



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO

**EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE
INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH-SIDA) Y SU
IMPACTO EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
PACIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A
PERSONAS VIVIENDO CON (VIH-SIDA) DEL HOSPITAL
GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PERIODO DICIEMBRE
2014 – ABRIL 2015.**

Tesis previa a la obtención del
Título de Psicólogo Clínico.

DIRECTORA

Dra. Mayra Adelina Rivas Paladines Mg. Sc.

1859

AUTOR

Diego Ramiro Valdivieso Celi

Loja - Ecuador

2015

Loja 2 de junio de 2015

CERTIFICACIÓN

Dra. Mayra Adelina Rivas Paladines Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y monitoreado con pertinencia la ejecución del proyecto de tesis titulado **“EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH-SIDA) Y SU IMPACTO EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON (VIH-SIDA) DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PERIODO DICIEMBRE 2014 – ABRIL 2015”**, del egresado de la Carrera de Psicología Clínica Señor Diego Ramiro Valdivieso Celi, ya que una vez revisados oportunamente los avances de la investigación y devolviéndolos al aspirante con las observaciones y sugerencias necesarias cumplieron establecido en el Art. 139 del Reglamento de Régimen Académico. Por lo tanto se autoriza su presentación para la designación del Tribunal de Calificación y su disertación pública.

Atentamente



Dra. Mayra Adelina Rivas Paladines. Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Diego Ramiro Valdivieso Celi, declaro ser autor del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes Jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Diego Ramiro Valdivieso Celi

Cédula: 1104362544

Fecha: 02 de Junio del 2015

Firma:



**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LOS AUTORES,
PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y
PUBLICACION ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO**


Yo, **Diego Ramiro Valdivieso Celi**, declaro ser autor de la tesis Titulada: **EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH-SIDA) Y SU IMPACTO EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON (VIH-SIDA) DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PERIODO DICIEMBRE 2014 – ABRIL 2015**. Como requisito para optar al título de **Psicólogo Clínico**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de su visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de Información de país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja a los 2 días del mes de junio del dos mil quince, firma el autor.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Firma:



Autor: Diego Ramiro Valdivieso Celi

Cédula: 1104362544

Dirección: Calle Hungría y Alemania

Correo Electrónico: diegov2189@hotmail.com

Teléfono: 0995971851

Directora de Tesis: Dra. Mayra Adelina Rivas Paladines Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza

VOCAL DEL TRIBUNAL

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero

VOCAL EDL TRIBUNAL

Dra. María Susana González García

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento sincero al personal Académico y Administrativo de la Universidad Nacional de Loja, en especial de la Carrera de Psicología Clínica.

A mí apreciada Directora de tesis, Dra. Mayra Adelina Rivas Paladines Mg. Sc, por sus conocimientos, experiencias y su asesoría impartida, que me permitió desarrollar y terminar con éxito el presente trabajo investigativo.

Al personal y ante todo de manera especial a los pacientes de la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH – SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja, por permitirme compartir y desarrollar con ellos la presente investigación.

A todas y todos... infinitas GRACIAS.

El Autor

DEDICATORIA

Ante todo quiero dedicar este trabajo a mi DIOS, por darme la fortaleza, y la fuerza necesaria en todo momento.

A cada uno de los que son parte de mi familia especialmente a mi esposa e hija, por su apoyo incondicional para que pueda culminar con éxito mi formación profesional.

A mis padres queridos por ser el pilar fundamental para mi superación y amigos que con su apoyo incondicional contribuyeron para alcanzar, esta meta anhelada.

Diego

ESQUEMA DE TESIS

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
ESQUEMA DE CONTENIDOS.....	vii
a. Título.....	1
b. Resumen - sumario.....	2
c. Introducción.....	4
d. Revisión de literatura.....	7
ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ORIGEN DE LA FAMILIA.....	7
Familia Matriarcal.....	8
Familia Patriarcal.....	8
Familia consanguínea.....	8
Familia Punalúa.....	8
Familia Sindiásmica.....	9
Familia monogámica.....	9
Salvajismo.....	10
Barbarie.....	10
Civilización.....	10
DEFINICIONES DE FAMILIA.....	11
TIPOS.....	11
FAMILIA DISFUNCIONAL.....	11
FAMILIA FUNCIONAL.....	15
LA FAMILIA FRENTE AL SIDA.....	15
DIAGNÓSTICO DEL SIDA.....	18
EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL SIDA.....	19
ESTADO EMOCIONAL DEL PACIENTE CON SIDA.....	21
DEPRESIÓN.....	23
DEFINICIÓN.....	23

CLASIFICACIÓN.....	23
TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	23
TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DESTRUCTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO.....	23
TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR.....	25
PROCEDIMIENTOS DE CODIFICACIÓN Y REGISTRO.....	28
TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA).....	29
SÍNTOMAS CLÍNICOS DE LA DEPRESIÓN.....	32
Síntomas afectivos.....	33
Síntomas cognitivos.....	33
Síntomas fisiológicos.....	33
Síntomas conductuales.....	33
ANSIEDAD.....	34
DEFINICIÓN.....	34
CLASIFICACIÓN.....	35
TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN 309.21 (F93.0).....	35
TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (FOBIA SOCIAL) 300.23 (F40.10).....	36
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA 300.02 (F41.1).....	38
OTRO TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO 300.00 (F41.9).....	39
e. Materiales y métodos.....	41
f. Resultados.....	43
g. Discusión.....	49
h. Conclusiones.....	51
i. Recomendaciones.....	52
j. Bibliografía.....	64
k. Anexos.....	67

a. TÍTULO

EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH-SIDA) Y SU IMPACTO EN LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS VIVIENDO CON (VIH-SIDA) DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA. PERIODO DICIEMBRE 2014 – ABRIL 2015.

b. RESUMEN

Resulta importante conocer las reacciones y conductas familiares que se relacionan frente a la persona con VIH - SIDA sobre la base de acompañamiento, ayuda o rechazo que desarrolla la familia para con el paciente, pudiendo originar que las familias se conviertan en un terreno abonado para el impulso de crisis que repercuten negativamente en el enfermo, su entorno y en la sociedad, de ahí la necesidad de investigar sobre el diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y su impacto en la funcionalidad familiar en pacientes de la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con (VIH – SIDA) del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Periodo diciembre 2014 – abril 2015. El trabajo estuvo encaminado a determinar el impacto del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en pacientes de la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH – SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja. La investigación fue de tipo científico, social y transversal, con enfoque cuanti – cualitativo; se utilizó métodos como el científico, inductivo – deductivo, analítico – sintético, descriptivo y el estadístico. Entre las técnicas e instrumentos se aplicó la observación psicológica, el test de funcionamiento familiar FF – SIL; el test de Hamilton para la depresión y ansiedad. Instrumentos que permitieron determinar que el 40% de los pacientes que acuden Unidad de Atención Integral a personas viviendo con (VIH – SIDA) del Hospital General Isidro Ayora, pertenecen a familias moderadamente funcionales, un bajo porcentaje a familias funcionales y a familias altamente disfuncionales, y un mínimo porcentaje a familias disfuncionales; así mismo se pudo evidenciar, que un 40%, presentan sintomatología de menos que depresión mayor; otro porcentaje inferior se diagnosticó con depresión menor y un porcentaje mínimo posee depresión mayor; y, el 80% presentan ansiedad leve y en un porcentaje menor, fueron diagnosticados con ansiedad de moderada a grave. Por lo que se debe intervenir en las familias, fundamentalmente con modelos de afrontamiento y comunicación asertiva, en la perspectiva de mejorar la dinámica familiar, creando un escenario adecuado que permita fortalecer las relaciones familiares, además de brindar herramientas terapéuticas, para disminuir la sintomatología asociada a la depresión y ansiedad.

Palabras claves: diagnóstico; síndrome de inmunodeficiencia adquirida; VIH; funcionalidad familiar; depresión, ansiedad e intervención psicológica.

ABSTRACT

It is important to know the reactions and family behaviors that relate against people with HIV – AIDS on the basis of accompaniment, support or rejection that develops the family to the patient, It can cause families to become fertile ground for the impulse of crises which impact negatively on the patient, the environment and society, hence the need to investigate on the diagnosis of acquired immunodeficiency syndrome and its impact on family functioning in patients of the Unit of Integral Attention to people living with (HIV - AIDS) General Hospital Isidro Ayora city of Loja. Period December 2014 - April 2015. The research was aimed at determining the impact of acquired immunodeficiency syndrome in patients of the Unit of Integral Attention to people living with HIV - AIDS Isidro Ayora Hospital General de Loja. The research was scientific, social and transversal type, with a quantitative approach - qualitative; Methods as scientific, analytical-synthetic inductive-deductive, descriptive and statistical model was used. Between the techniques and instruments was applied psychological observation, the family functioning test (FF - SIL); Hamilton test for depression and anxiety. Instruments that allowed determine that 40% of patients who come to the Comprehensive Care Unit of persons who living with (HIV - AIDS) of the General Hospital Isidro Ayora, belongs to moderately functional families, a low percentage to functional families and highly dysfunctional families, and a minimum percentage of dysfunctional families; Likewise it was evident that 40% have symptoms less than major depression; a lower percentage was diagnosed with minor depression and a minimum percentage have major depression; and 80% have mild anxiety and a smaller percentage were diagnosed with moderate to severe anxiety. That's why we must intervene in families, fundamentally with models of coping and assertive communication, with a view to improve family dynamics, creating an appropriate setting that will strengthen family relationships, in addition to providing therapeutic tools, to reduce the symptoms associated to depression and anxiety.

Keywords: diagnosis; acquired immunodeficiency syndrome; HIV; family functioning; depression, anxiety and psychological intervention.

C. INTRODUCCIÓN

Se ha considerado la problemática a investigar, acerca del diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA) y su impacto en la funcionalidad familiar en pacientes de la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con (VIH-SIDA) del Hospital General Isidro Ayora de Loja. Por cuanto el virus de la inmunodeficiencia humana VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, es una enfermedad que lamentablemente no se detiene, muy a pesar de los esfuerzos de los gobiernos, las entidades y los organismos internacionales; al contrario se ha diseminado a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud, (OMS) en el 2012, expuso que más de 35,3 millones de personas están infectadas por el VIH.

La funcionalidad familiar es de carácter sistémico, que aborda las características relativamente estables, por medio de las que se relacionan internamente como grupo humano, los sujetos que la conforman. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. La dinámica relacional conforma la calidad del ambiente y la atmósfera del hogar, le imprime al mismo un clima agradable, de satisfacción o un clima desagradable, de tensión y regula el desarrollo del grupo familiar como un todo.

Se utilizó un marco teórico en el que se exponen contenidos fundamentalmente relacionados con la familia, la familia funcional y disfuncional, la familia frente al SIDA, el SIDA, diagnóstico, cambios físicos y psicológicos que origina el SIDA, el estado emocional en pacientes con SIDA, depresión, ansiedad, e intervención psicológica.

La metodología de la investigación, tiene un enfoque cuanti – cualitativo, de tipo científico, social y transversal, por cuanto estuvo encaminada a indagar el impacto del Diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana

(SIDA) en el diagnóstico sintomatológico de los niveles de depresión y ansiedad, en los pacientes que acuden a la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH – SIDA del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja; para el desarrollo adecuado de la misma se utilizaron los métodos científico, inductivo – deductivo, analítico – sintético, descriptivo y el estadístico.

La población de la investigación la conforman 100 pacientes que acuden a la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH – SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja, de los cuales se tomó el 40%, dando un total de 40 personas.

En la perspectiva de mantener una secuencia lógica en el desarrollo de la investigación, se planteó un objetivo general el cual fue determinar el impacto que causa en la funcionalidad familiar el diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirido en pacientes de la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH – SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja; a través de tres objetivos específicos como son el precisar el tipo de funcionalidad familiar en pacientes diagnosticados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirido de la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH – SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja; Indagar mediante el test de Hamilton el impacto psicológico en las familias de pacientes diagnosticados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirido, que acuden a la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH – SIDA del Hospital General Isidro Ayora de Loja y finalmente elaborar una propuesta de intervención psicológica con la finalidad de ofrecer a las familias de pacientes diagnosticados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-SIDA) de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con (VIH-SIDA), del Hospital General Isidro Ayora de Loja, alternativas psicoactivas para fortalecer el apoyo psicológico a pacientes con VIH.

La investigación permitió evidenciar que el diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida incide en la funcionalidad familiar, y ocasiona el apareamiento de sintomatología asociada a la depresión y ansiedad; por lo que se debe intervenir mediante la psicoeducación en las familias, con el propósito de mejorar la dinámica familiar, creando un escenario adecuado que permita fortalecer las relaciones familiares; además se debe brindar a los pacientes, herramientas terapéuticas, en la perspectiva de disminuir los niveles de depresión y ansiedad.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ORIGEN DE LA FAMILIA

El Médico y Psicoterapeuta Familiar Ricardo Ramos Martínez, analiza la estructura familiar, el desarrollo que se ha ido dando entorno a ella, los cambios evolutivos que han ido surgiendo conforme al tiempo y la modernidad, y en el año del 2010, expone el siguiente estudio.

La Familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y el Estado, dicha institución ha sufrido históricamente diferentes transformaciones hasta llegar a su actual organización.

El origen de la Familia desde el punto de vista idealista o bíblica fue constituido por la primera pareja llamada Adán y Eva, quienes fueron unidos por Dios para que estos produjeran una familia, y por medio de la reproducción de hijos, estos continuaran perpetuando la especie.

Según la teoría materialista de acuerdo a los historiadores en los primeros tiempos las personas vivían de forma promiscua, siendo la familia de tipo matriarcal que cede posteriormente ante el patriarcado y alcanza a la familia consanguínea, punalúa, sindiásmica, monogámica hasta llegar a la familia actual en crisis, en la cual existen intereses individuales y sociales tanto materiales como espirituales, de distinto orden religioso, educativo, económico, de vivienda etc.

Ramos (2010), indica que los orígenes de la especie humana y su organización familiar aún se mantienen sin develarse; sin embargo no podemos negar que la familia es un núcleo social primario y que diversos investigadores hablan al respecto; por lo que a continuación se detallan algunos conceptos.

Familia Matriarcal: Es el agrupamiento de los hombres alrededor de la madre, ya que la maternidad es un hecho tangible, cierto y fácil de probar.

Familia Patriarcal: Era una forma de agrupamiento en que la mujer era vista en segundo plano, sin mando; y servía únicamente para la maternidad, los oficios del hogar y la atención del marido. La patria potestad de los hijos era ejercida por el marido. El marido poseía el derecho de denunciar la ausencia de virginidad de su mujer, para que en el plazo de diez días siguientes al casamiento se realizara la anulación del matrimonio.

Engels (1884) en el origen de la familia, la propiedad privada y el estado, define a las familias en el siguiente orden:

Familia consanguínea: Es la primera etapa de la familia. Los grupos conyugales sepárense aquí según las generaciones: todos los abuelos y abuelas, en los límites de la familia, son maridos y mujeres entre sí; lo mismo sucede con sus hijos, es decir los padres y las madres, los hijos de estos forman a su vez, el tercer círculo de cónyuges comunes; y sus hijos, es decir los biznietos de los primeros, el cuarto círculo de cónyuges. Este tipo de familia se encuentra conformado por generaciones y entre hermanos, en esa coyuntura practicaban el comercio carnal recíproco.

Familia Punalúa: Sí el primer progreso o la organización ha consistido en excluir a los padres y los hijos del comercio sexual recíproco, el segundo ha consistido en la exclusión de los hermanos y las hermanas. Punalúa, es decir compañero íntimo, como quien dice consocio. De igual modo, una serie de hermanos uterinos mujeres con exclusión de las hermanas de ellos, y esas mujeres se llamaban entre si punalúas. Este es el tipo clásico de una formación de familia que tiene una serie de variaciones, y, cuyos rasgos característicos esenciales eran: comunidad recíproca de hombres y mujeres en el seno de un determinado círculo de familia.

Familia Sindiásmica: Bajo el régimen de matrimonio por grupo o quizás antes, formábanse ya parejas conyugales unidas para un tiempo más o menos largo; el hombre tenía una mujer en jefe entre sus numerosas esposas, y era para ella el esposo principal de todos. Esta familia aparece en el límite que separa al salvajismo de la barbarie, las más de las veces en el estadio superior del primero.

Familia monogámica: Nace de la familia sindiásmica en la época que sirve del límite entre el estadio medio y el estadio superior de la barbarie su triunfo definitivo es uno de los signos característicos de la civilización naciente. Se funda en el poder del hombre con el fin formal de procrear hijos de una paternidad cierta; y esta paternidad se exige porque esos hijos, en calidad de herederos directos, han de entrar un día en posesión de los bienes de la fortuna paterna. La familia monogámica se diferencia de la anterior por ser más sólido el vínculo conyugal. Por tanto, la no monogamia aparece de ninguna manera en la historia como una reconciliación entre hombre y la mujer, y mucho menos a un como la forma más elevada de la familia.

Borda (1993), en su publicación denominada el Manual de Derecho de Familia, realiza otra clasificación igualmente importante sobre la organización de la familia; indicando que el clan, se refiere a las vastas familias con sus numerosas parentelas, grupos familiares, las cuales se encuentran unidas por la autoridad de un Jefe común desarrollan todas las actividades sociales políticas y económicas. En esa coyuntura aparece el Estado quien asume el poder político; es en esa época cuando la familia se encontraba en un buen momento. Se ha determinado que existen tres formas principales de matrimonio, las cuales corresponde a los tres estados fundamentales de la evolución; al salvajismo le corresponde el matrimonio por grupo; a la Barbarie el matrimonio sindiásmico, a la civilización la monogamia.

Para una mejor comprensión Borda (1993), detalla los conceptos de los estados fundamentales de la evolución humana:

Salvajismo: período en que predomina la apropiación de productos naturales enteramente formados; las producciones racionales del hombre están destinadas sobre todo como a facilitar esa apropiación. Es la infancia o la niñez del género humano en el estado salvaje, se residía en mansiones primitivas, las raíces servían de alimento.

Barbarie: periodo de la ganadería y de la agricultura y de adquisición de métodos de creación más activa de productos naturales por medio del trabajo humano.

Civilización: período en que el hombre aprende a elaborar productos artificiales, valiéndose de los productos de la naturaleza como primeras materias, por medio de la industria propiamente dicha y del arte. Se ha establecido que después del patriarcado y el matriarcado y de las otras formas de establecerse en familia, en Roma se formó el actual matrimonio monogámico.

Somarriva (1996), expone que Julio Cesar, para remediar los problemas políticos en los que se encontraba en ese período Roma, dictó leyes tales como Julia y Papí –a Popoea, en las que otorgaba privilegios a los casados e imponía cargas o deberes a los solteros. Posteriormente aparece la influencia de la Iglesia Católica y el Cristianismo en el matrimonio; influencia que fue determinante en el derecho Romano durante el período de Justiniano.

La Iglesia Católica ha condenado durante siglos las relaciones sexuales fuera del matrimonio, por lo que esta institución ha elevado al matrimonio al carácter de sacramento, por lo que durante años ha poseído el control y

reglamentación de éste en forma absoluta. En los años de 1483 hasta 1546 aparece otra figura llamada Martín Lutero quien entre otros aspectos abogaba o pretendía separar la Iglesia católica del matrimonio y quitarle la calidad de sacramento; proponiendo también que el control y reglamentación fueran exclusiva del legislador civil. En 1598 Enrique IV declaró "El Edicto de Nantes"; el cual facultaba que los católicos contrajeran matrimonio de conformidad a los ritos propios de su religión. En 1685, la Iglesia católica logró que el gobernante Luis XIV revocara el Edicto de Nantes, por lo que obtuvo nuevamente la exclusividad en relación al matrimonio. En 1787, Luis XVI, secularizó o convirtió el matrimonio y en 1791, la constitución entregó el matrimonio en la autoridad Laica; argumentando que "La ley no considera el matrimonio sino como un contrato civil.

Buitrago (1995), indica que con el triunfo de la Revolución Francesa (1789 - 1799), comienza la familia moderna; se originan cambios políticos, sociales y filosóficos que ejercieron gran influencia en las nuevas organizaciones. A partir de la revolución francesa; no obstante del carácter monogámico del matrimonio; se obtuvo una influencia en la estructura familiar. "Se impone el matrimonio civil y el divorcio, no sólo la simple separación de cuerpos, sino que también se establece el divorcio vincular".

En este período, se logró, que la mayoría de países, se preocuparan de regular en sus respectivas constituciones; normas de carácter fundamental, para la protección de la familia.

DEFINICIONES DE FAMILIA

Modino (2013), define a la familia como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se supone duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia ha dicho grupo, en el cual existe un compromiso personal entre sus miembros

y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. Constituyéndose como el principal grupo de apoyo y de sostenimiento. En este sentido, podemos decir que el grupo familiar cumple una serie de funciones con respecto a sus hijos, que serían las siguientes:

1. Asegurar su supervivencia, su crecimiento y su socialización en las conductas básicas de comunicación, diálogo y simbolización.
2. Aportar a sus hijos un clima de afecto y apoyo sin los cuales el desarrollo psicológico sano no sería posible.
3. Aportar a los hijos la estimulación necesaria para relacionarse de una forma competente con su entorno físico y social, así como la capacidad para responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo que les toca vivir.
4. Tomar decisiones con respecto a la apertura hacia otros contextos educativos que compartirán con la familia la tarea de educación del pequeño.

Ares (2011) conceptualiza a la familia como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia ha dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.

Giddens (2008), describe a la familia como el grupo de individuos relacionados unos con otros por lazos de sangre, matrimonio o adopción, que forman una unidad económica. Los miembros adultos del grupo son responsables de la crianza de los niños. Todas las sociedades conocidas

suponen alguna forma de sistema familiar, aunque la naturaleza de las relaciones familiares varía ampliamente. Si bien es cierto que en las sociedades modernas la principal forma familiar es la familia nuclear, a menudo se da una gran variedad de relaciones de familia extensa.

TIPOS

FAMILIA DISFUNCIONAL

Mejía (2014), expone que el origen de disfuncionalidad, se encuentra en el área de la psicología y en un principio sirvió para designar a aquellas células de la sociedad con situaciones conflictivas que iban en detrimento del buen desarrollo de las habilidades de sus integrantes, en concreto de adolescentes y niños. A partir de esta idea se han explicado muchos fenómenos, entre ellos: alcoholismo, drogadicción, violencia, agresividad o delincuencia, de modo que un juicio apresurado podría señalarle como el origen y único depositario de los males comunitarios.

Vásquez (1999), terapeuta adscrita a la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, explica que la palabra disfuncional nos dice que la familia no funciona, es decir, no cumple las labores que le atribuye la sociedad, pero esto no es tan literal. Yo diría que estos grupos, aunque mal, están funcionando, y que sus individuos, aun con errores, se desenvuelven. Por otra parte, los pacientes suelen decirnos que 'tienen problemas y discuten, como todo el mundo, y con esto nos recuerdan que ellos no son los únicos con dificultades.

Vázquez (2009), afirma que es importante comprender que en el hogar encontramos un grupo primario, es decir, aquel en el que el individuo adquiere un nombre, aprende a amar y ser amado, comprende significados,

descubre quién es con base en sus características físicas y psicológicas, asume roles de conducta, crea hábitos, se comunica y establece patrones para sus relaciones afectivas, pero también que la familia es un sistema que sirve como intermediario entre la sociedad y el individuo.

En este sentido, Vázquez (2009), indica que debemos poner atención en el momento en que las cualidades de este grupo afectan el crecimiento de sus integrantes, pues aunque los más vulnerables tienden a ser los hijos, porque están en formación, cuando vamos al fondo es común descubrir que una familia disfuncional afecta a todos y también puede ser una fuente de frustración para los padres.

Por ejemplo, si el varón se restringe a su rol de proveedor de la casa, que socialmente sigue siendo una de sus principales participaciones, hará todo lo posible por obtener lo que hace falta para cubrir las necesidades de su grupo y esto implica que la presión que sienta por su situación económica le afectará. Asimismo, cuando la madre se desempeña en una dinámica absorbente como ama de casa y/o profesionista, dedicando todo su esfuerzo a sus seres queridos y sin obtener los resultados que espera, se va a llenar de frustración.

Los adultos necesitan llevar a cabo su proyecto de vida, tener niveles de aspiración, porque de no ser así la familia puede convertirse en una fuente de obstáculos. En esto debemos poner mucha atención, cuando las necesidades ya no se están cubriendo al 100%, porque todos son perjudicados, no sólo los niños. (Vázquez 2009).

FAMILIA FUNCIONAL

Castellón et al. (2012), manifiesta que el funcionamiento familiar es por concepto, el “conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia”.

Huerta (2009) define a la funcionalidad familiar como la “capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa”.

Arés (2011), cita que el funcionamiento familiar, permite hacer un análisis psicosocial de la familia en cuanto, a si la misma cumple con sus funciones educativas acorde a las expectativas sociales, partiendo de ver la familia en su dimensión social, cultural e histórica.

LA FAMILIA FRENTE AL SIDA

Soler (2005), frente a esta problemática, manifiesta que convivir con personas portadoras del virus del VIH requiere de información para ayudar al afectado y asumir adecuadamente el rol de familiar, amigo, compañero de trabajo o estudio, e incluso el de pareja. Aunque en general se puede controlar el desarrollo de la infección y alargar la existencia de quienes la padecen, este padecimiento no tiene cura. La vida de los que portan este virus puede resultar satisfactoria si estas personas conviven en un clima solidario.

No obstante, en el plano familiar y social, no siempre existe comprensión para con las personas que contraen la infección del virus del VIH y conviven con ella, pues a veces, por desconocimiento o por prejuicios, los enfermos son estigmatizados y discriminados, lo cual genera consecuencias devastadoras en su autoestima y, lo que es más grave aún, predispone su cooperación a

la hora de tomar las medidas necesarias para protegerse a sí mismos y a los demás, aumentando el riesgo de contagio en otras personas.

Por lo cual es necesario desterrar del pensamiento de amigos y familiares de un enfermo del VIH/SIDA, expresiones como «no me dejan que hable contigo», «confiaba en ti: ¿cómo me has hecho esto?», «has deshonrado a la familia» y otras de similar connotación, significa erradicar uno de los síntomas más dolorosos para el portador del VIH: el del temor a ser *rechazados*, una de las formas de discriminación más desalentadoras para quienes conviven con un mal que requiere de una conducta solidaria, de respeto y amor, por sus afectos más cercanos, así como de aquellos que forman parte de su entorno laboral y comunitario.

Por todo lo anterior, resulta de sumo interés la publicación en el año 2003, por el Centro Nacional de Control y Prevención de las ITS/VIH/SIDA, del manual Conviviendo con VIH, preparado por los licenciados Oscar Albear de la Torre e Iris Lugo Carro, bajo la asesoría de las doctoras Rosaida Ochoa Soto, directora del mencionado centro, y Myrna Villalón Oramas. La obra está dirigida básicamente a las familias de las PVVIH en Cuba.

La validez de este folleto radica, sobre todo, en el tratamiento de los temas, pues parten de la experiencia práctica acumulada, tanto por los profesionales del sector de la salud encargados de llevar adelante el estudio y enfrentamiento de la infección, como por personas portadoras del VIH, familiares y amigos involucrados de alguna manera en la lucha contra el SIDA, quienes han aportado experiencias y sugerencias valiosas para la confección de este manual, cuya esencia, según refieren los autores, es contribuir «a la creación y enriquecimiento del mensaje de amor y esperanza que a través de él queremos hacerles llegar».

Así, en diez capítulos escritos de una manera sencilla para que resulte asequible a un público general, se responde a un conjunto de interrogantes que, de manera general, preparan a las personas que deben tratar tanto con los afectados con el VIH como con los que ya están enfermos de SIDA, y asuman, desde el mismo momento en que la enfermedad se conoce, una conducta no solamente solidaria y comprensiva del problema, sino la forma en que deben enfrentarlo para hacer más llevadera y útil la existencia de las PVVIH.

Resulta de interés la estructura del manual. Los autores han desarrollado la información inherente a cada capítulo como respuesta a la narración testimonial de una madre imaginaria que debe sobreponerse al dolor y el sufrimiento que le ocasiona un hijo afectado por el VIH, para proporcionarle «un espacio de cuidados, comprensión y amor».

De manera progresiva, con explicaciones precisas, objetivas y actualizadas, se va abordando el tema de la atención familiar a las PVVIH, desde el momento en que se diagnostica la presencia del virus, hasta los momentos finales —la enfermedad y la muerte—, e incluso cuando existe la presencia de un hijo nacido de la relación de pareja del enfermo. Todo lo anterior conduce a que se desarrolle en el medio familiar del afectado un clima de respeto y compromiso con el cuidado y la atención que demandan esas personas, lo cual debe extenderse también a través de amigos y compañeros de trabajo, a su entorno social y laboral como única forma de elevar la autoestima del enfermo y garantizarle una vida activa durante mucho tiempo.

Dentro de las principales interrogantes que pueden hacerse las personas que conviven con un enfermo del VIH/SIDA, y que tienen adecuadas respuestas en este manual, se hallan: ¿cuáles son las reacciones emocionales de la familia al conocer que tienen un afectado por el VIH?,

¿cómo podemos ayudar a esa persona?, ¿puede integrarse social y laboralmente?, ¿qué tipo de trabajo puede realizar?, ¿cuáles son los indicadores del deterioro de su salud?, ¿cómo prevenir las enfermedades e infecciones que se le presenten?, ¿qué tratamiento debe realizar el enfermo?, ¿la convivencia con un enfermo puede afectar a otros miembros de la familia?, ¿por qué es vital para él una adecuada nutrición?, ¿cómo debe enfrentar la familia la muerte del enfermo y qué hacer después?, ¿cómo enfrentar el embarazo de una mujer seropositiva? Y finalmente: ¿cómo ayudar y cuidar a los niños que viven con VIH o SIDA?

El espectro de temas que abarca este manual en relación con el apoyo que se les debe brindar a los enfermos con VIH/SIDA en el entorno familiar, y por extensión al social y laboral, es, a la vez que abarcador, muy concreto en la exposición de sus propósitos, pues de lo que se trata es de que todos ganen comprensión del significado de ese apoyo, a la vez que tengan en sus manos una herramienta útil que les permita, con conocimiento de causa, convivir con la PVVIH.

Pero en la misma medida en que los diferentes organismos e instituciones de salud llevan los programas de enfrentamiento de la epidemia a escala macrosocial, la célula fundamental de la sociedad —la familia— tiene ante sí el reto de aprender a convivir, en su seno, con quienes contraen la enfermedad. Y en ese sentido existen en el país numerosos servicios de ayuda, relacionados al final del manual; porque, sin duda, como se expresa en el texto, «la ayuda alivia el dolor y hace posible encontrar soluciones cuando el sufrimiento no deja verlas».

DIAGNÓSTICO DEL SIDA

Las pruebas de detección del VIH revelan si hay infección por la presencia o ausencia en la sangre de anticuerpos contra el virus. El sistema inmunitario

genera anticuerpos para luchar contra agentes patógenos externos. La mayoría de las personas pasan por un "periodo silente", generalmente de entre 3 y 6 semanas, durante el cual los anticuerpos contra el virus se están fabricando y aún no son detectables. Esta primera etapa es el momento de mayor infectividad, aunque la transmisión puede producirse en todos los estadios de la infección. En caso de posible exposición, conviene confirmar los resultados de la prueba de detección repitiéndola al cabo de seis semanas, esto es, una vez transcurrido el tiempo suficiente para que las personas infectadas generen anticuerpos. (Organización Mundial de la Salud 2012)

EFFECTOS PSICOLÓGICOS DEL SIDA

El Equipo del Área de Psicología del Programa de Atención Psicosocial de la Universidad de Granada. Barcelona – España, conformado por Flumencio Prieto, Sara Casaña, Lorena Iburguchi y Silvia Pérez, realiza un análisis sobre los efectos psicológicos que el SIDA, origina en las personas que lo padecen.

De igual manera que ocurre con otras enfermedades crónicas y/o mortales, en las personas afectadas por el virus del VIH-SIDA se da una serie de factores de diversa índole que toda intervención psicológica debe atender de manera inexcusable. Pero, además de los efectos psicológicos inherentes a una enfermedad caracterizada por su fuerte componente amenazante para la vida del individuo, nos encontramos también con los efectos negativos propios del estigma social y del rechazo que, lamentablemente, aún siguen persistiendo en nuestra sociedad frente a esta dolencia.

Por tanto, la intervención psicológica debe contemplar y atender a un conjunto amplio y diverso de problemáticas, relacionadas directa o indirectamente con el virus del VIH-SIDA. Los problemas objeto de

intervención abarcan tanto la atención de trastornos de la ansiedad y/o del estado del ánimo, que se pudieran dar tras el diagnóstico de la enfermedad; pasando por el acompañamiento a lo largo de todo el desarrollo de la enfermedad, o fallecimiento de la persona, si el pronóstico y evolución resultan negativos; así como el afrontamiento e integración en el mundo socio laboral, si la enfermedad así lo permite

Al mismo tiempo que se cubren las necesidades específicas generadas por el propio virus del VIH-SIDA, se evalúa e interviene sobre otros trastornos o problemáticas que se puedan dar en el núcleo familiar del paciente, tales como alcoholismo, consumo de drogas, malos tratos, problemas relacionados con la inmigración, situaciones de exclusión social, etc., los cuales pudieran ser determinantes en la evolución del VIH-SIDA, si no se interviniera sobre ellos.

Así, el VIH-SIDA tiene unas consecuencias directas en el plano psicológico y social, que a continuación expondremos, y que en muchos momentos pueden ser tan graves o más que la propia enfermedad: estados depresivos con ideas de suicidio, aumento de la violencia familiar por el nivel de estrés y ansiedad acumulado, ruptura de relaciones socio-laborales y familiares, aislamiento, falta de recursos sociales (alternativas laborales adaptadas, prestaciones económicas en situación de crisis), incumplimiento de la adherencia al tratamiento por falta de información o trastornos del estado de ánimo, etc.

Dentro de los efectos psicológicos más habituales de las personas afectadas por el virus del VIH-SIDA, nos vamos a centrar, en un primer momento, en aquellas consecuencias psicológicas y sociales derivadas del diagnóstico y la evolución de la enfermedad, así como en el tipo de intervención psicosocial que esta situación requiere.

ESTADO EMOCIONAL DEL PACIENTE CON SIDA

Gomez (2012), frente a esta problemáticas indica que antes de profundizar sobre el estado emocional de los pacientes que padecen Sida y la atención que le podemos ofrecer, es conveniente hablar brevemente sobre algunos aspectos de esta enfermedad.

La infección por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) provoca un síndrome denominado SIDA (Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida), es pues una enfermedad infecciosa que se adquiere por contagio a través del contacto con humores corporales con células infectadas o partículas de dicho virus.

La multiplicación a gran velocidad de este virus afecta al sistema defensivo del organismo por lo que deja de ser eficaz frente a muchas otras enfermedades que denominamos oportunistas.

Por lo tanto podemos tener en cuenta dos factores importantes:

No todas las personas seropositivas desarrollan el SIDA pero SI todas ellas pueden transmitirlo.

No es un problema de “grupos de riesgo”, sino de “conductas de riesgo”.

Otro aspecto muy importante a valorar es la percepción que la población tiene de esta enfermedad, pues en general, se reacciona con rechazo, discriminación y marginación social hacia ciertos colectivos convirtiéndose así en un “Sida social”.

Viendo esta percepción social que a veces suele ser errónea debido al desconocimiento, podemos entender así las respuestas emocionales que sufren los pacientes con Sida, algunas de éstas son las siguientes:

- Desesperanza al tener que enfrentarse a una enfermedad cuyo tratamiento no existe.
- Ansiedad, depresión y sentimientos de culpa.
- Temor al aislamiento social.
- Temor a contagiar a la pareja o haber contagiado a otras.
- Temor a los efectos secundarios de los tratamientos y a los cambios perceptibles en su imagen personal.
- Temor a desfallecer y no poder soportar toda esa carga.
- Temor a la pérdida del trabajo o la falta de recursos económicos.
- Temor a la pérdida de la autonomía, pérdida de autocontrol de la propia vida, a no tener hijos.

Ante estas respuestas emocionales podemos deducir algunos protocolos de atención que debemos prestarles a estos pacientes, son los siguientes:

- Difundir las medidas de prevención de la transmisión del virus.
- Colaborar en desterrar errores sobre cómo se transmite y no se transmite la infección.
- Mantener estrictamente las precauciones universales cuando cuidemos del paciente.
- Reforzar positivamente la adquisición de comportamientos que mejoren su calidad de vida, animándole a que los mantenga y los tome como habituales.
- Remarcarle en la importancia de acudir a los controles médicos así como la toma de la medicación.
- Animarle a que abandone comportamientos y prácticas de riesgo.
- Servir de apoyo psicológico y social para evitarle sentimientos de culpabilidad.
- Mostrarle empatía y cercanía tanto a él como a su familia.
- Fomentar y favorecer su vida social.

- Por último recuerda que la información y la prevención continúan siendo la única vacuna contra el sida y el peligro de contagio no reside en llevar a cabo “ciertos actos” sino en “cómo los haces”.

DEPRESIÓN

DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la salud OMS (2012), indica que la depresión forma parte de un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracteriza por un estado de ánimo bajo o deprimido, con disminución del disfrute, apatía, sentimientos de minusvalía, ideación suicida y síntomas somáticos como insomnio y pérdida del apetito. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

CLASIFICACIÓN

Según la clasificación del DSM- 5 el cuadro clínico de un episodio depresivo se presenta de la siguiente forma:

TRASTORNOS DEPRESIVOS.

TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DESTRUCTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO

A. Accesos de cólera grave y recurrente que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabieta verbal) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) 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 (p. ej., padres, maestros, compañeros).

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 durara 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 (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) 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.

Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).

Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias.

En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

K. Los síntomas no se puede 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 (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. Se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
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 (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

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

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

PROCEDIMIENTOS DE CODIFICACIÓN Y REGISTRO

El código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor.

Los especificadores de remisión sólo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los códigos son los siguientes:

Especificador de gravedad/curso	Episodio único	Episodio recurrente
Leve	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderado	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
Con características Psicóticas	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En remisión parcial	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En remisión total	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
No especificado	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

Para un episodio que se considera recurrente, debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor. Si existen características psicóticas, codificar el especificador, con características psicóticas, independientes de la gravedad del episodio.

A la hora de registrar el nombre de un diagnóstico, se enumerarán los términos en el orden siguiente: trastorno de depresión mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico/ remisión, y a continuación todos los especificadores siguientes sin código que sean aplicables al episodio actual.

Especificar:

Con ansiedad

Con características mixtas

Con características melancólicas

Con características atípicas

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo

Con catatonía. Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 (F06.1).

Con inicio en el periparto

Con patrón estacional (solo episodio recurrente)

TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor 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.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

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 (un año en niños y adolescentes) 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 otro 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 (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Especificar si:

Con ansiedad

Con características mixtas

Con características melancólicas

Con características atípicas

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo

Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo

Con inicio en el periparto

Especificar si:

En remisión parcial

En remisión total

Especificar si:

Inicio temprano: Si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: Si el inicio es a partir de los 21 años.

Especificar si (durante la mayor parte de los dos años más recientes del trastorno depresivo persistente):

Con síndrome distímico puro: No se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Con episodio de depresión mayor persistente: Se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante los dos años anteriores.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual: Actualmente se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en por lo menos los dos años anteriores con síntomas por debajo del umbral para un episodio de depresión mayor completo.

Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual: Actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, pero ha habido uno o más episodios de depresión mayor al menos en los dos años anteriores.

Especificar la gravedad actual:

Leve

Moderado

Grave

SÍNTOMAS CLÍNICOS DE LA DEPRESIÓN

Aunque el perfil de la depresión es algo variable y depende del tipo de trastorno afectivo, el núcleo básico es el afecto depresivo. El interlocutor lo capta fácilmente pues habitualmente se percibe la irradiación de tristeza que remite el paciente”.

En la depresión encontramos:

Síntomas afectivos

Los pacientes suelen presentar de forma predominante y estable un estado de ánimo deprimido, con tristeza, tendencia al llanto y sensación de desesperanza. Su mímica transmite a los que están alrededor abatimiento y la sensación de que les cuesta pensar y que cualquier actividad les supone un suplicio. Otras veces destacan la irritabilidad, los sentimientos de frustración o de inseguridad y el temor catastrófico. Incluso puede suceder que no hagan referencia al estado de ánimo y centren sus quejas en molestias físicas.

Síntomas cognitivos

- Consideración negativa de sí mismo, que ocasiona baja autoestima y autoconcepto.
- Consideraciones negativas del entorno, interpreta erróneamente las situaciones externas.
- Consideraciones negativas del futuro; el paciente anticipa que los acontecimientos futuros serán negativos (desesperanza).

Síntomas fisiológicos

Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia) y del apetito, modificaciones en el peso y disminución del deseo sexual, falta de energía, agitación o enlentecimiento psicomotor.

Síntomas conductuales

Abulia, anhedonia, deterioro social y laboral, disminución de la capacidad de concentración, actos impulsivos e intentos suicidas.

ANSIEDAD

DEFINICIÓN

El psicólogo Blay (2009), manifiesta que la ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida. En este sentido podemos considerar a la ansiedad como una *defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico*. La ansiedad necesariamente positiva se entronca con lo cotidiano y entra de lleno en el campo de la motivación que nos hace alcanzar metas. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Ahora bien, la ansiedad neurótica es ya otra cosa y tiene otro significado que hay que situar en la órbita de las enfermedades psíquicas que provoca respuestas de evitación e inhibición, que mantiene un estado de alerta prolongado sin justificación alguna. Es entonces cuando lo malo se ve peor.

La ansiedad negativa se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos. Estos cambios fisiológicos son consecuencia de la activación del sistema nervioso, del sistema endocrino y del sistema inmunológico. Por lo general sólo percibimos algunos de los desordenes persistentes que provoca esta activación desadaptativa. La persistencia de estos cambios puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, como dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, anorgasmia femenina, contracturas musculares, disfunciones gástricas, etc. A nivel de nuestro sistema motor la

ansiedad se manifiesta con inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades de comunicación (a veces tartamudez), consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco u otras drogas), llanto, tensión en la expresión facial, etc. Es entonces cuando la ansiedad se convierte en un problema de salud. (Organiza

CLASIFICACIÓN

Según la clasificación del DSM- 5 el cuadro clínico de un episodio depresivo se presenta de la siguiente forma:

TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN 309.21 (F93.0)

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.
4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.

6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (FOBIA SOCIAL) 300.23 (F40.10)

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificar si: Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA 300.02 (F41.1)

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

OTRO TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO 300.00 (F41.9)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad. La categoría del trastorno de ansiedad no especificado se utiliza

en situaciones en las que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad específico, e incluye presentaciones en las no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

e. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es de carácter científico, social con enfoque cuanti – cualitativo, de tipo transversal, por cuanto está encaminada a indagar el impacto del Diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) en la Funcionalidad Familiar y cuenta con el uso de métodos científicos y empíricos, que permitieron indagar la problemática planteada.

MÉTODOS:

Inductivo – deductivo.- va desde la descomposición hasta la construcción, es decir del menor al mayor; esto el investigador lo hace con esquemas lógicos, lo que son realizados mentalmente, basados con conocimientos teóricos; se lo aplicó al momento mismo de hacer el análisis sobre la problemática, en el planteamiento del problema, los objetivos, y en la extracción de las conclusiones y recomendaciones.

Analítico – Sintético.- Método filosófico dualista por medio del cual se llega a la verdad de las cosas, primero se separan los elementos que intervienen en la realización de un fenómeno determinado, después se reúnen los elementos que tienen relación lógica entre sí, hasta completar y demostrar la verdad del conocimiento; y se lo utilizó al momento de recolectar la información para la construcción del marco teórico, en la redacción de la problemática y también en el procesamiento de los resultados obtenidos como producto de la investigación.

Además se hizo uso de las técnicas e instrumentos, como la observación clínica, el Test de Funcionamiento familiar, de los autores: Pérez de la Cuesta, Isabel Lauro y Bayarre, reactivo que facilito evaluar el nivel de funcionamiento familiar. También se aplicó el Test de Hamilton, con el

propósito de determinar los niveles de depresión y ansiedad, del autor de M Hamilton.

Se debe indicar que cada uno de los instrumentos se los aplico de forma individual a los pacientes con (VIH – SIDA), sin problema alguno, ya que se tuvo la autorización y permiso de las autoridades del Hospital Isidro Ayora, quienes dieron las facilidades, así como el espacio y el tiempo adecuado, para desarrollar la investigación de campo.

f. RESULTADOS

Objetivo # 1: Precisar el tipo de funcionalidad familiar en pacientes diagnosticados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA) de la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con (VIH-SIDA) del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

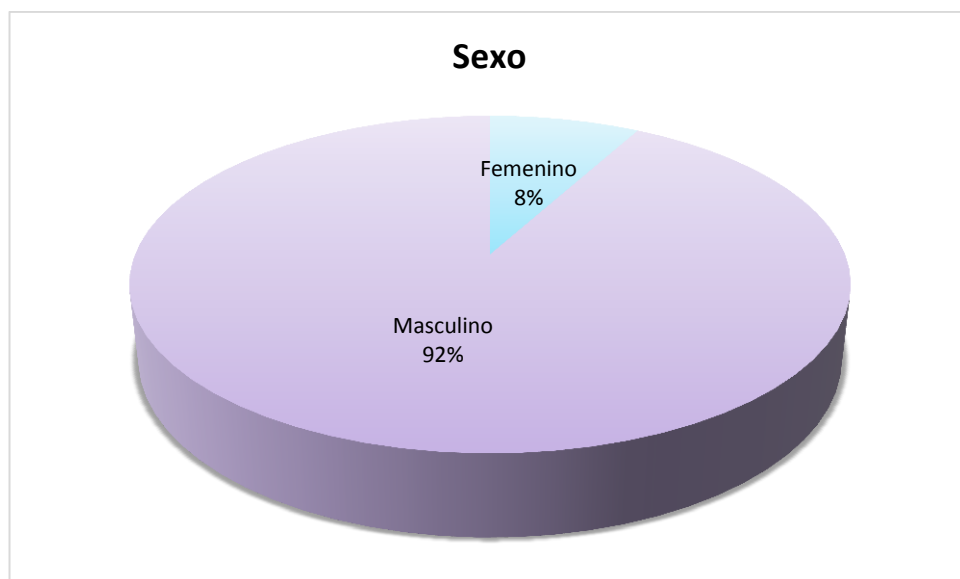
TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Matriz # 1

Sexo	f	%
Femenino	3	8
Masculino	37	92
Total	40	100%

Fuente de Investigación. Test de Funcionamiento Familiar, Autor: Pérez de la Cuesta, Isabel Lauro y Bayarre
Aplicado por: Diego Ramiro Valdivieso Celi

Gráfico # 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana puede causar más que problemas físicos. Las investigaciones demuestran que las personas que viven con VIH / SIDA, a menudo padecen trastornos de salud mental, como ansiedad, depresión; y esta sintomatología, no tienen discriminación en cuanto al sexo, de las personas, ya que afecta de igual manera tanto a mujeres como a hombres.

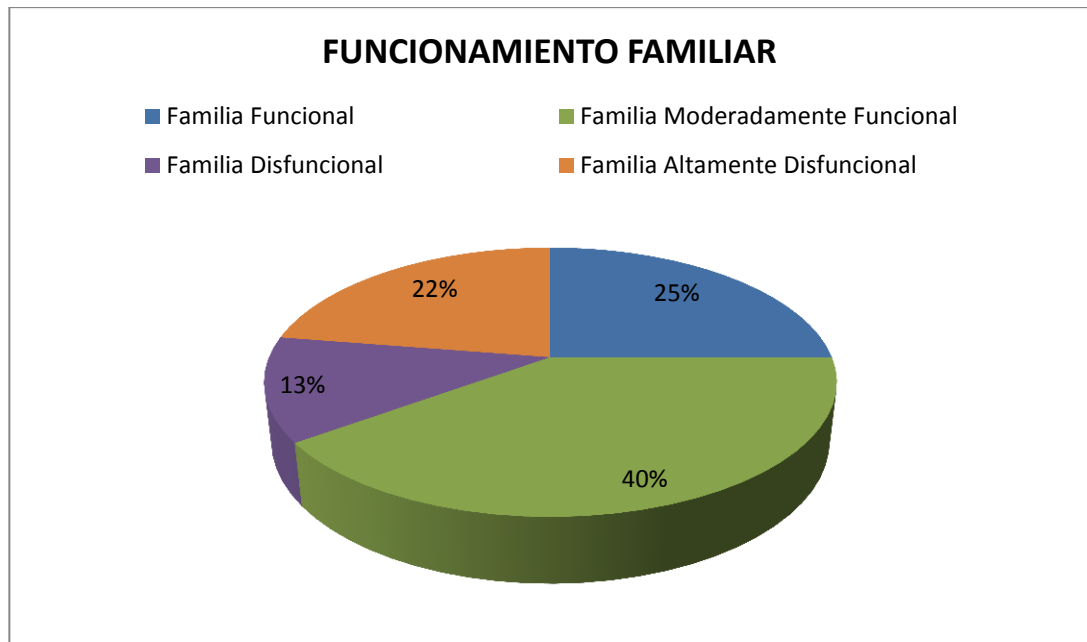
RANGOS CORRESPONDIENTES A FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Matriz # 2

RANGOS	f	%
Familia Funcional (57–70)	10	25%
Familia Moderadamente Funcional (43–56)	16	40%
Familia Disfuncional (28–42)	5	13%
Familia Altamente Disfuncional (14–27)	9	22%
Total	40	100%

Fuente de Investigación. Test de Funcionamiento Familiar, Autor: Pérez de la Cuesta, Isabel Lauro y Bayarre
Aplicado por: Diego Ramiro Valdivieso Celi

Gráfico # 2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La funcionalidad familiar, es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia, mientras que la disfuncionalidad familiar, abarca las situaciones conflictivas que van en detrimento del buen desarrollo de las habilidades de sus integrantes, en concreto de adolescentes y niños. Como se lo puede comprobar con los resultados de la investigación desarrollada, en la que del 100% de los pacientes investigados, el 40% pertenecen a familias moderadamente funcionales; un bajo porcentaje a familias funcionales y a familias altamente disfuncionales; y un mínimo porcentaje a familias disfuncionales.

Objetivo. 2. Indagar mediante el test de Hamilton el impacto psicológico en las familias de pacientes diagnosticados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA), que acuden a la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con (VIH-SIDA) del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

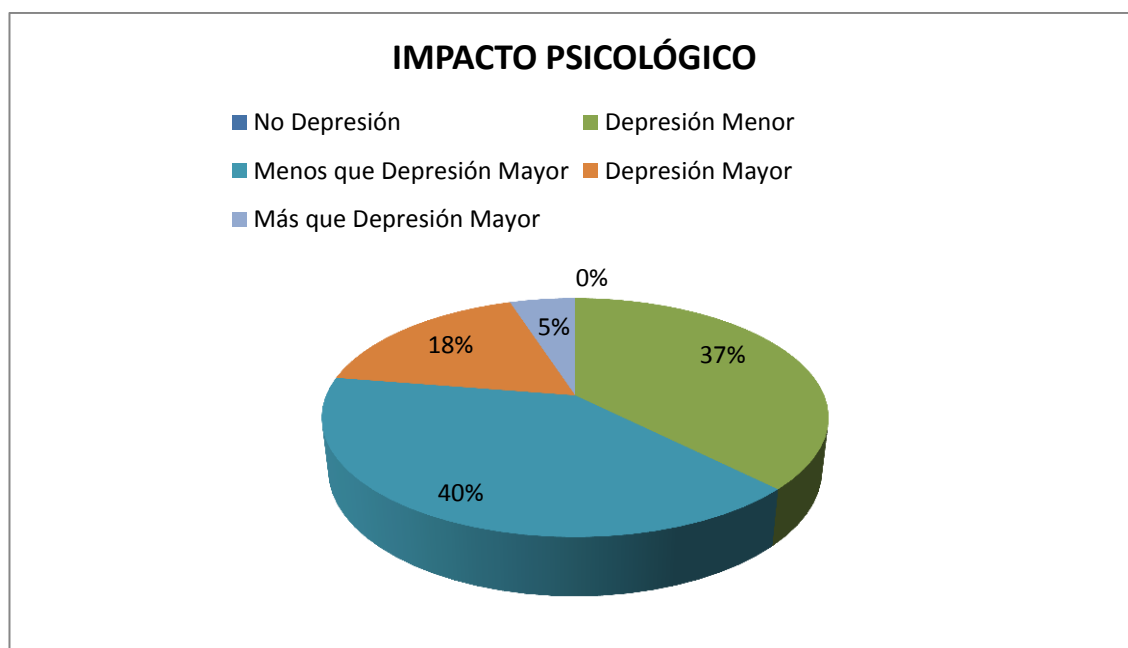
TEST DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN

Matriz # 3.

CRITERIOS OPERATIVOS DE EVALUACIÓN		
ESCALAS DE DEPRESIÓN	f	%
No Depresión (0-7)	0	0%
Depresión Menor (8-12)	15	38%
Menos que Depresión Mayor (13-17)	16	40%
Depresión Mayor (18-29)	7	17%
Más que Depresión Mayor (30-52)	2	5%
Total	40	100%

Fuente de Investigación. Test de Depresión de Hamilton (HDRS), Autor: M, Hamilton
 Aplicado por: Diego Ramiro Valdivieso Celi

Gráfico # 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se puede determinar que el 40% de los investigados presentan menos que depresión mayor sin embargo en un porcentaje inferior se diagnosticó depresión menor; misma que la Organización Mundial de la salud OMS (2012), indica que forma parte de un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracteriza por un estado de ánimo bajo o deprimido, con disminución del disfrute, apatía, sentimientos de minusvalía, ideación suicida y síntomas somáticos como insomnio y pérdida del apetito. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

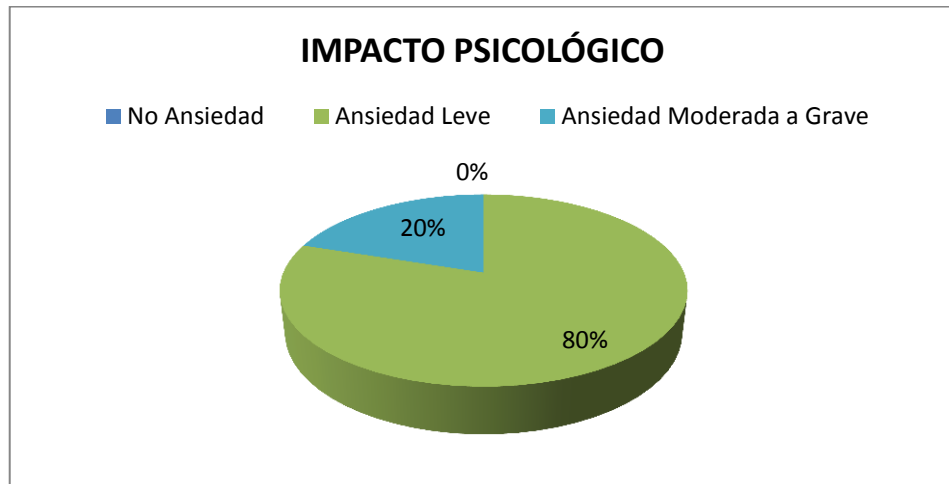
TEST DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

Matriz # 4.

CRITERIOS OPERATIVOS DE EVALUACIÓN		
ESCALAS DE ANSIEDAD	f	%
No Ansiedad (0-5)	0	0%
Ansiedad Leve (6-14)	32	80%
Ansiedad Moderada a Grave (mayor a 15)	8	20%
Total	40	100%

Fuente de Investigación. Test de Ansiedad de Hamilton (HARS), Autor: M, Hamilton
Aplicado por: Diego Ramiro Valdivieso Celi

Gráfico # 4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 80% de los pacientes investigados presentan ansiedad leve y en un porcentaje menor, son diagnosticados con ansiedad moderada a grave. El psicólogo Blay (2009), manifiesta que la ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida. En este sentido podemos considerar a la ansiedad como una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico. La ansiedad necesariamente positiva se entronca con lo cotidiano y entra de lleno en el campo de la motivación que nos hace alcanzar metas. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Ahora bien, la ansiedad neurótica es ya otra cosa y tiene otro significado que hay que situar en la órbita de las enfermedades psíquicas que provoca respuestas de evitación e inhibición, que mantiene un estado de alerta prolongado sin justificación alguna. Es entonces cuando lo malo se ve peor.

g. DISCUSIÓN

En el estudio denominado evaluación de la depresión, ansiedad en pacientes con VIH/SIDA; efectuados por Inmaculada Teva, María de la Paz Bermúdez, José Hernández-Quero, Gualberto Buena Casal, docentes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada, España y publicados en el 2005 p: 56-58, se puede evidenciar que la depresión y la ansiedad son frecuentes entre los pacientes con VIH/SIDA. En la investigación, la mayoría de los varones con VIH/SIDA muestra una sintomatología depresiva que oscila entre la depresión leve, moderada y grave. En cambio, la mayoría de las mujeres no manifiesta rasgos de depresión. Este resultado es interesante, pues en la población normal, es decir en los seres humanos que no padecen esta patología, se da la condición inversa, es decir, existe una mayor proporción de mujeres con sintomatología asociada a la depresión.

En cuanto a la ansiedad, una gran proporción de los varones de nuestra muestra presenta ansiedad estado, mientras que la mayoría de las mujeres no la muestra. Parece ser que las mujeres que participaron en esta investigación presentan un mejor afrontamiento a la infección que los varones. Se podría evaluar en posteriores estudios qué estrategias de afrontamiento emplean mujeres y varones, cuáles son más efectivas, qué diferencias hay por sexo en función de las estrategias de afrontamiento utilizadas y si realmente el manejo de diferentes estrategias de afrontamiento surte un efecto benéfico sobre la ansiedad y la depresión. Otro factor importante es que la incertidumbre generada por el desconocimiento de cómo va a evolucionar la enfermedad podría explicar los niveles elevados de rasgos de depresión y de la ansiedad estado en el grupo de varones, tal como apuntan algunas investigaciones.

En estas consideraciones, y en calidad de investigador, estoy de acuerdo, con los resultados del estudio efectuado por Inmaculada Tevan, María de la

Paz Bermúdez, José Hernández-Quero, Gualberto Buela Casal, en cuanto a la evaluación de la depresión y ansiedad en pacientes con VIH/SIDA; además debo enfatizar que este estudio se relaciona significativamente con los resultados de la presente investigación denominada el diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA) y su impacto en la funcionalidad familiar en pacientes de la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con (VIH-SIDA) del Hospital General Isidro Ayora de Loja; por cuanto el 40% presentan menos que depresión mayor; otro porcentaje inferior se diagnosticó con depresión menor y un porcentaje mínimo posee depresión mayor; y, el 80% de los pacientes investigados presentan ansiedad leve y en un porcentaje menor, son diagnosticados con ansiedad moderada a grave.

Es decir el impacto de ser diagnosticados con la patología del (VIH-SIDA), afecta, la salud mental de las personas, fundamentalmente en lo que concierne a depresión y ansiedad.

h. CONCLUSIONES

- Los pacientes diagnosticados con (VIH-SIDA) pertenecen a diversas familias sobresaliendo las moderadamente funcionales.
- Los pacientes diagnosticados con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, presentan depresión de menor a mayor grado.
- Los pacientes diagnosticados con (VIH-SIDA) en el Hospital General Isidro Ayora, presentan sintomatología asociada a la ansiedad de tipo leve, moderada y grave.
- Los pacientes con mayor tendencia a presentar depresión y ansiedad por el diagnóstico del (VIH-SIDA) son de sexo masculino y muy bajo porcentaje de sexo femenino.
- La Unidad de Atención Integral a personas viviendo con (VIH – SIDA) del Hospital General Isidro Ayora de Loja, no cuenta, con un equipo técnico de psicólogos clínicos que aporten a la atención integral de estas personas.

i. RECOMENDACIONES

- A las familias de los pacientes de la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con (VIH – SIDA) del Hospital General Isidro Ayora de Loja del (VIH-SIDA), se les sugiere fortalecer los lazos de familiaridad, el apego afectivo y el apoyo a la adherencia al tratamiento, del integrante de esta familia, que presenta esta patología

- Se incremente en la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con (VIH–SIDA) del Hospital General Isidro Ayora de Loja, un equipo de psicólogos clínicos, de forma permanente, para que se encarguen de la evaluación y de la intervención psicoterapéutica, de estas personas.

- A las autoridades de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, gestionen la posibilidad de realizar prácticas, a sus estudiantes, en la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con (VIH–SIDA) del Hospital General Isidro Ayora de Loja.

- A los pacientes que presentan niveles de depresión, efectúen la respiración profunda, para lo cual, deben ubicarse con las rodillas dobladas y los pies apoyados en el suelo alrededor de las caderas; y colocar una mano sobre el abdomen y respirar, haciendo una pausa entre cada inhalación y exhalación.

- A los pacientes que presentan ansiedad, se les sugiere efectuar ejercicio adecuado, ya que este ayuda a una tonificación muscular, evitando tanto la rigidez como el exceso de activación del sistema nervioso, propiciando un sano cansancio que favorece el sueño reparador y calma el exceso de cavilaciones y rumiaciones.

- A las autoridades de la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con (VIH–SIDA) del Hospital General Isidro Ayora de Loja, y concomitantemente al departamento de Salud Mental, se ejecute el plan de intervención y ofrecer alternativas psicoeducativas, que fortalezcan los lazos de familiaridad y garanticen la estabilidad emocional del paciente.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Presentación:

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es una enfermedad que lamentablemente no se detiene, muy a pesar de los esfuerzos de los gobiernos, las entidades y los organismos internacionales; al contrario se ha diseminado a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud, (OMS) en el 2012, expuso que más de 35,3 millones de personas están infectadas por el VIH.

Además es necesario considerar que la infección por VIH y el SIDA, a diferencia de muchas otras enfermedades, trasciende lo meramente individual para encadenarse con multiplicidad de consecuencias en variados niveles. Es decir las repercusiones de esta enfermedad inciden de manera directa en la funcionalidad de las familias de las personas que poseen esta patología.

De ahí la necesidad de realizar la intervención psicoeducativa, entendida como un proceso que permite brindar a las personas la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo, y más aún, en el caso de las familias de los pacientes que acuden a la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con (VIH–SIDA) del Hospital General Isidro Ayora de Loja, en la perspectiva de bríndales herramientas que les permita afrontar de manera adecuada, esta enfermedad y/o problemática; en la posibilidad de darles una mejor calidad de vida, mediante una adecuada funcionalidad de sus familias.

Objetivos:

General

- Facilitar a las familias y pacientes, que acuden a la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con (VIH-SIDA) del Hospital General Isidro, información veraz, efectiva y de calidad, en relación a la repercusión del diagnóstico del (VIH-SIDA), en el estado psicológico y dinámica familiar.

Específico

- Entregar a las familias y pacientes, que acuden a la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con (VIH-SIDA) del Hospital General Isidro Ayora, el plan psicoeducativo, que posibilite mejorar la funcionalidad familiar y por ende afrontar de mejor manera esta patología, en la perspectiva de mejorar la calidad de vida.

Metodología:

La intervención psicoeducativa, se la efectuara de manera grupal, bajo la modalidad de taller, con contenidos y técnicas inherentes afrontar el impacto psicológico del diagnóstico del (VIH-SIDA) en la funcionalidad familiar; encaminado a mejorar las relaciones familiares; tendrá una duración de tres días, en el horario de 09h00 a 12h00, y será dirigido a las familias y pacientes, que acuden a la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH-SIDA del Hospital General Isidro Ayora; se debe indicar que se cuenta con un diagnóstico previo.

ETAPAS DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA:

PRIMERA ETAPA:

En esta etapa se realizara el encuadre respectivo, en el cual se explica el objetivo del taller de manera detallada, lo que permite, establecer los compromisos de trabajo, y se generara la predisposición de los participantes a trabajar de manera optimista y sincera; además se recogerá las expectativas, compromisos y temores de los asistentes.

SEGUNDA ETAPA:

Analizando de manera detallada y adecuada, los resultados obtenidos en la investigación, se socializa el diagnostico, al que permitió llegar la investigación efectuada.

TERCERA ETAPA

Planificación de las actividades a desarrollar.

PRIMER DÍA:

HORA	TIEMPO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	MATERIALES	PARTICIPANTES
09h00 a 09h40	40 minutos	Presentación Dinámica	<p>Presentación del taller, presentación individual de cada uno de los expositores y su perfil profesional para dar el abordaje pertinente a la temática a tratar; seguido de una previa introducción sobre el VIH - SIDA, y su impacto en la familia, de modo que se cautive el interés de cada uno de los asistentes.</p> <p>Se aplicara la dinámica de los dichos, para lo cual previamente se escribirán en tarjetas, dichos divididos en dos partes, se les entrega a los asistentes, y ellos tendrán que buscarse para unir el dicho y se presentaran, dando un mensaje del dicho que les ha tocado (ejp. A grandes males....grandes remedios).</p>	Auditórium Sillas Proyector Computadora	Familias y pacientes, que acuden a la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH- SIDA del Hospital General Isidro Ayora. Facilitador
09h40 a 10h40	60 minutos	VIH - SIDA Conceptualización Causas Repercusiones: Físicas	<p>Primera parte: Exposición de la temática / 20 minutos</p> <p>Conferencia magistral, a través de diapositivas, sobre los contenidos a tratar.</p> <p>Segunda Parte: Trabajo en equipo: 25 minutos</p>	Auditórium Sillas Proyector Computadora	Familias y pacientes, que acuden a la Unidad de Atención Integral a personas

		Psicológicas En la familia Trabajo en equipo	Se conformaran cinco grupos de nueve personas organizados por el facilitador; los cuales se organizaran para realizar una reflexión, en torno a cómo ha repercutido que un integrante de la familia ha sido diagnosticado con VIH - SIDA Tercera parte: reflexiones individuales / 15 minutos Se le solicita a cada participante que exprese, de manera espontánea y sincera su opinión, sobre las reflexiones que han generado en su grupo.		viviendo con VIH-SIDA del Hospital General Isidro Ayora. Facilitador
10h40 a 11H00	20 minutos	Coffe break		Café con empanadas	Asistentes
11h00 a 12h00	60 minutos	Video La cura	Primera Parte: Proyección de la película la Cura Se proyectara la película denominada la Cura, que tiene una duración de 50 minutos y se les explica a los asistentes, que sobre esta película al día siguiente se trabajara. Tercera Parte: Cierre y despedida del primer día / 10 minutos. Cada participante va a tomar la hoja que se encuentra debajo de cada uno de sus asientos, que fue colada previamente y va a anotar la temática que le llamo más la atención, seguido se le solicita que de forma voluntaria compartan el porque les llamo más la atención y si se siente identificado con la misma.	Auditórium Sillas Proyector computadora	Familias y pacientes, que acuden a la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH- SIDA del Hospital General Isidro Ayora. Facilitador

SEGUNDO DÍA:

09h00 a 09h20	20 minutos	Caldeamiento del grupo	Se aplicara la dinámica el capitán manda, el facilitador pedirá a los asistentes que se agrupen, por número de participantes, color de zapatos o por sexo, con la finalidad de predisponer un estado de ánimo positivo hacia el taller.		
09h20 a 10h00	40 minutos	Reflexiones del video La cura	<p>Primera parte: indicaciones generales</p> <p>Se conformaran 6 grupos, indicándoles que el trabajo se trata sobre el video proyectado: primero tienen que ponerle un nombre al grupo con el que se identifican, luego decidir cuál es el personaje del video que les llamo la atención, posterior deben escribir el mensaje que les deja el video, para los cual se les entregara un paleógrafo y un marcador, luego todo el grupo tendrá que socializar su trabajo realizado</p> <p>Segunda parte: exposición y reflexión de los grupos</p>	Auditórium Sillas Proyector computadora Paleógrafos Marcadores Cinta	Familias y pacientes, que acuden a la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH- SIDA del Hospital General Isidro Ayora. Facilitador

10h00 a 10h20	20 minutos	Coffe break		Café con tamal	Asistentes
10h20 a 12h00	100 minutos	Familia y funcionalidad familiar Funciones de la familia Proyección del video la oportunidad	<p>Primera parte: conferencia magistral / 30 minutos Exposición de las temáticas a tratar, valiéndonos de diapositivas.</p> <p>Segunda Parte: Proyección video la oportunidad / 25 minutos</p> <p>Tercera Parte: Trabajo en grupo / 30 minutos Se conforman 6 grupos, indicándoles que el trabajo se trata sobre el video proyectado: primero tienen que ponerle un nombre al grupo con el que se identifican, luego decidir cuál es el personaje que les llamo la atención, posterior deben escribir el mensaje que les dejo y finalmente como ponerlo en práctica, para lo cual se les entregara un paleógrafo y un marcador, luego todo el grupo tendrá que socializar su trabajo realizado.</p> <p>Cuarta parte: reflexiones individuales / 15 minutos Finalmente se le solicita a cada participante, expresen que les ha parecido esta jornada de trabajo, y se les pide que para el día de mañana traigan un dinámica grupal de integración, para aplicarla en el taller.</p>	<p>Auditorium Sillas Proyector computadora Paleógrafos Marcadores Cinta Tijeras Goma</p>	<p>Familias y pacientes, que acuden a la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH- SIDA del Hospital General Isidro Ayora. Facilitador</p>

TERCER DÍA:

09h00 a 10h00	60 minutos	Dinámicas grupales	Los participantes, en función del orden que les toque, trabajaran con el grupo, aplicándoles la dinámica de integración grupal, que se les envió el día anterior	Auditórium Sillas	Familias y pacientes, que acuden a la Unidad de Atención Integral a personas viviendo con VIH- SIDA del Hospital General Isidro Ayora. Facilitador
10h00 a 10h20	20 minutos	Coffe break		Café con tamal	Asistentes
11h00 a 13h00	120 minutos	Acuerdos, compromisos y cierre del taller	Se mantendrá un proceso evaluativo, a través del dialogo socrático, donde se hace un recuento de todo lo visto y se da espacio para resolver inquietudes. Luego se ubicara unos paleógrafos al frente del auditórium con la finalidad de que los asistentes pasen a escribir los compromisos,	Auditórium Sillas Paleógrafos Marcadores Cinta	Familias y pacientes, que acuden a la Unidad de Atención Integral a personas

			que asumen consigo mismo y sus familias Finalmente se hará un cierre motivacional en el cual todos los participantes dejaron sus reflexiones, posteriormente se les agradecerá por su colaboración.		viviendo con VIH- SIDA del Hospital General Isidro Ayora. Facilitador
--	--	--	--	--	---

CUARTA ETAPA:

En esta se ejecutan y aplican las técnicas enunciadas en la tercera etapa.

QUINTA ETAPA:

Se realiza la evaluación del taller, para lo cual se aplicaran nuevamente los instrumentos que se utilizaron a un inicio, con la finalidad de poder contrastarlos y valorar la eficacia del taller.

j. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Adaptados de D.E. (1971) Hamachek, Encounters with the Self, Rinehart, Nueva York.
- ✓ Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the. Journal of Family Psychology.
- ✓ Ares, P. (2002) Psicología de Familia. Una aproximación a su estudio. La Habana: Editorial Félix Varela.
- ✓ Bertalanffy L. (1976) Teoría General de los Sistemas. Ed. Fondo Cultural: México.
- ✓ Borda Guillermo A (sf) Manual de Derecho de Familia”. Undécima Edición. Editorial Perrot, 1993. Buenos Aires Argentina.
- ✓ Bustamnte, Carlos (2011) La familia y sus funciones. Santiago – Chile.
- ✓ Cedré Soler Gerardo (2005) La familia frente al sida. Revista salud y vida. Buenos Aires - Argentina
- ✓ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades Clifton Rd. Atlanta.
- ✓ Cibanal, Luis (2013) Apuntes: introducción a la sistémica y terapia familiar.
- ✓ Engels Federico (1884). El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Alemania
- ✓ Glaser J. B. (2014), VIH y SIDA Descripción General Family Doctor, American Family Physician agosto. Estados Unidos.
- ✓ Gómez, Deybi. (2013) Teorías de funcionalidad familiar. Barcelona – España.
- ✓ Heller, Agnes (1998) Sociología de la vida cotidiana. Ed. Península, 5ta edición. Barcelona - España.
- ✓ Huerta, J. (1999). Estudio de salud familiar en Programa de actualización (1ª Ed.). México: Intersistemas 4 (pp.5)

- ✓ Iría Malde Modino (2014), Qué es la familia. Definición e implicaciones del concepto Autora Psicóloga infantil
- ✓ Jelin, E (1998). Pan y afectos. Ed. Fondo de cultura económica. Buenos Aires, Argentina.
- ✓ Merino, Antonio (2009). Guía de Actuación para Agentes de Salud en VIH/Sida. Editada por FUNDADEPS, España
- ✓ Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012
- ✓ Modino Iria Malde, (2014) Qué es la familia, ©Psicología Online.
- ✓ Molina Vélez Beatriz (1998) De los cambios en las familias a los cambios en la terapia. Cuadernos Familia Cultura y Sociedad.
- ✓ National Geographic Society (2013). El SIDA.
- ✓ Organización Mundial de la Salud, 2103.
- ✓ Prieto Flumencio, Casaña Sara, Ibarguchi Lorena, Pérez Silvia (2009), Efectos psicológicos de las personas afectadas por VIH-SIDA. Universidad de Granada. España
- ✓ Rafael Mejía (2014), Qué es una familia disfuncional, revista Salud y medicina. Barcelona - España
- ✓ Ramos Martínez Ricardo (2012) Antecedentes Históricos y Origen de la Familia, UMF/UMAA No 2.
- ✓ Rodrigo y Palacios (2000).Familia y desarrollo humano. Alianza editorial. Madrid.
- ✓ Somarriva U (1946), Manuel. "Curso de Derecho civil". Editorial Nacimiento Santiago de Chile.
- ✓ Steinglass (2009), El sistema familiar como estructura social y cultural.
- ✓ Watylawick, P. (1996) Teoría de la comunicación Humana ". ED. Heder. Barcelona. España
- ✓ Yumay azcué. (1995) Historia de la Psicoterapia familiar. Trabajo de curso. Facultad de Psicología.
- ✓ <http://familia-nucleoprimary.blogspot.com>

- ✓ <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/statistics.html>
- ✓ <http://www.xtec.cat/~mcodina3/familia/funcio.htm>
- ✓ <http://www.webconsultas.com/depresion/tipos-de-depresion-292>
- ✓ [www.upch.edu.pe/tropicales/qsomos/contenido/primercaso%20SIDA.](http://www.upch.edu.pe/tropicales/qsomos/contenido/primercaso%20SIDA)

k. Anexos

Anexo 1

Loja, 21 de noviembre del 2014

Doctora
Yadira Gavilánez
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA
Ciudad.-

De mi consideración:

En primera instancia aprovecho el medio para extenderle un saludo cordial y mis mejores deseos de éxitos en las actividades a usted encomendadas, que tan asertivamente desarrolla.

Diego Ramiro Valdivieso Celi, C.I. 1104362544, egresado de la carrera de Psicología Clínica, a usted muy comedidamente solicito:

Se autorice a quien corresponda el permiso para plantear y desarrollar mi tema de tesis denominado "El Diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-SIDA) y su Impacto en la Funcionalidad Familiar en pacientes de la Unidad de Atención Integral a Personas Viviendo con (VIH – SIDA) del Hospital General Isidro Ayora de Loja. Periodo Noviembre 2014- Febrero 2015".

Segura de contar con su favorable atención a la presente, anticipo mis sinceros sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,


Diego Ramiro Valdivieso Celi


HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
RECIBIDO
Loja, 21/11/2014 Hora: 10:45
Firma: Ximena T.
SECRETARIA GENERAL

Abogado
02/03/2015
2015-050-07
Dr. Jorge Guevara
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL
"ISIDRO AYORA"
COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Comp: 26-02-2015
Norm: 14H15
Automismo
Dr. Jorge Viquez
MSP-LXI-F1 N° 1
QUITO 1-X-1990
Reg. Nro. 567 C.M.L.

Anexo 2

TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

AUTORES: Pérez de la Cuesta, Isabel Lauro y Bayarre

Nombres _____

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en una familia. Necesitamos que usted marque con una X la respuesta según la frecuencia en que ocurra la situación.

		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1.	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2.	En mi casa predomina la armonía.					
3.	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4.	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5.	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6.	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7.	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones					

	difíciles.					
8.	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9.	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

VARIABLES QUE MIDE

VARIABLES	ITEM
Cohesión.	1 y 8
Armonía.	2 y 13
Comunicación.	5 y 14

Permeabilidad.	7 y 12
Afectividad.	4 y 14
Roles.	3 y 9
Adaptabilidad.	6 y 10

Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL); cuestionario conocido y aplicado en Cuba, en 1994; diseñado para medir la percepción de funcionamiento familiar que fuera de fácil aplicación y calificación para el equipo de atención primaria. Obteniendo una alta confiabilidad y validez.

Cuestionario mide funcionalidad a través de las siguientes dimensiones:

- La pregunta 1 y 8 mide la cohesión. Unión familiar, física y emocional al frente de las diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas
- La pregunta 2 y 13 mide la armonía, esta es la correspondencia entre los intereses y las necesidades individuales, con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- La pregunta 5 y 11 mide la comunicación. Los miembros son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.
- La pregunta 6 y 10 mide la adaptabilidad. Es la habilidad para cambiar estructura de poder, y de relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.
- La pregunta 4 y 14 mide la afectividad. Es la capacidad de los miembros de vivenciar, y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a otros.
- La pregunta 3 y 9 mide los roles. Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- La pregunta 7 y 12 mide la permeabilidad. Siendo la capacidad de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

MODO DE APLICACIÓN.

El test se responde en forma autoadministrada o no. Solo se marcara una X en el acápite elegido, no existe parámetros de tiempo.

MODO DE CALIFICACIÓN

Se otorgan los puntos de acuerdo a las categorías elegidas

Casi siempre.....5

Muchas veces.....4

A veces.....3

Pocas veces.....2

Casi nunca.....1

La puntuación total se obtiene a través de la suma de los puntos obtenidos en cada ítem y se ubica en el rango correspondiente.

Puntuación.	Diagnóstico.
70 a 57	Familia funcional
56 a 43	Familia moderadamente funcional
42 a 28	Familia disfuncional
27 a 14	Familia severamente Disfuncional

Anexo 3

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HDRS)

ITEMS		CRITERIOS OPERATIVOS DE VALORACIÓN
1	(Humor deprimido (tristeza, desamparo, inutilidad) depresión)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, postura, voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2	Sensación de culpabilidad	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3	Suicidio	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento se califica 4)
4	Insomnio Precoz	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5	Insomnio Medio	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Esta despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada; orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6	Insomnio Tardío	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7	Trabajo y Actividades	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicada a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8	Inhibición (lentitud del pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Palabra o pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el dialogo 3. Dialogo fácil 4. Torpeza absoluta
9	Agitación	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. "juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

10	Ansiedad Psíquica	<ol style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle
11	Ansiedad Somática	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante
12	Síntomas Somáticos Gastrointestinales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pérdida de apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.
13	Síntomas Somáticos Generales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14	Síntomas Genitales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante <p>Síntomas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15	Hipocondría	<ol style="list-style-type: none"> 0. No la hay 1. Preocupado de si mismo (CORPORALMENTE) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondriacas
16	Pérdida de pesos (completa A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) <p>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1kg en una semana (por término medio)
17	Insight (conciencia de enfermedad)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

DESCRIPCIÓN

- La HDRS consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.
- Ha de ser administrada por un clínico.
- El marco de referencia temporal es en el momento de la entrevista excepto para algunos ítems, como los de sueño
- en que se exploran los 2 días previos.
- Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación.
- A esta escala se le critica el hecho de que está contaminada de forma importante por síntomas de ansiedad (ítems
- 9-11) y por síntomas somáticos, lo que dificulta su administración en enfermos físicos.
- Es la escala más utilizada en la actualidad, aunque numerosos autores proponen como alternativa la escala de
- Montgomery-Asberg.
- Recientemente se han evaluado las propiedades psicométricas de las versiones en castellano de 21, 17 y 6 ítems:
 - La versión de 6 ítems (Bech y cols., 1981) está constituida por los ítems 1 (humor deprimido), 2 (sentimientos de culpa), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales) de la versión de 17 ítems.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño (Bech, 1996). También se ha descrito un factor de vitalidad-enlentecimiento (Tollefson y cols., 1993).

- La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. Los de Bech (1996) son los siguientes:
 - 0-7: no depresión.
 - 8-12: depresión menor.
 - 13-17: menos que depresión mayor.
 - 18-29: depresión mayor.
 - 30-52 más que depresión mayor
- Otros puntos de corte utilizados son:
 - 0-7: no depresión.
 - 8-14: distimia.
 - ≥ 15 : depresión de moderada a grave.
- El criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación ≥ 18 . Se considera remisión cuando la puntuación en la HDRS es < 7 .
- Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13), ansiedad (ítems 9-11), sueño (ítems 4-6) y vitalidad (ítems 1, 7, 8 y 14).
 - Para el índice de melancolía, Bech propone los siguientes puntos de corte: de 0 a 3, no hay depresión; de 4 a 8, depresión menor; > 8 , depresión mayor. Para el factor de vitalidad-enlentecimiento Judge y cols. (2000) utilizan los siguientes puntos de corte: < 8 , bajo enlentecimiento; ≥ 8 , nivel elevado de enlentecimiento.

Anexo 34

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (HARS)

Autor: M, Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, los siguientes síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems.

0. Ausente
1. Intensidad leve
2. Intensidad Moderada
3. Intensidad Grave
4. Totalmente Incapacitado

Definición Operativa de los ítems		0	1	2	3	4
1	Humor Ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
2	Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
3	Temores: A la obscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
4	Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
5	Funciones Intelectuales: (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
6	Humor Depresivo: Pérdida del interés. Falta de placer en los pensamientos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7	Síntomas Somáticos Musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambre, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					
8	Síntomas Somáticos Sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, sensaciones, parestesias (pinchazos, picazón u hormigueos).					
9	Síntomas Cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.					
10	Síntomas Respiratorios: Opresión o construcción en el torác (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o dificultad respiratoria).					

11	Síntomas Gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez.					
12	Síntomas Genitourinarios: (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia).					
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección).					
14	Comportamiento durante la entrevista: <ul style="list-style-type: none"> • General: el sujeto se muestra tenso. Incomodo, agitación nerviosa. • Fisiológico: traga saliva, temblor, mioclonias, eructa, taquicardia de reposo 					

DESCRIPCIÓN

La HARS es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad.

Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido. Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto. En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, diversos autores prefieren utilizar como criterio de respuesta el cambio en las puntuaciones en los 2 primeros ítems (humor ansioso y tensión) que la puntuación total, ya que los 12 ítems restantes no representan adecuadamente al trastorno de ansiedad generalizada.

El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista.

Es una escala heteroaplicada, Ballenger y Lewis han creado unas sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con el objeto de aumentar la fiabilidad interevaluadores.

A continuación se describen brevemente (son válidas para los 13 primeros ítems):

1. Identifique de entre todos los síntomas posibles para cada ítem el más problemático en los últimos días, y que sea debido ciertamente a ansiedad.
2. Determine para ese síntoma estos tres aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.
 - a) Gravedad: 1, leve, de poca importancia; 2, gravedad moderada y alteraciones; 3, alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto; 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.
 - b) Tiempo/frecuencia: 1, ocurre con poca frecuencia durante cortos períodos de tiempo; 2, ocurre parte del día o menos de la mitad de los días (menos de una tercera parte del tiempo de vigilia); 3, ocurre gran parte del día, durante la mayoría de los días (más de una tercera parte del tiempo de vigilia); 4, ocurre casi todo el tiempo.
 - c) Incapacidad/disfunción: 1, conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales; 2, los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones; 3, los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo (o interfieren gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales; 4, los síntomas causan incapacidad para realizar (o llevan a evitar) actividades en 2 o más de las áreas anteriores.

Haga la media entre las puntuaciones de gravedad y de tiempo/frecuencia y redondee la media en función de la puntuación de incapacidad.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.

Los puntos de corte recomendados son:

- 0-5: no ansiedad.
- 6-14: ansiedad leve.
- >_ 15: ansiedad moderada/grave.