz-Vázquez, L.; Gil-Alfaro, I.; Mendoza-Sánchez, HF; PérezHernández, C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria Archivos en Medicina Familiar, vol. 8, núm. 1, enero-abril, 2006, pp. 27-32 Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C. México, Organismo Internacional

# Anexos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**UMF / UMAA 231 Metepec, Estado de México**  
**(ADULTOS)**

**Anexo X. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**  
**FUNCIONALIDAD DEL SUBSISTEMA CONYUGAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON**  
**TRASTORNOS DE DEPRESIÓN DE LA UMF 231 METEPEC, ESTADO DE MÉXICO.**

Investigador Principal	Palomino García Wendy Maribel
Investigador Asociado o Tesista	Espinosa Fuentes Guillermo Austreberto
Número de registro:	En trámite
Financiamiento:	No Aplica
Lugar y fecha:	Toluca México, noviembre de 2021, UMF 231 Metepec
Riesgo de la Investigación:	Estudio con riesgo mínimo
Justificación y Objetivos del estudio:	"La presente investigación surge de la necesidad de identificar cuál es el nivel de disfunción familiar que se presenta en la vida de pareja (subsistema conyugal) cuando alguno, o los dos conyugues padecen algún grado de depresión."
Procedimientos:	Los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, serán citados en la UMF 231, con apoyo de trabajo social, se le informara al paciente todo lo relacionado con el trabajo de investigación, con lenguaje sencillo e inclusivo, respetando en todo momento su autonomía, en caso de aceptar participar en el estudio se le darán las indicaciones para que llene el formato correspondiente, siempre bajo la supervisión y asesoría de los investigadores. Dentro del área de trabajo social se citarán 4 pacientes diariamente, se les asignará una butaca bolígrafo a cada uno, se les explicara sobre el protocolo de estudio y el consentimiento informado y se procederá a que sea firmado con toda libertad.
Posibles riesgos y molestias:	El riesgo que pudiera generarse al responder el cuestionario es mínimo de tipo pudoroso, al responder preguntas sobre algunos aspectos relacionados con su pareja.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá pago por su participación, ni implica gasto alguno para usted, si bien; los beneficios directos para usted pudieran no existir, los resultados de este estudio brindarán información relevante y se incrementará el conocimiento científico sobre el tema de investigación.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento ( ensayos clínicos)	Los resultados obtenidos del cuestionario se le darán a conocer a la persona entrevistada y de esta forma explicar los aspectos relevantes de la enfermedad y su relación de la vida en pareja si amerita se podrá sugerir el procedimiento a seguir para su atención. Si alguna autoridad Institucional lo solicita, se entregara la información solicitada, salvaguardando los aspectos confidenciales que ameriten de manera ética y responsable y respetando los aspectos normativos Institucionales.
Participación o retiro:	Su participación es completamente voluntaria, si decide NO participar no se verá afectada la atención que recibe por parte del IMSS, Si decide participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento, lo cual tampoco modificará los beneficios que usted tiene como derechohabiente del IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos brinde es estrictamente confidencial y será resguardada con claves alfanuméricas y las bases de datos estarán protegidas por una clave de acceso, solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información, cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en foros o conferencias no existe información que pudiera revelar su identidad.
En caso de colección de material biológico:	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con esta investigación podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Wendy Maribel Palomino García, domicilio Av. Hacienda La Quemada 23, Infonavit San Francisco, Metepec, Edo de México, puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes, en un horario de 12:00 a 20:00 h, al teléfono 01 722 2166776 ext.109, o bien; puede acudir a esta unidad con domicilio en Av. Hacienda La Quemada 23, Infonavit San Francisco, Metepec, Edo. de México en el mismo horario y días.

Colaboradores: EMF Guillermo A. Espinosa fuentes. Av. Hacienda La Quemada 23, Infonavit San Francisco, Metepec, Edo. de México en el mismo horario y días. Mail. gaespinosa.fuentes@gmail.com

En caso de dudas, aclaraciones o quejas sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación, podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 15058, Unidad de Medicina Familiar Número 222 del IMSS: Calle Josefa Ortiz de Domínguez Esquina Avenida José Ma. Morelos y Pavón e Hidalgo, Colonia Santa Clara. Toluca, Estado de México, CP. 50000. Teléfono (722) 2798000 extensión 1320, de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 16:00hrs., Correo electrónico: comite.etica15058@gmail.com

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y fecha del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y fecha de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

Mi firma como testigo certifica que la participante firmó éste formato en mi presencia, de manera voluntaria

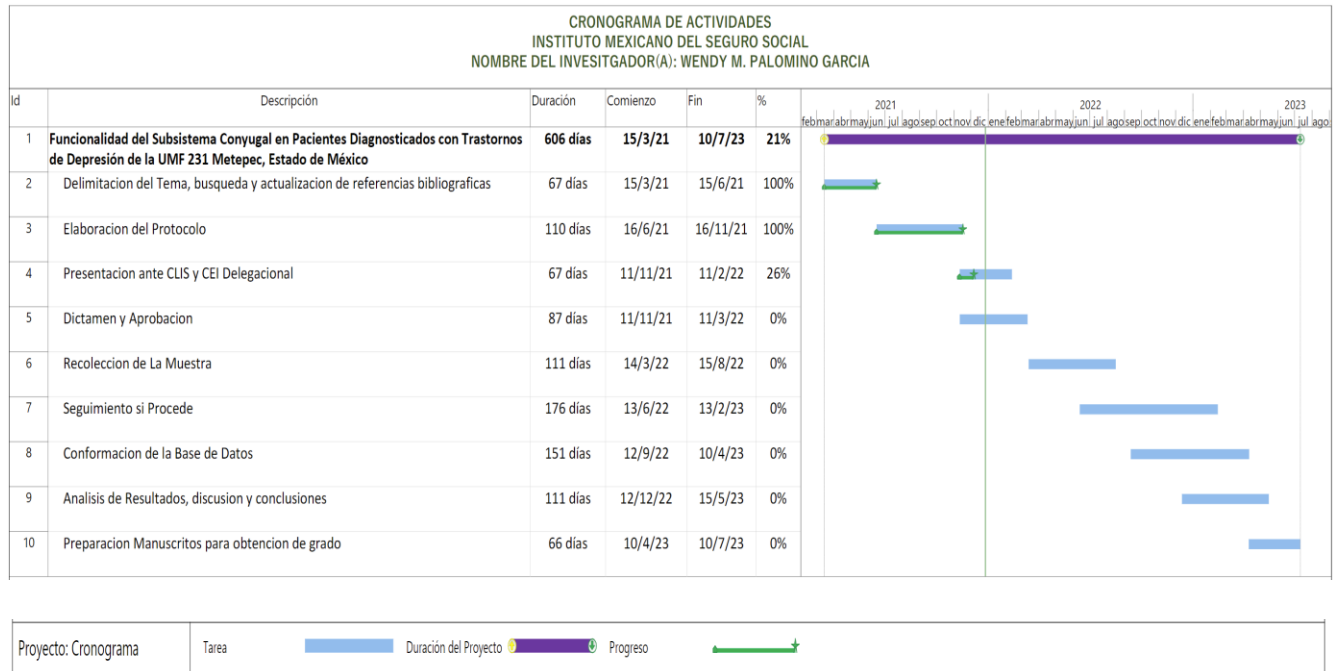
\_\_\_\_\_  
Nombre, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, relación y firma

**Clave: 2810-009-013**

**43**

# CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y CARTA COMPROMISO DE ENVÍO DE INFORMES TÉCNICOS.



**“El investigador responsable se obliga a presentar ante el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) los informes de seguimiento técnico semestral en los meses de junio y diciembre y una vez que el estudio haya sido terminado presentara el informe de seguimiento técnico final, así como los informes extraordinarios que se requieran sobre el avance del protocolo hasta la terminación o cancelación de este.”**

**Atentamente**

**Wendy M. Palomino García**  
**Investigador (a) Responsable**



## CUESTIONARIO EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Fecha: \_\_\_\_\_

N.S.S. \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de vida en pareja: \_\_\_\_\_

Enfermedades \_\_\_\_\_

Crónicas: \_\_\_\_\_

### EVALUACION DEL SUBSISTEMA CONYUGAL

Evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja, 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.

Funciones	Nunca	Ocasional	Siempre
<b>Comunicación</b>			
Se comunica directamente con su pareja	0	5	10
La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
<b>Adjudicación y asunción de roles</b>			
La pareja cumple los roles que mutuamente se adjudican	0	2.5	5
Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
<b>Satisfacción sexual:</b>			
Es satisfacción la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10
Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
<b>Afecto:</b>			
Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	0	2.5	5
El tiempo que se dedica la pareja es gratificante	0	2.5	5
Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
<b>Toma de decisiones:</b>			
Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	0	7.5	15

#### Calificación:

Sumando el puntaje total, las disfunciones se califican de la siguiente forma:

- 00 – 40 pareja severamente disfuncional
- 41 – 70 pareja moderadamente disfuncional
- 71 – 100 pareja funcional

# HOJA DE NO INCONVENIENTE



Metepec, Estado de México a 05 de Noviembre de 2021.

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Sistema de Registro Electrónico  
de la Coordinación de Investigación en Salud  
(SIRELCIS).

**Asunto: Carta de No Inconveniente para la realización  
de Protocolo de Investigación.**

Por medio de la presente, me permito informar que No existe inconveniente alguno para que se realice el protocolo de investigación que a continuación se describe, una vez que haya sido evaluado, y aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud y el comité de ética en Investigación que le correspondan.

Título de la Investigación:

***“Funcionalidad del subsistema conyugal en pacientes diagnosticados con trastornos de depresión de la unidad de medicina familiar No. 231 Metepec”.***

**Investigador principal:**

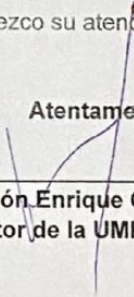
Dra. Wendy Maribel Palomino García.  
Médico General  
Adscrito a la UMF/UMAA 231 Metepec.

**Investigador Asociado:**

Dr. Guillermo A. Espinosa Fuentes  
Medico Familiar.

Sin más por el momento, agradezco su atención y envío un cordial saludo.

Atentamente

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Simón Enrique Olguín Zavala  
Director de la UMF/UMAA 231


C. c. p. Investigador principal  
C. c. p. CCEIS

SABANA DE DATOS

**SABANA DE DATOS**

No.	Nombre	N.S.S.	Sexo	Edad	Escolaridad	Años con depresión	Estado Civil	Comorbilidad	Tiempo de evolución

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

Reset  X

**Population Survey or Descriptive Study**  
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Population size:

Expected frequency: 4.0 %

Acceptable MOE: 5 %

Design effect:

Clusters:

Conf. Level	Cluster Size	Total Sample
80%	22	22
90%	33	33
95%	42	42
97%	49	49
99%	61	61
99.9%	79	79
99.99%	91	91