



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Dinámicas Familiares y Depresión**

**Daniela Hidrobo Alarcón**

**Sonja Embree, Ph.D., Directora de trabajo de Titulación**

Trabajo de Titulación presentado como requisito

Para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, 16 de julio de 2015

**Universidad San Francisco de Quito**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**HOJA DE APROBACION DE TRABAJO DE TITULACION**

**Dinámicas Familiares y Depresión**

Daniela Hidrobo Alarcón

Sonja Embree, Ph.D.,

Directora del Trabajo de Titulación \_\_\_\_\_

Teresa Borja, Ph.D.,

Directora del Programa \_\_\_\_\_

Carmen Fernández-Salvador, Ph.D.,

Decana del Colegio de Ciencias

Sociales y Humanidades \_\_\_\_\_

**Quito, 16 de julio de 2015**

## ©DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Daniela Hidrobo Alarcón

C.I: 1719115329

Lugar: Quito-Ecuador

16 de julio de 2015

## **DEDICATORIA**

Dedico mi proyecto de tesis a mi familia que me ha enseñado que con esfuerzo, dedicación, organización y responsabilidad se puede alcanzar cualquier meta. Además, dedico mi proyecto a las personas que han sufrido depresión y a sus familias. La fortaleza que las mismas tienen es admirable.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a todas las personas que hicieron posible la finalización de este proyecto. En primer lugar, a la doctora Sonja Embree, que con paciencia nos ha enseñado el proceso adecuado para alcanzar nuestro objetivo, ah nuestra decana Teresa Borja que nos acompañado a lo largo de la carrea y a mis padres por su apoyo incondicional. Finalmente, a todos los profesores de la carrera de psicología clínica que nos han dado las herramientas adecuadas para tener una formación profesional óptima.

## RESUMEN

La familia permite que cada individuo desarrolle y aprenda habilidades para afrontar el mundo exterior. Por ende, las dinámicas familiares establecerán un ambiente familiar adecuado. Las dinámicas familiares disfuncionales están asociadas con varios trastornos mentales, y entre ellos se encuentra el trastorno de depresión. En efecto, por medio del presente estudio se exploraría si las dinámicas familiares influyen en el desarrollo y mantenimiento del trastorno de depresión en un miembro de la familia. El diseño que se utilizaría fuera un estudio de caso. Se visitaría el hogar de tres familias de diferente estrato socio-económico, con un hijo/a con trastorno depresivo mayor y se realizaría una entrevista semiestructurada. La entrevista sería analizada por medio de un análisis de contenido. Se anticiparía que los resultados indiquen que existe una relación estrecha entre las dinámicas familiares y la depresión del miembro adolescente, enfatizando poca adaptabilidad familiar, límites difusos o rígidos, roles inconsistentes y limitada resolución de conflictos.

**Palabras claves:** *Trastorno depresivo mayor, dinámicas familiares, límites, roles, resolución de conflicto, adaptabilidad familiar, estrato socio-económico.*

## ABSTRACT

The Family allows the individual to develop and learn different abilities to affront the outside world. Therefore, family dynamics will establish an appropriate family context. Dysfunctional family dynamics are associated with a variety of psychopathologies, including depression. Consequently, the present study will explore if family dynamics influence the development and maintenance of depression in a family member. The study design that will be used is a case study. The homes of three families of different social status, with children with depression will be visited. A semi structured interview will be done to each family at their homes. The interview will be analyzed with content analysis. Finally, the anticipated results will indicate that there is a relationship between family dynamics and adolescent's member's depression. The study will emphasize limited family adaptability, diffuse or rigid boundaries, inconsistent roles and limited conflict resolution.

**Key words:** *Major depressive disorder, family dynamics, boundaries, roles, conflict resolution, family adaptability, socio-economic status.*



## TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	7
Introducción.....	10
Revisión de la Literatura.....	14
Depresión	
Dinámicas familiares	
Estatus Socio Económico como Factor de Riesgo	
Terapia Familiar	
Metodología.....	22
Selección de Participantes.....	22
Participantes.....	23
Diseño de Estudio.....	24
Análisis de Datos.....	25
Ética.....	26
Resultados Anticipados.....	29
Discusión.....	31
Limitaciones.....	34
Futuras Investigaciones.....	35
Referencias.....	36
Anexo A: Anunció Publicitario.....	38
Poster.....	
Anexo B: Ética.....	39
Solicitud Para Aprobación De Un Estudio De Investigación	
Formulario Consentimiento Informado	
Anexo C: Instrumentos.....	52
Preguntas Entrevista	

## INTRODUCCION

El sistema familiar es la unidad básica de la sociedad (Hinostroza, Huashuayo, Navarro, Torres, & Matos, 2011). Por ende, el principal modelo de socialización de los seres humanos es la familia (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004). Este modelo representa educación y una constante observación de los comportamientos parentales (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004). De igual manera, la familia permite a los niños desarrollar constantes habilidades y a sobrepasar los límites del diario vivir (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004). En consecuencia, el funcionamiento de la familia y las dinámicas son esenciales para establecer un ambiente adecuado para los individuos. El funcionamiento familiar es primordial para que los miembros de la familia mantengan una salud adecuada e incluye: cohesión, armonía, adaptabilidad, participación, afectividad y los roles establecidos (Hinostroza et al., 2011). Por otro lado, las dinámicas familiares se refieren a: comunicación, límites, jerarquías, roles, toma de decisiones y resolución de conflictos (Hinostroza et al., 2011).

Adicionalmente, la funcionalidad o disfuncionalidad de las relaciones familiares, establecerán el nivel de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales que tenga el individuo (Hinostroza et al., 2011). Por ende, pueden existir diferentes factores familiares que lleguen a interrumpir el cumplimiento satisfactorio adecuado de las necesidades psicológicas de la persona (Hinostroza et al., 2011). Hernández y sus colaboradores (1996, citado en Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004), estudiaron las características de familias clínicas (Familias que tenían un miembro con algún trastorno mental) y familias no clínicas. En el presente estudio algunas variables de riesgo fueron identificadas, que caracterizaban a las familias clínicas. Estos factores de riesgo fueron:

excesiva o poca cercanía emocional, disciplina inconsistente, caos en la distribución de responsabilidades en casa, excesivo o poco control comportamental y conflicto marital (Hernández, 1996, citado en Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004).

Por lo tanto, por estos factores familiares y dinámicas familiares disruptivas una variedad de trastornos mentales pueden llegar a desarrollarse o mantenerse en un miembro de la familia. Entre estas patologías, y primordial en tomar en cuenta, tenemos la depresión (Hinostroza et al., 2011). La Organización Mundial de la Salud indica que para el año 2020 la depresión se convertirá en la segunda causa de incapacidad mundial (Hinostroza et al., 2011). Por ende, la depresión no solo en adultos tiene que tener mayor atención, sino también la depresión en adolescentes y niños.

En efecto, se ha encontrado que la depresión en niños y adolescentes tiene una relación con una gran variedad de otros trastornos mentales como por ejemplo: trastornos de conducta, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias (Sagrestano, Fendrich, Holmbeck, & Paikoff, 2003). Por otro lado, se ha observado resultados de comportamientos adversos que incluyen: delincuencia, problemas académicos, embarazo adolescente, ideación suicida e intentos, y depresión en la adultez (Sagrestano et al., 2003). Por ende, la depresión en niños y adolescentes se ha convertido en un área de enfoque que necesita una intervención adecuada e inminente (Sagrestano et al., 2003).

Al observar las consecuencias de la depresión en adolescentes y su importancia, es vital indagar en los factores de riesgo que aportan a este trastorno. En efecto, como se pudo observar previamente, existe una consistente asociación entre depresión y disfunción familiar, que incluye en gran medida al conflicto marital (Sagrestano et al., 2003). Por lo

tanto, el proceso familiar puede llegar a ser un predictor importante para la depresión en adolescentes (Sagrestano et al., 2003). Un estudio conducido por Hinostroza y colaboradores (2011), con 152 adolescentes diagnosticados con depresión, concluyó que existe una clara asociación entre las dinámicas familiares y la manifestación de depresión. Sin embargo, el factor familiar puede llegar a tener un mayor impacto en familias con un status económico bajo y en familias urbanas, ya que estas están expuestas a niveles más altos de estrés relacionados con la pobreza (Sagrestano et al., 2003). En efecto, se puede observar que el estrés familiar relacionado con la pobreza puede llegar a ser un factor de riesgo para la depresión (Sagrestano et al., 2003). Un estudio realizado por Sagrestano y sus colaboradores (2003) examina la relación existente entre los factores de riesgo familiares y la depresión en adolescentes provenientes de familias urbanas con nivel socio económico bajo. Los resultados indicaron que los cambios en el funcionamiento familiar tienen una asociación concurrente con los cambios en depresión tanto en los padres como en los hijos. Por lo tanto, el aumento en el conflicto familiar y la disminución en el monitoreo parental tuvieron una asociación con el incremento en la sintomatología depresiva en los hijos (Sagrestano et al., 2003).

En fin, al leer lo establecido previamente, las familias con un miembro adolescente con diagnóstico de depresión deberían tener una exploración más profunda. Indagar en las dinámicas familiares, en consecuencia en la estructura y funcionamiento de la familia nos aportará un mayor conocimiento sobre la relación que tienen las mismas con el trastorno de depresión del miembro de la familia. Por lo tanto, en el presente trabajo la pregunta de investigación que se abarcará es: ¿Las dinámicas familiares influyen a que se desarrolle y se mantenga el trastorno de depresión en un miembro de la familia? Las consecuencias

negativas de la depresión son amplias, por ende es fundamental explorar los factores familiares que se encuentran ligados al trastorno. De esta forma, tendremos un mayor conocimiento y se podrá manejar de mejor forma la depresión en nuestra sociedad.

## REVISION DE LA LITERATURA

### Depresión

Inicialmente, el trastorno de depresión se ha establecido como la condición médica crónica más común en la práctica general, después de la hipertensión (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004). Por lo tanto, es fundamental indagar en su definición, prevalencia, curso y diagnóstico. En primer lugar, la depresión forma parte de los trastorno del estado de ánimo e incluye cambios claros en: el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas (APA, 2013). Los síntomas del criterio diagnóstico para el trastorno de depresión mayor tienen que estar presentes casi de forma diaria para que el mismo sea considerado vigente (APA, 2013). De igual forma, el estado de ánimo depresivo tiene que estar presente en la mayoría de los días. Usualmente, las quejas sobre insomnio y fatiga referidas por los individuos, y la falta de comprobación de síntomas que acompañan a la depresión pueden llegar a resultar en un sub diagnóstico (APA, 2013). Por otro lado, el sentimiento de tristeza pudiera ser negado en un principio, sin embargo se lo puede llegar a suscitada por medio de una entrevista o a inferir por medio de gestos faciales y comportamientos (APA, 2013). Adicionalmente, es importante tomar en cuenta que la fatiga y las dificultades en el sueño son parte de una proporción alta de estos casos (APA, 2013). Sin embargo, las perturbaciones psicomotoras al igual que la presencia de culpa delirante, son menos comunes, pero representan casos con mayor severidad (APA, 2013).

Por lo tanto, un episodio de depresión mayor forma parte de un periodo de por lo menos dos semanas y puede estar caracterizado por un estado de ánimo depresivo o una pérdida de interés por la mayoría de las actividades que antes le resultaban placenteras a la

persona (APA, 2013). El estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es usualmente descrito por el individuo como depresivo, desesperanzador, desalentador y triste (APA, 2013). De igual forma, sentimientos de incompetencia y culpa están asociados al mismo. Sin embargo, algunas personas reportan quejas psicósomáticas o una marcada irritabilidad en mayor medida que sentimiento de tristeza (APA, 2013). Por lo tanto, es fundamental recalcar que en el caso de los niños y adolescentes el estado de ánimo puede estar caracterizado por irritabilidad más que por tristeza (APA, 2013).

### **Diagnóstico**

Los criterios para diagnosticar Trastorno depresivo mayor según el DSM V son:  
 A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).
3. pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).
4. insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación

suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica

(APA, 2013, p. 160-161)

### **Curso y Desarrollo**

El trastorno de depresión mayor puede aparecer en cualquier edad, sin embargo su inicio es más común y aumenta marcadamente con la pubertad (APA, 2013). En efecto, datos epistemológicos indican que el trastorno de depresión junto con síntomas depresivos incrementan en la niñez tardía y comienzos de la adolescencia (Sagrestano et al., 2003). El curso del trastorno es variable y la gravedad de los síntomas incrementan la probabilidad de



que el individuo presente trastornos de: personalidad, ansiedad y/o uso de sustancias (APA, 2013).

A pesar de las diferencias de género existentes en la prevalencia del trastorno (mujeres experimentan depresión 1.5-3 veces más que hombres), no existen diferencias claras en su fenomenología, curso o respuesta al tratamiento (APA, 2013). De igual forma, no existe una diferencia marcada en el curso o respuesta al tratamiento con la edad concurrente (APA, 2013). Sin embargo, existen ciertas diferencias en los síntomas presentes por la persona (APA, 2013).

### **Dinámicas familiares**

Inicialmente, en el presente trabajo nos referimos a las dinámicas familiares como el patrón existente de interacción entre los miembros de una familia (Peñalva, 2001). Adicionalmente, la forma de interacción familiar tiene una estrecha relación con la estructura que manifiesta la misma (Peñalva, 2001). En efecto, por medio de la observación de estos patrones constantes se puede llegar a determinar la estructura familiar, al igual que su funcionalidad y disfuncionalidad (Peñalva, 2001).

De igual forma, las dinámicas familiares están conformadas por las relaciones afectivas y la comunicación (Hinojosa et al., 2011). Las relaciones afectivas funcionales presentes en la familia proveen a los miembros de la misma seguridad y confianza (Hinojosa et al., 2011). Por otro lado, la comunicación es parte fundamental del sistema familiar ya que es la principal fuente de expresión de emociones y pensamientos (Hinojosa et al., 2011). Por lo tanto, la dinámica familiar es fundamental ya que permite

a cada miembro de la familia a que se desarrolle como persona, siendo un aporte como modelo de apoyo social (Hinostraza et al., 2011).

Posteriormente, dentro de la dinámica familiar se puede observar 4 conceptos importantes: adaptabilidad familiar, límites, jerarquías o roles y resolución de conflictos.

### **Adaptabilidad Familiar**

Principalmente, la adaptabilidad familiar se refiere a la capacidad que tiene la familia para afrontar momentos de dificultad, conflictos o crisis (Hinostraza et al., 2011).

Por ende, es la capacidad que tiene la familia de modificar y/o cambiar su forma de funcionamiento actual para poder sobrellevar una nueva situación (Hinostraza et al., 2011).

En un estudio conducido por Compton, Thompson y Kaslow (2005), con 200 participantes hombres y mujeres Afro Americanos entre 18 a 64 años de edad, los resultados indicaron que un nivel bajo de adaptabilidad familiar tiene relación con un aumento de síntomas depresivos e intento de suicidio.

### **Límites**

En primer lugar, los límites dentro de una familia son definidos como las reglas que establecen como un individuo tiene que comportarse en una determinada situación (Peñalva, 2001). Es fundamental mencionar que los límites resaltan la diferenciación, la rigidez y la permeabilidad existente entre los miembros de la familia y los subsistemas que incluyen: el subsistema de esposos, hermanos y padres (Peñalva, 2001). De igual manera, los límites expresan la conexión o desconexión existente entre los individuos dentro de una familia (Peñalva, 2001). En efecto, como se mencionó previamente, en el estudio de Hernández y sus colaboradores (1996, citado en Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004), se

pudo observar que las familias conformadas por un miembro con algún tipo de psicopatología expresan límites inconsistentes con un excesiva o escaso control comportamental por parte de los padres.

### **Roles y jerarquía**

Inicialmente, los roles están definidos como un orden de “unión u oposición entre los miembros o los subsistemas para cumplir una función” (Peñalva, 2001, p. 33). En efecto, los roles están ligados en gran medida a las funciones específicas que cumplen los miembros de la familia. En la familia pueden existir varios tipos de roles y entre estos tenemos: Rol de padre, rol de hermano y rol de hijo (Peñalva, 2001). La jerarquización va de la mano de los roles, ya que un rol se va a encontrar en un nivel jerárquico mayor que otro (Peñalva, 2001). Sin embargo, durante la adolescencia la estructura de poder evidente entre los hijos y los padres comienza a tener un mayor balance, ya que el adolescente adquiere mayor autonomía y se involucra en mayor forma en la toma de decisiones familiares (Sheeber, Hops & Davis, 2001). Por ende, la negociación entre subsistemas familiares en la adolescencia es fundamental (Sheeber, Hops & Davis, 2001). Una negociación familiar insatisfactoria parece estar ligada con la aparición de síntomas depresivos en el adolescente (Sheeber, Hops & Davis, 2001).

### **Resolución de Conflictos**

En primer lugar, dentro de la resolución de conflictos se puede observar cuales son los recursos que la familia tiene para enfrentar dichos conflictos (Hinostroza et al., 2011). La forma en como la familia resuelve sus conflictos está ligado con la participación y la cooperación que cada miembro de la familia tiene (Hinostroza et al., 2011). De igual forma,

dentro de una resolución de conflicto satisfactoria se puede observar una óptima comunicación que incluye: empatía, reflexión y apoyo entre los miembros de la familia (Hinostroza et al., 2011).

### **Estatus Socio Económico como Factor de Riesgo**

Adicionalmente, es importante mencionar que el estatus socio económico tiene un gran impacto en como las dinámicas familiares se desenvuelven dentro de una familia (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004). Por ende, se puede observar que un estatus económico bajo puede llegar a favorecer ciertas características familiares que influyen en el desarrollo y mantenimiento de síntomas depresivos en los adolescentes (Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004). Un estudio conducido por Keegan (2002, citado en Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004), indicó que afrontar situaciones adversas como privación socioeconómica y social, y condiciones físicas deterioradas se relaciona con el desarrollo de síntomas depresivos. Por otro lado, los resultados de un estudio conducido por Gilman, Hawachi, Fitzmaurice y Buka (2003), indicaron que un bajo nivel socio económico, disfunción familiar y altos niveles de inestabilidad residencial están relacionados con un riesgo elevado de desarrollar depresión.

### **Terapia Familiar y Depresión**

Finalmente, al indagar previamente en la depresión y las dinámicas familiares es fundamental mencionar a la terapia familiar. El campo de la terapia familiar y su importancia ha estado creciendo en gran medida y varios enfoques dentro de la misma se han desarrollado. En primer lugar, la terapia familiar parte de la premisa que un ambiente familiar negativo limita al niño a desarrollar estrategias de afrontamiento internas e

interpersonales (Diamond, Reis, Diamond, Siqueland & Isaacs, 2002). Estas estrategias le permiten al niño enfrentar estresores familiares y sociales que pueden causar o exacerbar el trastorno de depresión (Diamond et al., 2002). Adicionalmente, en terapia familias se manifiesta que el individuo puede llegar a resolver los conflictos de apego, que los padres pueden llegar hacer mejores cuidadores y que los adolescentes pueden llegar a confiar y tener una comunicación adecuada con sus padres (Diamond et al., 2002). Por ende, el trabajo y mejora en estas áreas ayudarán en la reducción de síntomas depresivos y prevención de recaídas (Diamond et al., 2002).

En consecuencia, la terapia familiar se enfoca en alterar las interacciones entre los miembros de la familia, buscando así la mejora del funcionamiento de la familia como un todo, de los subsistemas y de los integrantes de la misma (Henken et al., 2007). De tal forma, la meta de la terapia familiar para la depresión es trabajar con cada individuo y la familia para que los mismos se desprendan de formas de comunicación disfuncionales, reduciendo así los síntomas depresivos (Henken et al., 2007). En fin, se ha podido observar por ejemplo, que tanto un enfoque cognitivo-conductual y sistémico familiar han ayudado a la disminución de síntoma depresivos en adolescentes (Gaynor et al., 2003).

## METODOLOGIA

### Selección de Participantes

Inicialmente, alrededor de la ciudad de Quito se colocarán posters de tamaño A4 con el anuncio específico sobre el estudio. Estos lugares incluirán: consultorios psicológicos, departamento de psicología de la universidad UDLA, San Francisco de Quito, Central y Católica, paradas de buses, entre otros. De tal forma, las familias que tomarán la decisión de llamar para saber con mayor detalle sobre el estudio de caso, lo harán de forma voluntaria. Posteriormente, se analizará que las familias que se hayan comunicado con el investigador y quieran formar parte del estudio cumplan con las características específicas necesarias para el mismo. En este caso las familias deberían cumplir con lo siguiente:

1. Tener un hijo/a entre los 15 a 21 años de edad que haya cumplido o cumpla actualmente con el criterio diagnóstico para un trastorno depresivo mayor.
2. Pertener a un estatus socio económico bajo, medio y alto. Para el presente estudio se necesitarán tres familias y que cada una pertenezca a un estatus socio económico diferente.
3. El miembro que tenga o haya tenido depresión en las tres familias, tiene que variar en género. Se requiere un miembro de la familia, que cumpla o haya cumplido con el criterio diagnóstico de trastorno depresivo mayor que sea mujer y otro que sea hombre. En el caso de la tercera familia puede ser hombre o mujer independientemente.

Al tener ya las tres familias asignadas para el estudio de caso, se procederá con los consentimientos informados y respectiva explicación. Finalmente, se procederá a realizar las entrevistas específicas a las tres familias en sus respectivos hogares.

### **Participantes**

Los participantes del presente estudio serán tres familias. Las características de cada familia serán explicadas a continuación.

- Familia número uno: Su nivel socio-económico será bajo. Estará conformada por padre y madre mestizos. Padre tendrá 55 años de edad y la madre tendrá 50 años de edad. Será una familia conformada por dos hijos. El hijo varón tendría 16 años de edad y sería el miembro con actual diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Por otro lado, la familia tendrá una hija pequeña de 8 años de edad.
- Familia número dos: Su nivel socio-económico será medio. Estará conformada por padre y madre igualmente mestizos. Edad del padre 50 años y edad de la madre 49. Será una familia conformada por dos hijas mujeres. La hija menor de 20 años de edad diagnosticada con trastorno depresivo mayor a la edad de 19. Hija mayor de 25 años de edad, todavía viviendo en casa.
- Familia número tres: Su nivel socio-económico será alto. La familia estará conformada por padre y madre igualmente mestizos. Edad del padre 60 años y edad de la madre 52 años. Será una familia conformada por dos hijos, un varón y una mujer. La mujer de 18 años de edad diagnosticada actualmente con

trastorno depresivo mayor. Primer episodio depresivo a los 15 años. La edad del segundo hijo 13 años.

Al ser un estudio de caso los datos encontrados no podrán ser generalizados a la población ecuatoriana. Sin embargo, al tener tres familias en el presente estudio se minimizaría la principal limitación de un estudio de caso y se observaría el impacto de variables extras que pudieran estar teniendo un rol importante como: el estatus socio económico y el género del paciente identificado. De igual forma, el miembro con depresión de las tres familias es adolescente, por lo tanto la muestra está tratando de ser representativa para familias que tienen o han tenido un hijo/a con esta psicopatología.

### **Diseño de Estudio**

Inicialmente, el diseño seleccionado para la presente investigación es un estudio de caso múltiple. Por lo tanto, se hará un estudio de caso de las tres familias descritas anteriormente. Un estudio de caso fue seleccionado ya que se requiere una mayor exploración de factores familiares adicionales que no han sido completamente explorados en sus contextos. En consecuencia, un estudio de caso es el indicado para explorar en una forma más profunda las dinámicas familiares de tres casos singulares. Adicionalmente, por medio del estudio de caso se va a poder observar como los límites, roles y jerarquías, comunicación, adaptabilidad familiar y resolución de conflictos funcionan en un nivel más profundo en las tres familias con un miembro con depresión. Además, un estudio de caso permitirá observar una variable adicional que pudieran estar jugando un rol importante: el estado socio-económico.



En efecto, un estudio de caso presenta varias ventajas sobre otros tipos de diseños de estudio. En primer lugar, un estudio de caso provee herramientas a los investigadores para estudiar fenómenos complejos en sus contextos (Baxter & Jack, 2008). Por lo tanto, cuando un estudio de caso es aplicado de forma correcta es un método valioso para desarrollar teorías e intervenciones y para evaluar programas (Baxter & Jack, 2008). En segundo lugar, un estudio de caso permite que el investigador tenga una visión holística sobre un fenómeno específico o sobre una serie de eventos (Baharein, 2008). Por último, los estudios de caso generan una gran oportunidad para tener un conocimiento profundo de un caso en particular (Baxter & Jack, 2008).

Por otro lado, en la presente investigación se utilizaría la entrevista para apoyar al estudio de caso. Por medio de una entrevista semi-estructurada se podrá abarcar los cuatro conceptos primordiales de las dinámicas familiares que quieren ser explorados. Las entrevistas semi-estructuradas ofrecen la suficiente flexibilidad para aproximarse a diferentes participantes, sin dejar de cubrir y adquirir los datos correspondientes (Baharein, 2008).

### **Análisis de datos**

Los datos obtenidos serían analizados por medio de un análisis de contenido cualitativo. El Análisis de contenido es un método flexible que permite al investigador analizar datos textuales (Hsieh & Shannon, 2005). Además, el mismo va más allá de tan solo contar palabras y agruparlas en categorías con significados similares (Hsieh & Shannon, 2005). En efecto, las categorías llegan a representar tanto mensajes explícitos como implícitos (Hsieh & Shannon, 2005). La meta del análisis de contenido cualitativo es

proveer conocimiento e entendimiento sobre el fenómeno estudiado por medio de una interpretación subjetiva de los datos textuales (Hsieh & Shannon, 2005). La interpretación de los datos textuales se da por medio de un proceso de clasificación sistemática de codificación e identificación de patrones y temas (Hsieh & Shannon, 2005).

Los pasos a seguir en el presente análisis de contenido serán:

1. Transcribir a computadora las entrevistas realizadas a las tres familias correspondientemente (Durante las visitas a cada casa se realizaría una toma de notas constantes de lo observado y se grabaría la voz durante la entrevista semi-estructural).
2. Leer el transcript de las entrevistas y encontrar las palabras que más se repitan en el mismo. Por ende, frecuencia de palabras.
3. Encontrar palabras que se relacionan entre sí. En efecto, que se repitan conjuntamente.
4. Observar y encontrar el contenido explícito como implícito. Analizar temas recurrentes dentro del contenido
5. Observar y encontrar las ideologías, opiniones, creencias y valores de los participantes.

Adicionalmente, se analizará las notas tomadas durante la visita al hogar de las tres familias. Se tomaran en cuenta las observaciones sobre las dinámicas familiares expresadas en su contexto por medio de comportamientos.

## **Ética**

El bienestar de los pacientes es primordial durante las investigaciones. Por lo tanto, en el presente estudio la ética tendría que ir de la mano del proceso completo. En primer lugar, la confidencialidad es fundamental de abarcar y mantener durante todo el estudio. La confidencialidad de las tres familias sería mantenida y diseminada. El anonimato de todos los participantes se mantendrá desde el inicio del estudio hasta la publicación del mismo. En efecto, las entrevistas, notas y grabaciones serán guardadas bajo llave. Además, dentro del consentimiento informado se establecerán los puntos específicos acerca de la confidencialidad y los límites de la misma. Los límites de confidencialidad incluyen en que circunstancias se rompería la confidencialidad. La revelación de la información se la realizaría únicamente si el paciente/familia u otras personas estuvieran en directo peligro o en un alto nivel de riesgo y/o si los participantes estuvieran realizando alguna actividad que iría en contra de la ley (Fisher, 2009). Además, dentro del consentimiento informado se explicará que las familias pueden retirarse del estudio a cualquier momento. Por lo tanto, no existirá repercusión por ello. Quiero que las familias se sientan cómodas y no presionadas con el estudio. En efecto, la participación de la familia es totalmente voluntaria. Por otro lado, es importante analizar que al ser un estudio de caso no existirían daños físicos, mentales, espirituales ni emocionales directos. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que tal vez alguna pregunta específicamente genere un grado de dolor emocional por los recuerdos que pudieran provenir de la misma. En este caso si la familia o algún miembro de la familia no quiere responder la pregunta, está en todo su derecho de decirlo, y se cambiaría a la siguiente.

Adicionalmente, es importante recalcar que yo tendré netamente el papel de investigador dentro de este estudio. Al estar a poco tiempo de graduarme de psicología

clínica tal vez tenga ah momentos interés de realizar alguna intervención terapéutica. Sin embargo, estoy realizando una investigación y la misma no fuera apropiada. En el caso de evaluar y creer necesario un apoyo psicológico adicional, propondría la idea a la familia y los referiría a un profesional capacitado para hacerlo, evitando así tomar un rol adicional.

Por último, las familias tendrán acceso al trascript de las entrevistas realizadas antes de que el estudio se complete en su totalidad. De tal forma, si la familia se retracta por algo dicho será eliminado del estudio. Finalmente, si así lo desean las familias recibirán una copia del estudio completo que será entregado por mi persona. Los resultados, las entrevistas y las grabaciones serán destruidos al finalizar el estudio.

## RESULTADOS ANTICIPADOS

Principalmente, yo anticiparía que los resultados obtenidos durante las entrevistas con las tres familias y por medio de la observación de las mismas en su contexto, indiquen una relación estrecha entre las dinámicas familiares (límites, roles, resolución de conflicto y adaptabilidad) y el desarrollo y mantenimiento del trastorno de depresión en el adolescente.

En primer lugar, los resultados del análisis de las entrevistas pudieran mostrar que en las tres familias se encuentra una falta de comunicación emocional entre los miembros, inconsistencia en las responsabilidades asignadas en el hogar, poca capacidad para cambiar su forma de funcionamiento en momentos de crisis y conflictos, rigidez o escasa disciplina y reglas, límites difusos y rígidos, poca comunicación grupal para resolver conflictos y una sobrevaloración de las dificultades o evitación de las mismas. Además, en las tres familias los resultados pueden indicar frustración e irritabilidad dirigida a la psicopatología por parte de los padres. Por lo tanto, una constante observación y preocupación por el hijo/a con depresión sin tener en cuenta el funcionamiento de la familia y como esta pudiera estar aportando al problema en casa, pudiera surgir. Adicionalmente, las tres familias reportarían que las dinámicas familiares expuestas posteriormente han sido mantenidas antes que se desarrolle el trastorno y durante el mismo.

En el caso en particular de la familia con un estatus socio-económico bajo los resultados pudieran indicar una mayor relación entre estrés y economía. Por lo tanto, el análisis de la entrevista pudiera indicar una falta de acceso a tratamiento y falta de conocimiento sobre la depresión del hijo. Específicamente en esta familia los resultados pudieran indicar roles indefinidos y una jerarquización similar entre padres e hijos.

Además, con la observación de previas investigaciones, los temas de la entrevista en esta familia pudieran ser: de privación social y económica, falta de apoyo en salud mental y falta de conocimiento sobre trastornos mentales y su óptimo tratamiento.

Adicionalmente, en el caso en particular de la familia con un estatus socio-económico medio el estrés pudiera estar relacionado con la palabra economía, sin embargo sería en menor medida que la familia con estatus socio-económico bajo. La palabra estrés pudiera estar relacionada con trabajo y sobre todo con depresión.

Finalmente, en el caso de la familia con status socio-económico alto, el exceso a un adecuado tratamiento desde su inicio pueda ser un tema recurrente. Pudieran existir relación entre escasa o exceso y disciplina. En efecto los resultados pudieran indicar rigidez con las reglas y roles.

## DISCUSION

Inicialmente, por medio del presente estudio los resultados indicarían que las dinámicas familiares repercuten en el mantenimiento y el desarrollo del trastorno de depresión en un miembro de la familia. En efecto, se podrían observar dinámicas familiares específicas en familias con un hijo/a diagnosticada con un trastorno de depresión. En primer lugar, al observar y al realizar las entrevistas específicas a cada familia las mismas podrían resaltar una adaptación limitada. Por lo tanto, como es mencionado por Hinostroza y sus colaboradores (2011), la adaptabilidad se refiere a la capacidad que tiene la familia de modificar su funcionamiento en una situación de dificultad. Por ende, esta capacidad familiar sería mínima en las tres familias estudiadas. Adicionalmente, como menciona Compton, Thompson y Kaslow (2005) en su estudio, un aumento en los síntomas depresivos tuviera una relación con esta falta de adaptabilidad familiar. En consecuencia, en las tres familias estudiadas el trastorno de depresión pudiera ser mantenido, en primero lugar por este concepto que forma parte de la dinámica familiar. Además, el desarrollo de la psicopatología sería ya una situación de dificultad, en la cual una falta de modificación del funcionamiento familiar actual para sobrellevar la misma de mejor manera, mantendría de por sí trastorno.

Por otro lado, se pudiera observar en las tres familias límites difusos o rígidos. Por lo tanto existiera una disciplina marcada o escasa. Por medio del estudio realizado por Hernández y colaboradores (1996, citado en Pardo, Sandoval & Umbarila, 2004), se puede observar que las familias con psicopatología presentan límites inconsistentes con escaso o poco control comportamental. Por lo tanto, las tres familias estudiadas pudieran encontrarse en un extremo, al tener una disciplina rígida con poca negociación entre los subsistemas

familias (Padre e hijos principalmente). Por otro lado, se podrían encontrar al otro extremo con una disciplina escasa y límites difusos con demasiada negociación entre los subsistemas familiares. Esta forma de dinámica familiar pudiera ayudar a desarrollar y de igual forma a mantener el trastorno de depresión en los hijos.

Consecutivamente, dentro de las tres familias se podría observar inconsistencia en las responsabilidades asignadas en el hogar. Por lo tanto, los roles familiares no estarían definidos apropiadamente en las familias. Adicionalmente, la jerarquización que va de la mano con los roles reflejaría una clara disfuncionalidad. Las familias podrían expresar una jerarquización inconsistente a los roles de cada miembro de la familia. Los padres de las tres familias tuvieran un nivel jerárquico similar a los hijos o los hijos pudieran tener un nivel mayor que los padres. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que los hijos de las tres familias se encuentran en una edad en donde la negociación con los padres es fundamental. Por lo tanto, se puede observar que tanto en los límites como en los roles la negociación en la adolescencia es fundamental. En efecto, la negociación en las tres familias sería limitada y como Sheeber, Hops y Davis (2001) nos indican en su estudio, una negociación insatisfactoria en las familias está ligada al desarrollo de síntomas depresivos en los adolescentes. De tal forma, se recalcaría que los roles inconsistentes y una negociación limitada aportarían al desarrollo del trastorno en los hijos de las presentes familias.

Igualmente, por medio del estudio se podría observar en las tres familias poca comunicación familiar para resolver conflictos. Como se mencionó previamente una situación de conflicto se presenta con el desarrollo de la psicopatología. Por ende, las familias estudiadas no lograrían tener una comunicación adecuada ni óptimas herramientas



para la resolución de conflictos, aportarían así al desarrollo y mantenimiento del trastorno depresivo. Adicionalmente, como Hinojosa y colaboradores (2011) mencionan, una resolución de conflicto adecuada va de la mano de una comunicación empática, reflexiva y de apoyo. En efecto, las tres familias presentes pudieran indicar una sobrevaloración de las dificultades o evitación de las mismas. De igual manera, los que forman gran parte de la resolución de conflictos son los padres, por ende una falta de comunicación y conflicto marital aumentaría la probabilidad del desarrollo de un trastorno depresivo (Sagrestano et al., 2003). Por lo tanto, en las familias estudiadas pudiera existir un mayor grado de conflicto marital con un menor grado de resolución de conflictos entre los padres.

Finalmente, se podría observar que independientemente del estatus socio-económico existen características similares específicas en las dinámicas de las tres familias. Sin embargo, en el caso de la familia de bajos recursos el estrés causado por lo económico, como lo menciona Pardo, Sandoval y Umbarila (2004) en su estudio sería un factor que aumentaría el riesgo para que se desarrolle y se mantenga el trastorno de depresión en adolescente, como lo menciona. Por lo tanto, la familia estudiada con un nivel socio económico bajo tendrá a diferencia de las otras dos familias un nivel más alto de estrés diario que se relacionara con la inestabilidad residencial y de privación en general (Gilman, Hawachi, Fitzmaurice & Buka, 2003). En efecto, se pudiera observar que la variable socio-económica y las dinámicas familiares en conjunto en esta familia en particular, aportarían al desarrollo del trastorno de depresión.

## LIMITACIONES

Existen varias limitaciones en el presente estudio. La principal limitación del estudio es el tamaño de la muestra. Al ser el mismo un estudio de caso múltiple de tan solo 3 familias la generalización a la demás población es limitada. De igual manera, otra limitación se remite a que las familias durante las entrevistas se pudieran mostrar de forma diferente a su actual funcionamiento, para generar una mejor imagen al investigador. Por ende, algunos comportamientos familiares importantes pudieran pasar desapercibidos. Además, la replicabilidad del presente estudio pudiera ser compleja, ya que al realizar una entrevista semi-estructurada con preguntas abiertas el rumbo de la misma pudiera tomar un camino diferente en otro estudio. En efecto, los resultados pudieran variar dependiendo de la información compartida por las familias. Por lo tanto, en futuras investigaciones sería interesante reclutar un número mayor de familias que llenen un cuestionario específico. Sin embargo, se perderá una observación de las dinámicas familiares en su contexto.

## **FUTURA INVESTIGACION**

Por medio del presente estudio de caso, varias futuras investigaciones pudieran ser realizadas. Algunos comportamientos pudieran llamar la atención al investigador y ser parte de un estudio específico. Por ende, los límites y roles familiares pudieran ser variables específicas de estudio a futuro. De igual forma, se pudiera generar una clara contribución al campo terapéutico y a su investigación. Un conocimiento y aporte mayor a terapia familiar para depresión sería adquirido. Adicionalmente, se daría una mayor importancia a la terapia familiar dentro del tratamiento para la depresión. Finalmente, futuras investigaciones en el campo de la psicología del desarrollo y de género pudieran ser realizadas, teniendo una relación directa con familia.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*. 5<sup>th</sup> edition, Washington D.C: American Psychiatric Association.
- Baharein, K. (2008). Case study: A strategic research methodology. *American Journal of Applied Sciences*, 5(11), 1602-1604.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559. Retrieved from <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/2>
- Compton, M., Thompson, N., & Kaslow, N. (2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 175-185. doi: 10.1007/s00127-005-0865-6
- Diamond, G., Reis, B., Diamond, G., Siqueland L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1190-1196. doi: 10.1097/01.CHI.0000024836.94814.08
- Fisher, C. (2009). *Decoding the Ethics Code: A practical guide for psychologists*. SAGE Publications.
- Gaynor, S., Weersing, R., Kolko, D., Birmaher, B., Heo, J., & Brent, D. (2003). The prevalence and impact of large sudden improvements during adolescent therapy for depression: A comparison across cognitive-behavioral, family, and supportive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 386-393. doi: 10.1037/0022-006X.71.2.386
- Gilman, S., Hawachi, I., Fitzmaurice, G., & Buka, S. (2003). Socio-economic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychological Medicine*, 33, 1341-1355. doi: 10.1017/S0033291703008377
- Henken, T., Huibers, M., Churchill, R., Restifo, K., & Roelofs, J. (2007). Family therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-26. doi: 10.1002/14651858.CD006728.
- Hinostroza, L., Huashuayo, C., Navarro, S., Torres, C., & Matos, L. (2011). Dinámica familiar y manifestación de depresión en escolares de 13 a 15 años de edad. *Revista Enfermería Herediana*. 4(1), 12-19.
- Hsieh, H., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 13-28

- Peñalva, C. (2001). Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la “entrevista estructural”. *Salud Mental, 24*(2), 32-42.
- Sagrestano, L., Fendrich, M., Holmbeck, G., & Paikoff, R. (2003). A longitudinal examination of familiar risk factors for depression among inner-city African American adolescents. *Journal of Family Psychology, 17* (1), 108-120. doi: 10.1037/0893-3200.17.1.108
- Sheeber, L., Hops, H., & Davis, B. (2001). Family processes in adolescent depression. *Clinical Child and Family Psychology, 4*(1), 19-35. doi: 1096-4037/01/0300-0019

## ANEXO A: ANUNCIO PUBLICITARIO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DE LA USFQ INVITA A LAS FAMILIAS A PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACION PSICOLOGICA

## DINAMICAS FAMILIARES Y DEPRESION

¿Han tenido o tienen un hijo/a entre 15 y 21 años con depresión?  
 ¿Sienten que les gustaría mejorar su familia?  
 ¿Ligados a la depresión?  
 ¿Le gustaría a usted y su familia formar parte de un Estudio de Caso para investigar en estos factores?

**PROPOSITO DEL ESTUDIO**

**EXPLORAR SI LAS DINAMICAS FAMILIARES INFLUYEN AL DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE LA DEPRESION EN UN INTEGRANTE DE LA FAMILIA**

Para mayor información contactarse con Daniela Hidrobo  
 Email: [xxxx@psicologia.com](mailto:xxxx@psicologia.com) Numero celular: 0998000000



## ANEXO B:ETICA



**Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito**  
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ  
 The Institutional Review Board of the USFQ

## SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

## INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
<b>Título de la Investigación</b>	
	Dinámicas familiares y depresión: Un estudio de caso
<b>Investigador Principal</b>	<i>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</i>
	Daniela Hidrobo Alarcón <a href="mailto:danhy92@hotmail.com">danhy92@hotmail.com</a>
<b>Co-investigadores</b>	<i>Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Especificar si no lo hubiera</i>
	No existen co-investigadores
<b>Persona de contacto</b>	<i>Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica</i>
	Daniela Hidrobo Teléfono fijo: 2892376

<p>Celular: 0998915313</p> <p>Correo electrónico: danhy92@hotmail.com</p>
<p><b>Nombre de director de tesis y correo electrónico</b> <i>Solo si es que aplica</i></p>
<p>Sonja Embree</p> <p>Correo electrónico: sembree@usfq.edu.ec</p>
<p><b>Fecha de inicio de la investigación</b> <i>No puede ser anterior a la aprobación del estudio</i></p> <p>20 de Junio 2015</p>
<p><b>Fecha de término de la investigación</b> <i>Fecha estimada</i></p> <p>16 de Julio 2015</p>
<p><b>Financiamiento</b> <i>Datos completos del auspiciante o indicar "personal"</i></p> <p>Personal</p>

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
<p><b>Objetivo General</b> <i>Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?</i></p>
<p>Explorar las dinámicas familiares en tres familias con un hijo/a con un trastorno depresivo mayor para observar si las mismas repercuten en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, por medio de una entrevista semi estructurada y observación constante de los comportamientos familiares presentes en el hogar de las tres familias</p>
<p><b>Objetivos Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar las dinámicas familiares existentes en familias con un miembro con trastorno depresivo mayor</li> <li>• Identificar qué tipos de dinámicas influyen en el desarrollo o mantenimiento</li> <li>• Enfatizar/determinar la importancia de la adaptabilidad familiar, roles, límites y resolución de conflictos</li> <li>• Explorar la importancia de variables extras como el status socio económico</li> <li>• Tomar conciencia sobre el impacto de la familia en el desarrollo y mantenimiento de psicopatología</li> </ul>
<p><b>Diseño y Metodología del estudio</b> <i>Explicar el tipo de estudio (por ejemplo cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..</i></p>
<p>El presente estudio será de tipo cualitativo ya que será un estudio de caso y se utilizara como apoyo entrevistas</p>



semi estructuradas (con preguntas abiertas) a las familias.

Muestra: Tres familias ecuatorianas con un hijo/a entre 15-20 años que haya tenido o tenga un trastorno depresivo mayor. Formará parte una familia de estatus socio económico bajo, otra medio y otra de alto. El número de los integrantes que conforman a cada familia será cuatro. En efecto, la muestra se la calculo basándose en el número de integrantes de cada familia.

El análisis de datos se lo realizará con la ayuda de un análisis de contenido. Los pasos a seguir para este análisis será: transcribir la entrevista a computadora utilizando Microsoft Word, buscar palabras que se repitan y que tengan mayor frecuencia en el texto, identificar temas recurrentes en el texto y encontrar valores, creencias e ideologías de las familias.

Las variables primarias serán las dinámicas familiares (Adaptabilidad, roles, límites y resolución de conflicto) y depresión. Las varias secundarias que pudieran formar parte del estudio sería el status socio-económico y género (de los integrantes familiares con depresión).

**Procedimientos** *Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su reclutamiento o contacto con la muestra/datos.*

1. Colocar posters y pancartas de publicidad alrededor de Quito para el reclutamiento de las familias.
2. Esperar a que los participantes se contacten.
3. En el momento del contacto, responder cualquier duda y pregunta específicamente.
4. Analizar que las familias cumplan con los requerimientos del estudio: hijo/a entre 15-20 años que cumpla o haya cumplido los criterios para un diagnostico depresivo mayor, que las familias formen parte cada una de un status socio-económico distinto, que el miembro con depresión varié en género.
5. Al tener ya a las tres familias, entrar y explicar el consentimiento informado.
6. Asignar un día determinado para la visita a los hogares, con una determinada hora y fecha para las tres familias.
7. Visitar los hogares respectivos.
8. Realizar las entrevistas semi-estructuradas.
9. Mientras se realiza las entrevistas, grabar la voz de los participantes.
10. De igual forma, tomar nota de los comportamientos que llamen la atención.
11. Transcribir las entrevistas y los comportamientos observados.
12. Mostrar a las familias el trascript de las entrevistas. Si algo desean eliminar será eliminado.
13. Analizar los datos textuales.
14. Terminar el trabajo escrito.
15. Si así lo desean, entregar una copia a cada familia del estudio

**Recolección y almacenamiento de los datos** *Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación*

Para mantener y garantizar la confidencialidad y privacidad de los participantes, los nombres de los mismos serán omitidos desde el inicio hasta el final del estudio. Las grabaciones serán guardadas durante el estudio en un lugar seguro con llave, al igual que la notas realizadas durante la visita a los hogares. Las personas que tendrán acceso a esta información será yo y la directora de tesis únicamente. Dentro del trascript de las entrevistas se eliminará nombres o cualquier información que revele la identidad de los participantes. Al final del estudio, las grabaciones y las notas realizadas serán destruidas. De igual manera, el archivo electrónico del

estudio será eliminado, únicamente existirá la publicación del estudio realizada por la biblioteca de la USFQ

**Herramientas y equipos** *Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos*

Entrevista semi-estructurada

Gravadora de voz

Microsoft Word

## JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

*Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.*

Según la Organización Mundial de Salud el trastorno de depresión será para el año 2020 la segunda causa de incapacidad mundial (Hinostraza et al., 2011). Adicionalmente, según el Manual de Diagnóstico Estadístico de los trastornos mentales quinta edición, el trastorno depresivo mayor está asociado con una alta mortalidad, la cual es representada en gran medida por el suicidio (APA, 2013). En efecto, la importancia que se tiene que dar al mismo es vasta.

Al ser la familia la unidad básica de la sociedad, las dinámicas y la funcionalidad que la misma tiene pudieran estar teniendo un gran impacto en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. Varios estudios han mostrado a la disfunción familiar como un factor de riesgo del trastorno de depresión. Potencialmente, en un estudio realizado por Hinostraza y sus colaboradores (2011) nos indican que existe una clara relación entre las dinámicas familiares y el desarrollo del trastorno de depresión.

Finalmente, si explorar las dinámicas familiares a fondo se podrá tener un mayor conocimiento de cómo las dinámicas familiares aportan al desarrollo y mantenimiento de la depresión. Varios estudios pueden surgir y un acercamiento más certero a un tratamiento óptimo para la depresión se puede desarrollar. Adicionalmente, se puede llegar a incluir a la familia en programas de prevención para el desarrollo de la depresión.

*Referencias bibliográficas completas en formato APA*

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*. 5<sup>th</sup> edition, Washington D.C: American Psychiatric Association.

Hinostraza, L., Huashuayo, C., Navarro, S., Torres, C., & Matos, L. (2011). Dinámica familiar y manifestación de

depresión en escolares de 13 a 15 años de edad. *Revista Enfermería Herediana*. 4(1), 12-19.

### DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

#### **Criterios para la selección de los participantes** *Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto*

La seguridad y el beneficio de los pacientes en el presente estudio son primordiales. Los principios de beneficencia, equidad y justicia son tomados en cuenta desde el principio del estudio hasta el final del mismo. En efecto, la participación de los participantes son voluntarias, y el beneficio que tienen los mismos con el estudio abarca un mayor conocimiento de cómo sus dinámicas familiares están funcionando. Por otro lado, la confidencialidad se mantendrá durante todo el proceso y los participantes tendrán el derecho a retirarse en cualquier momento sin ninguna repercusión. Durante la entrevista a las familias se observara que los participantes no se han afectados emocionalmente por las preguntas realizadas. En el caso de que los mismos no se sientan cómodos con una pregunta en particular esta será omitida inmediatamente. La comodidad de los pacientes será fundamental durante la visita a sus hogares.

#### **Riesgos** *Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará*

En el presente estudio no se encuentran directamente presentes riesgos físicos, emocionales y psicológicos. Sin embargo, pudiera existir un impacto emocional relacionado a las preguntas realizadas durante las entrevista. Para minimizar esta incomodidad al participante, si se observa desbordamiento emocional o si el mismo prefiere no responder la pregunta se la omitirá inmediatamente.

#### **Beneficios para los participantes** *Incluyendo resultados de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán*

Los participantes se beneficiaran directamente de los resultados obtenidos del estudio. Podrán entender con mayor claridad cuáles son sus dinámicas familiares y como estas pudieran estar aportando a que el trastorno de depresión de sus hijos se mantenga. Adicionalmente, si el investigador cree conveniente y necesario será importante sugerir terapia familiar a los participantes. En efecto, los participantes se beneficiaria de un tratamiento optimo que no solo incluye al paciente identificado sino a todos. Este estudio permitirá a las familias conocerse mejor y entender más sobre su funcionamiento.

<p><b>Ventajas potenciales a la sociedad</b> <i>Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso</i></p>
<p>Los resultados obtenidos en este estudio serán una ventaja potencial para la sociedad. En primer lugar, el estudio abre una puerta para futuras investigaciones sobre las dinámicas familiares y su efecto. Además, pudiera aclarar la importancia de la terapia familiar para la depresión. Al ser la depresión un trastorno marcado en el mundo, un tratamiento más completo para el mismo beneficiaría a la sociedad directamente. Además, sobre todo la sociedad ecuatoriana se beneficiaría al tener investigación sobre el tema en su población que aportaría para un desarrollo de la salud mental en el país.</p>
<p><b>Derechos y opciones de los participantes del estudio</b> <i>Incluyendo la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.</i></p>
<p>Los participantes tendrán el derecho a retirarse del estudio a cualquier momento, a pesar de haber aceptado participar en su inicio. Este derecho será estipulado previamente en el consentimiento informado. De igual forma, no existirá ninguna repercusión si los mismos desean salir del estudio. Adicionalmente, los participantes tendrán el derecho a la confidencialidad y el anonimato. De igual forma, los mismos tendrán la opción y el derecho de eliminar partes del transcript que en última instancia prefieran que no sean analizados. Por último, los mismos tendrán el derecho a tener una copia del estudio final y a preguntas sobre el mismo.</p>
<p><b>Seguridad y Confidencialidad de los datos</b> <i>Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes</i></p>
<p>Los participantes tendrán el derecho a la confidencialidad. La confidencialidad de los participantes será protegida al ser eliminada cualquier información que revele su identidad en el transcript de la entrevista. Adicionalmente, antes de que se termine el estudio las grabaciones de las entrevistas serán guardadas en un lugar seguro y con llave. La directora y yo seremos las únicas que tengamos acceso a esta información. Al terminar el estudio los resultados, grabaciones y notas serán destruidas.</p>
<p><b>Consentimiento informado</b> <i>Quién, cómo y dónde se explicará el formulario/estudio. Ajustar el formulario o en su defecto el formulario de no aplicación o modificación del formulario</i></p>
<p>El consentimiento informado será entregado en papel y leído en voz alta a cada familia antes de la visita respectiva a sus hogares. Se explicará el consentimiento informado a cada familia por separado, en los consultorios de psicológicos de la USFQ. Por lo tanto, las familias tendrán la oportunidad de realizar preguntas y aclarar dudas que tengan sobre el estudio antes de ser realizado.</p>
<p><b>Responsabilidades del investigador y co-investigadores dentro de este estudio.</b></p>
<p>La responsabilidad del investigador es vasta. En primer lugar, el investigador tiene la responsabilidad de respetar y sobrellevar todos los parámetros éticos en los que podemos encontrar: confidencialidad, protección y seguridad de los participantes, beneficiar a los participantes y la sociedad, establecer un apoyo aparte si es necesario, utilizar los resultados solo para los fines establecidos y explicados previamente y responder a cualquier duda, inconveniente que tenga el participante.</p>

--

<b>Documentos que se adjuntan a esta solicitud (ponga una X junto a los documentos que se adjuntan)</b>			
Nombre del documento	Adjunto	Idioma	
		Inglés	Español
<b>PARA TODO ESTUDIO</b>			
1. Formulario de Consentimiento Informado (FCI) y/o Solicitud de no aplicación o modificación del FCI *	X		X
2. Formulario de Asentimiento (FAI) <i>(si aplica y se va a incluir menores de 17 años)</i>	X		X
3. Herramientas a utilizar <i>(Título de:: entrevistas, cuestionarios, guías de preg., hojas de recolección de datos, etc)</i>	X		X
4. Hoja de vida (CV) del investigador principal (IP)	X		X
<b>SOLO PARA ESTUDIOS DE ENSAYO CLÍNICO</b>			
5. Manual del investigador			
6. Brochures			
7. Seguros			
8. Información sobre el patrocinador			
9. Acuerdos de confidencialidad			
10. Otra información relevante al estudio (especificar)			

(\*) La solicitud de no aplicación o modificación del FCI por escrito debe estar bien justificada.

### PROVISIONES ESPECIALES

*Esta sección debe llenar solo si aplica. En ella se incluyen manejo de población vulnerable y muestras biológicas, manejo de eventos adversos, seguros de incapacidad o muerte, entre otros.*

Si el integrante de la familia está sufriendo por el momento depresión, estuviéramos trabajando con una población vulnerable.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO

Descripción de la Actividad (pasos a seguir dentro del proceso de investigación, comenzando por el contacto inicial, reclutamiento de participantes, intervención y/o recolección de datos, análisis, publicación...)	Fechas								
		1	2	3	4	5	6	7	8
Distribuir los anuncios publicitarios por Quito									
Esperar llamada de participantes									
Contacto inicial con participantes									
Explicación y firma de consentimiento informado									
Visita familia #1 y realizar la entrevista									
Visita familia #2 y realizar la entrevista									
Visita familia #3 y realizar la entrevista									
Transcribir las entrevistas a computadora									
Mostrar las entrevistas a las familias									
Proseguir con el análisis de contenido									
Redactar el trabajo completo									
Dar una copia respectiva a cada familia									
Destruir las entrevistas, notas, grabaciones									
Publicación									

CERTIFICACIÓN:

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos.    Sí (  )                  No (    )
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis.                                  Sí (  )                  No (    )                  No Aplica (    )

**Firma del investigador:** \_\_\_\_\_ (con tinta azul)

**Fecha de envío al Comité de Bioética de la USFQ:** \_\_\_\_\_



## Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ  
The Institutional Review Board of the USFQ

### Formulario Consentimiento Informado

**Título de la investigación:** Dinámicas Familiares y Depresión  
**Organización del investigador** Universidad San Francisco de Quito  
**Nombre del investigador principal** Daniela Hidrobo Alarcón  
**Datos de localización del investigador principal** Teléfono fijo: 2892376

Teléfono móvil: 0998915313

Correo electrónico: danhy92@hotmail.com

**Co-investigadores:** No existe

#### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

**Introducción** *(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)*

Este formulario incluye los aspectos más relevantes del estudio y un resumen de su propósito. Por favor, lea detenidamente las instrucciones y tómese su tiempo para entender de forma clara su participación y librarse de cualquier duda. El presente estudio es una investigación del departamento de psicología de la Universidad San Francisco de Quito sobre la influencia de las dinámicas familiares en el desarrollo y mantenimiento de la depresión de un integrante de la familia.

**Propósito del estudio** *(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)*

Este estudio se tiene como objetivo explorar las dinámicas familiares y su impacto en el desarrollo o mantenimiento del trastorno de depresión de su hijo/a. Se visitara los hogares respectivos de cada familia, y en los mismos se realizara una entrevista con preguntas abiertas. La entrevista estará dirigida hacia cuatro aspectos: Adaptabilidad familiar, limites, roles y resolución de conflicto. La muestra está conformada por tres familias que tienen un miembro entre 15-21 años de edad que sufre o a sufrido de un trastorno depresivo mayor.

**Descripción de los procedimientos** *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

Los procedimientos del estudio son:

16. Visita respectiva a los hogares de cada familia



17. Realizar la entrevista semi estructurada con todos los miembros de la familia presente
18. Se grabara las respuestas respectivas con una grabadora de voz
19. Adicionalmente se tomara notas
20. Al terminarse la entrevista se transcribirá las entrevistas a computadora
21. Se mostrará los transcripts respectivos a cada familia
22. Se realizara el análisis de contenido respectivo
23. Se redactara el estudio final
24. Se entregara una copia a cada familia del estudio final

Al ser parte de este estudio responderé de forma voluntaria a las preguntas realizadas dentro de mi hogar. Tengo entendido que la entrevista pudiera tener una duración mínima de una 1 y media y máxima de tres

**Riesgos y beneficios** (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Dentro de los posibles riesgos que pueden surgir está: Incomodada al contestar alguna pregunta en particular o una reacción emocional negativa. Sin embargo, cualquier miembro de la familia puede abstenerse de contestar la pregunta que le cause malestar. No tendrá repercusión por ello.

Dentro de los beneficios del presente estudio podemos encontrar: un mayor conocimiento de cómo funcionan las dinámicas dentro de la familia. Al tener los resultados del estudio podrán realizar cambios beneficiosos dentro de sus hogares, si así lo creen conveniente. Conocerán lo que sienten y piensan los demás integrantes de la familia, en efecto se conocerán más entre ustedes. Podrán tener acceso a terapia familiar en un futuro si así lo desean.

El presente estudio existe un puntual beneficio para la sociedad, el tener mayor conocimiento en la influencia de las dinámicas familiares en el trastorno de depresión. De tal forma, se podrá observar de mejor forma a la terapia familiar y futuros estudios podrán ser realizados que completen este beneficio.

**Confidencialidad de los datos** (se incluyen algunos ejemplos de texto)

Para la investigadora es muy importante mantener a lo largo del estudio su privacidad y anonimato, por lo cual se aplicara las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y la directora de tesis tendrán acceso
- 2) Sus nombres o cualquier dato que revele su identidad en el transcript de las entrevistas serán eliminados
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran inconvenientes en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información que nos provee o de la ética del estudio.

**Consentimiento informado** *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

**Derechos y opciones del participante** *(se incluye un ejemplo de texto)*

La familia puede decidir no participar y si decide no participar solo debe comunicarle al investigador principal. Adicionalmente, al ya aceptar participar en el estudio igual puede retirarse del mismo si así lo desea. No existirá ninguna consecuencia para ello. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

**Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor comuníquese al: 0998915315 que pertenece a Daniela Hidrobo, o envíe un correo electrónico a danhy92@hotmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Comprendo mi participación en la presente investigación. Me han explicado los beneficios y riesgos de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Tuve el tiempo suficiente para tomar la decisión de participar. Me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Por lo tanto, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

## ANEXO C: INSTRUMENTOS

### Entrevista

1. ¿Cuénteme como es su rutina en un día normal?
2. ¿Que usualmente sabe hacer cada uno?
3. ¿Cómo solucionan los conflictos que surgen usualmente?
4. ¿Cuénteme una situación en particular difícil que ha surgido y que es lo que hicieron?
5. ¿Cuándo los niños se portan mal que saben hacer?
6. ¿Cuáles son sus métodos de disciplina?
7. ¿Cuándo los niños se portan bien que suelen hacer?
8. ¿A quién usualmente piden permiso, a su madre o padre?
9. ¿En los permisos, como se comporta su mama y su papa?
10. ¿Existe negociación con los permisos? Si no les dan permiso para algo, existe alguna forma de negociación con ellos?
11. ¿Cómo se llevan entre ustedes? Entre mama y papa, entre hermanos ?
12. ¿Si algo les molesta hablan entre ustedes? Si se sienten tristes o felices lo suelen decir?
13. ¿Si, sí que hacen usualmente los demás?
14. Con respecto a lo mencionado anteriormente, ¿han observado que este funcionamiento familiar ha sido parte de ustedes desde antes que se desarrolle la depresión en su hijo/a?