



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
MODALIDAD PRESENCIAL
DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN PRÁCTICA) DEL EXAMEN
COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA

PROBLEMA:

RELACIONES FAMILIARES Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESIÓN DE UNA
NIÑA CON VIH.

AUTORA:

ADRIANA MARGOTH BAJAÑA PERALTA.

TUTOR:

MSC. LENIN PATRICIO MANCHENO PAREDES

BABAHOYO

ENERO-2020

RESUMEN

Este estudio de caso pretende Establecer la influencia que tienen las relaciones familiares en la depresión de una niña con VIH. El caso se desarrolla a partir de la llegada de una paciente remitida por la psicóloga del Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) de una Unidad Educativa, por presentar tristeza, sin ánimos de hacer algo, además presenta una enfermedad crónica la que es considerada código azul (VIH); para aquello se efectuó la evaluación psicológica pertinente y así mismo el estudio científica y teórica de las variables. Además para la recolección de información se usaron, técnicas como historia clínica, entrevista y pruebas psicométricas, lo cual permitió que el caso progrese, se llegó a un diagnóstico estructural el mismo que ayudó a establecer un esquema terapéutico personalizado con metas estructurales a cumplir y de este modo disminuir la sintomatología presentada por la persona intervenida la misma que presenta un cuadro depresivo mayor.

Palabras claves: Depresión, VIH, Relación Familiar, Tristeza.

SUMMARY

This case study aims to establish the influence that family relationships have on the depression of a girl with HIV. The case is developed from the arrival of a patient referred by the psychologist of the Department of Student Counseling (DECE) of an Educational Unit, for presenting sadness, focusing without encouragement to do something, also presents a chronic disease which is considered code blue (HIV); for that, the pertinent psychological evaluation and the scientific and theoretical study of the variables were carried out. In addition to the collection of information, techniques such as medical history, interview and psychometric tests were used, which allowed the case to progress, a structural diagnosis was reached which helped to establish a personalized therapeutic scheme with structural goals to meet and In this way, the symptomatology presented by the intervened person is reduced, which presents a major depressive condition.

Keywords: Depression, HIV, Family Relationship, Sadness.

ÍNDICE

| | |
|------------------------------|----|
| CARATULA..... | 1 |
| RESUMEN | 2 |
| SUMMARY | 3 |
| ÍNDICE | 4 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 2. DESARROLLO..... | 3 |
| 3. RESULTADOS OBTENIDOS..... | 12 |
| 4. CONCLUSIONES..... | 17 |
| 5. BIBLIOGRAFIA | 19 |

1. INTRODUCCIÓN.

El VIH/SIDA es una problemática que afecta directamente el área emocional de los miembros de la familia, lo cual, repercute sin duda de forma negativa en su calidad de vida y la de la persona portadora. Los padres, madres o tutores, por ejemplo, al conocer el diagnóstico pueden experimentar diferentes emociones: un shock emocional, una fase de aislamiento, negación y desesperanza por la noticia. Si existe un sistema familiar poco saludable se genera efectos negativos dentro del mismo, mucho más lo será para aquel individuo que esté pasando por una enfermedad catastrófica como poseer el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), donde es evidente su vulnerabilidad biopsicosocial.

La presente investigación de estudio de caso se llevó a cabo en la Unidad Educativa Del Milenio Carlos Alberto Aguirre Avilés, de la Parroquia La Unión del Cantón Babahoyo y lo que se pretende es describir la influencia que tienen las relaciones familiares en la depresión de una niña con VIH. Además este trabajo responde a la línea de investigación de la carrera de psicología clínica Prevención y Diagnóstico y a su vez a las sub-línea de investigación Funcionamiento socio afectivo en el ámbito familiar.

Este caso de estudio se realizó utilizando técnicas y herramientas psicoterapéuticas que permitieron llegar a un diagnóstico estructural, el mismo que sirvió para realizar un esquema terapéutico con el fin de mejorar la calidad de vida de la familia y la y la niña con VIH.

Este trabajo también está estructurado por varios apartados, uno de ellos es el **desarrollo** donde se justifica la realización del mismo, dando los principales motivos para su ejecución; también se establece el objetivo del trabajo que implica la meta a alcanzar; del mismo modo se hizo la revisión teórica y científica de cada variable del tema y que se pueden evidenciar en el sustento teórico; además toda la información se la obtuvo gracias a la aplicación de técnicas e instrumentos de recolección de información como la historia clínica, entrevista clínica y tests.

Luego encontramos los Resultados Obtenidos donde se narra de manera explicativa y progresiva el desarrollo del caso, aquí también se presentan las situaciones

destacadas con las cuales se llegó a establecer el diagnóstico estructural, a partir de este diagnóstico se plantea soluciones terapéuticas para mejorar la situación del usuario con depresión y su relación familiar. Por último se presentan las conclusiones y recomendaciones a las cuales se llegaron analizando todo el proceso de este caso desarrollado.

2. DESARROLLO

Justificación

Los niños portadores de VIH son una realidad palpable y muchos de ellos no tienen acceso al tratamiento y cuidado adecuado en el ámbito psicológico. Los niños y niñas son un grupo más vulnerable en cuanto al contagio por el VIH/SIDA. El progreso del virus sigue un curso distinto al de los adultos y esto se debe a la inmadurez del sistema inmunológico; el diagnóstico además tiene un impacto diferente, ya que los contextos en el que los menores se desenvuelven son diferentes, como por ejemplo el contexto familiar y también el escolar.

Desarrollar este caso es de gran importancia, porque permite hacer un análisis a profundidad de una problemática presente en nuestra sociedad que en muchas ocasiones es minimizada y no nos damos cuenta que las relaciones dentro del entorno familiar son de gran importancia para que cada miembro pueda sobrellevar de mejor manera las situaciones que lo quejan en este caso la depresión sumada a ser portador de VIH.

Cabe puntualizar que los principales beneficiarios serán la paciente y su familia. Ya que al ser intervenido psicológicamente mejorará su calidad de vida en los diferentes aspectos en los que interactúen, además de que esto permitirá que la paciente llegue a resultados favorables en el proceso psicoterapéutico.

Por lo tanto llega a ser factible el desarrollar este caso porque se cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios y establecidos por la Carrera de Psicología Clínica y la Universidad Técnica de Babahoyo.

El presente trabajo procura enfocarse en describir la influencia que tienen las relaciones familiares en la depresión de una niña con VIH; además de contar con el sustento teórico y científico este trabajo aportará información de primera mano concerniente a la problemática tratada, y de esta manera sirva de base para investigaciones futuras.

Objetivo General

Describir la influencia que tienen las relaciones familiares en la depresión de una niña con VIH.

Sustentos Teóricos

La familia

La familia es especificada como un conjunto social primario, en donde se puede hallar convivencia entre varias generaciones. Los miembros de dicho grupo social están unidos por los llamados lazos de parentesco y una experiencia de intimidad que se extiende y perdura a través de los tiempos. Según Losada (2015), define a la familia como: “Un sistema abierto conformado por un grupo complejo de sujetos en permanente evolución, que comprenden miembros en desigual fase de crecimiento, que desempeñan roles y funciones interrelacionadas y diversificadas” (p.9).

Relaciones familiares

La vida en familia es un fuerte conductor educativo al que debe brindar tiempo y energía. En el núcleo familiar se trata de cubrir las necesidades más precisas de cada uno de los integrantes de la familia, necesidades como comer, dormir, alimentarse, vestirse, etc. También se demuestra amor, afecto, cariño, protección y se va preparando a los hijos para cuando les toque llegar a la adultez, favoreciendo así con la integración en la sociedad (Vargas, 2015).

La familia en el primer lugar la principal fuente donde recibir la información sobre las actitudes, valores sociales y personales. Además es donde se alojan información sobre uno mismo, y como son los miembros del sistema familiar, por medio de las opiniones, juicios de valor y la calidad del trato que se otorgan. Así mismo la familia sirve para desarrollar la confianza en sí mismo gracias a las expresiones de amor y de

reconocimiento a través de cubrir las necesidades afectivas básicas como: el afecto, de aceptación y de seguridad que expresan cada uno de los integrantes del grupo familiar. Esta a su vez asegura estabilidad emocional, social y económica. Es donde en una primera instancia se aprende a dialogar, escuchar, conocer y poder desarrollar los derechos y deberes como persona humana (Gutiérrez et al., 2017).

Familias y menores con VIH

Las familias de los menores con VIH también suelen tener alteraciones psicológicas concernidas especialmente con el sentimiento de culpa, el miedo a la progresión de la enfermedad, a la muerte, además porque esto implica sobrecargas familiares, esto también puede influir en el estado de ánimo de los menores. Este tipo de enfermedad crónica a menudo influye en la dinámica y sistema de creencias familiares, causando a veces el rompimiento del equilibrio en la familia. Es por esto la terapia y orientación familiar es recomendadas. Cuando la enfermedad crónica se origina en edad infantil, esta suele contribuir niveles altos de estrés a la familia, y en muchas ocasiones la intervención por parte de los profesionales de la psicología (Conde Higuera et al., 2016).

En estudios realizados por Campbell (2014), señala que son un grupo de riesgo para sufrir violencia intrafamiliar encontrando que un 23% de los menores con VIH atendidos por servicios sociales eran por motivos de negligencia y maltrato por parte de familiares (Campbell et al., 2014).

Aspectos psicológicos del VIH

En un individuo portador del VIH se presenta ciclos psicológicos en los que de acuerdo al estadio de la enfermedad se presentan cierto tipo de emociones y conductas. Por ejemplo en la etapa inicial se evidencia el miedo a infectar a otra persona, incluido el sentimiento de culpa y fracaso generando aislamiento en el sujeto portador. Posteriormente en una etapa intermedia, sigue estando presente el miedo, pero en esta ocasión es al deterioro de la salud y a los efectos desfavorables de la enfermedad, y es constante el sentimiento de hastío y el mecanismo del abandono. Luego ya en la última etapa se

presenta el miedo a morir, se presenta un sentimiento recurrente de pérdidas generalizadas y a esto incorporado la negación como mecanismo de defensa (Cardona, 2016).

Discriminación y estigma como posible causa de los trastornos psicopatológicos en niños, niñas y adolescentes con VIH

Cuando un menor sufre otro tipo de padecimiento crónico (diabetes, cáncer), las familias a menudo informan a personas cercanas, familiares, centro escolar, etc., para que esta situación sea comprendida y se pueda tender una buena red de soporte; sin embargo, cuando la enfermedad en cuestión es la infección por VIH/SIDA, puede ocasionar rechazo, lo que hace que se esconda el diagnóstico tanto a otras personas como al propio menor. Dicha estigmatización les genera problemas psicológicos como depresión y dificultades de adaptación. Además se disminuye el autoestima pues, el secreto familiar aumenta el estrés y lleva al aislamiento y a sentimientos de soledad en los individuos (Herrera et al., 2019).

Consecuencias psicológicas por el VIH en niños y niñas

Un asunto muy habitual que se atañe con la sintomatología depresiva es la posible pérdida de los padres, que no solamente es incierta por el proceso de duelo, sino porque los niños y niñas se han criado en situaciones especiales: en familias de acogida o adoptivas, familias monoparentales, familias con padres enfermos, etc. Estas circunstancias genera que los menores no sean asistidos como merecen en algunas situaciones, o por el contrario, se puede llegar a un círculo peligroso de sobreprotección (Trejos, 2015).

Trastornos del estado de ánimo y VIH

Se registra un alto porcentaje de menores diagnosticados con Trastorno Depresivo que es el principal trastorno psicológico en niños, niñas y adolescentes con VIH. Sin contar que también se presenta altos niveles de ansiedad, bajo rendimiento escolar y, en mucho de los casos, ideación suicida asociados a estos estados depresivos (Nhamba, 2014).

Depresión

La depresión es un problema que involucra los sentimientos; puede presentarse desde una reacción exagerada a un estado normal de tristeza, se pueden experimentar sentimientos de vacío en el que el individuo aún puede ser funcional hasta llegar a una depresión absoluta, falta de esperanza y postración. En el caso de que una persona llegue a la depresión grave incluso sus funciones se ven afectadas y empezar a tener respuestas somáticas como cefaleas, mareo, taquicardia, etc. (Trickett, 2012).

Depresión infantil

La población infantil es capaz de hacerse cargo de su propia realidad, principalmente cuando esta es diferente a la de sus pares. Por lo tanto es importante conocer que la depresión infantil es el estado de ánimo donde prevalece la tristeza, por lo tanto es una alteración grave que requiere un tratamiento específico. La depresión en niños puede ser severa y de larga duración, lo cual afecta el comportamiento de los menores en los entornos familiar, social y escolar. Son pocas las investigaciones acerca de esta problemática y en la mayoría de los casos es diagnosticada con los mismos criterios diagnósticos de la depresión en adultos (Collazos & Jiménez, 2013).

Diagnóstico de la depresión

Según el DSM-5 los criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor son el siguiente:

Cinco o más de los síntomas siguientes, presentes durante las últimas dos semanas y que representen un cambio al funcionamiento previo; Al menos uno de los síntomas es (1) Ánimo bajo (disforia) o (2) Pérdida del interés o de placer (anhedonia)

- Ánimo bajo la mayor parte del día, casi todos los días, ya sea por reporte subjetivo u observado por otros. En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable

- Disminución importante del interés o placer en casi todas, de las actividades todo el día, casi todos los días

- Baja significativa de peso sin dieta o aumento de peso (5% de cambio) o cambios en el apetito casi todos los días. En niños considerar el fracaso para el aumento de peso esperado

- Insomnio o hipersomnia casi todos los días. -Agitación o retardo psicomotor casi todos los días

- Fatigabilidad o pérdida de energía casi todos los días

- Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva, casi todos los días

- Disminución de la capacidad para concentrarse, casi todos los días

- Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o intento suicida o plan específico para cometer suicidio

- Los síntomas causan malestar clínicamente significativa o deterioro en las funciones sociales, ocupacionales, u otras áreas importantes del funcionamiento

- El episodio no es atribuible a los efectos de sustancias u otra condición médica

- La ocurrencia de este episodio no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizoide, alucinaciones u otro trastorno especificado o no del espectro esquizoide y otros trastornos psicóticos

- Nunca ha presentado un episodio maniaco o hipomaniaco, no relacionado al uso de sustancias (American Psychiatric Association, 2013, p. 104).

Tratamiento psicológico en menores con VIH y sus familias

El tratamiento de los problemas psicológicos en pacientes con VIH es fundamental para atenuar la sintomatología tanto interna como externa, y se optan por el tratamiento psicológico de enfoque cognitivo conductual en mixtura con el farmacológico cuando sea preciso. Es necesario e realizar un asesoramiento psicológico que involucra tanto a padres o personas cuidadoras como a menores. A los padres se les debe facilitar la información necesaria, adiestrarlos en el manejo de las propias emociones, ayudarlos a hablar de sus preocupaciones, enseñarles a afrontar al estrés, ayudarles a hacer frente a las incertidumbres, fomentar a que ayuden a los menores en el proceso de su propia enfermedad, y entrenarlos en habilidades de afrontamiento y prepararlos para el instante de la muerte y el duelo, si fuese necesario(Conde, 2016).

Técnicas aplicadas para la recolección de la información

Para poder desarrollar este caso de manera efectiva y con el respaldo científico necesario se utilizaron diferentes técnicas y herramientas psicológicas las mismas que son detalladas a continuación:

Observación clínica.

Es una técnica psicodiagnóstica esencial que no sólo permitió establecer el diagnóstico, terapia y pronóstico, sino que también se utilizó en procesos de prevención de recaídas. A través de la utilización de esta técnica de recolección de información de puedo obtener datos significativos de signos, conductas y comportamiento que la paciente y su entorno familiar expresaron durante cada una de las sesiones.

Entrevista clínica.

Por medio de esta técnica se estableció la comunicación inicial con la paciente permitiendo establecer la empatía y el rapport, de esta manera utilizando preguntas abiertas y cerrada a través de una entrevista semiestructurada, se pudo obtener información relevante de la sintomatología que presentaba la paciente, esta misma técnica se utilizó para la recopilación de datos provenientes de los familiares.

Historia clínica.

Es una herramienta indispensable donde se registra la información relevante del paciente la misma que se obtiene a través de la entrevista clínica, este documento guarda el historial médico y psicológico del evaluado/a desde su nacimiento hasta la edad actual, además del motivo de consulta y el inicio del problema que lo le aqueja.

Cuestionario.

Es otra herramienta que se te utilizo para la recolección de información que se fue elaborando de manera semiestructurada a medida que surgía nueva información en cada sección y sirvió para hacer las entrevistas y llenar la historia clínica.

Pruebas psicométricas

Para corroborar la información obtenida y dar validez al diagnóstico se utilizaron las siguientes pruebas psicométricas:

Cuestionario de depresión infantil de KOVACS (CDI): es una escala de tipo verbal escrita que cuantifica un rango de síntomas depresivos cuyos ítems están relacionados con la sintomatología que presenta el DSM V, los 27 ítems con los que consta tiene 3 alternativas que varían de acuerdo a la selección del evaluado. Dichas alternativa fluctúan entre la normalidad y el compromiso clínico de la depresión, dependiendo de la puntuación obtenida (Ramirez, 2011).

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FASESIII): es una de las escalas desarrolladas para evaluar dos de las dimensiones del Modelo Circunflejo de Sistemas familiares y Maritales: la cohesión y la flexibilidad familiar (Schmidt et al., 2010).

3. RESULTADOS OBTENIDOS

Desarrollo del caso.

Menor de 12 años de género femenino, estudiante de educación básica es remitida por la psicóloga del Departamento de Consejería Estudiantil (DECE) por presentar tristeza, se encuentra sin ánimos de hacer algo, además presenta una enfermedad crónica la que es considerada código azul (VIH), por otro lado paciente manifiesta que se siente triste porque su madre no está con ella y sobre todo porque vio cómo murió esta actualmente viviendo con sus abuelos quienes no se preocupan por su bienestar.

- Sesión primera, se realiza el primer encuentro donde se expresa el motivo de consulta, se apuntan datos de filiación y se da inicio a la entrevista para llenar la historia clínica, la psicóloga del DECE ofrece datos generales básicos pero relevantes sobre la paciente que permitieron establecer la empatía y el rapport.
- Sesión segunda, se sigue abordando con ayuda de la entrevista clínica, se realizaron preguntas selectas que accedieron ahondar en la problemática; se registró de forma sintetizada el cuadro psicopatológico en el cual la paciente expresa tristeza y melancolía, la incursión del cuadro psicopatológico se inicia aproximadamente 5 años. Además se hace el registro de los antecedentes y topología familiar, y se inicia con la anamnesis y se elabora el genograma familiar.
- Sesión tercera, se sigue buscando datos para terminar la anamnesis y en la entrevista se indaga sobre toda la infancia de la paciente para lo cual la abuela enuncia que últimamente la ve triste y duerme mucho, se realizó la exploración mental de la menor, y no se pudo concretar una entrevista con el padre de la paciente.
- Sesión cuarta, se aplica Cuestionario de depresión infantil de KOVACS (CDI) el cual le tomó 20 minutos en la aplicación y luego se aplicó la

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FASESIII) el mismo que tuvo una duración de 15 minutos.

- Sesión 5, se realiza la entrevista de devolución con los tutores, en este caso los abuelos para dar el diagnóstico, además se brinda la información necesaria sobre la problemática que presenta la evaluada y de da indicaciones de cómo se debe proceder en esta situación.

Situaciones destacadas.

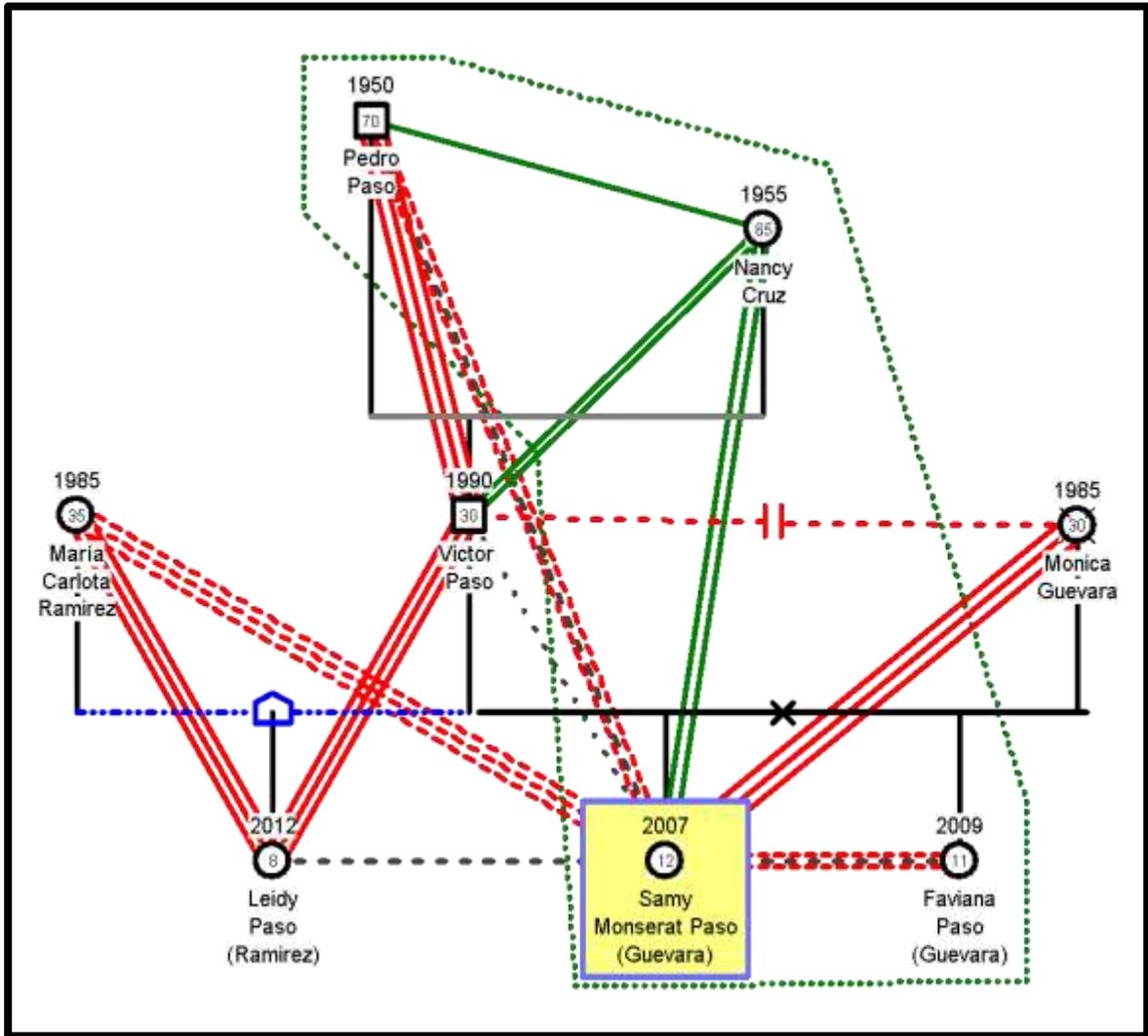
Ayudados por las técnicas y herramientas psicodiagnósticas se pudo establecer un diagnóstico estructural, la información más destacada y relevante de este caso se detallan continuación:

La menor evaluada los siguientes síntomas; estado de ánimo deprimido, falta de interés por casi todas las actividades del diario vivir, falta de sueño, angustia, sentimiento de no ser útil generado por los familiares que dicen que no vivirá mucho tiempo; además bajo rendimiento académico, la relación con su padre y sus abuelos no es buena, dificultad en aprender rápido o entender.

Esta serie de síntomas se hicieron recurrentes desde que su madre murió; el contenido y curso de pensamiento se presentan normales, se expresa con un lenguaje es claro y coherente, su contextura física es delgada, su vestimenta deteriorada, zapatos sucios y de nivel socioeconómico bajo.

Genograma familiar

La paciente vive con sus abuelos, abuela Nancy de 65 años ama de casa, abuelo Otón de 75 años Jubilado abuelos por parte paterno, su padre Víctor de 30 años trabaja en la bananera tiene otro compromiso con María de 35 años y tienen una niña Leidy de 8 años. Su madre Mónica falleció a los 30 años hace 5 años por VIH/SIDA. Su Hermana por parte de padre y madre Fabiana de 11 años estudiante del 6to Básica, PI Sammy de 12 años estudiante del 8vo B.



En cuanto a la relación Abuelos son casados, padres de la PI eran separados, con la actual pareja del papa son casados, tienen una buena relación con su esposa y su hija de 8 años, la PI no tiene buena relación con su papá, ni con su abuelo, ni con su hermana Fabiana, se relaciona bien con su abuela y con la mamá fallecida tenía una excelente relación.

Cuestionario de depresión infantil de KOVACS (CDI): la paciente obtuvo una puntuación de 30, siendo 19 una puntuación dentro de la normalidad, por lo tanto esta puntuación corrobora el diagnóstico de depresión en la paciente.

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FASESIII): en esta prueba la evaluada obtuvo la puntuación de 29-30 lo que representa que la familia

en relación a la cohesión se halla desligada y en cuanto a adaptabilidad es caótica, lo que indica que el entorno familiar no es el más adecuado para la paciente con depresión.

Diagnóstico Estructural:

F33.2 Trastorno depresivo mayor (296.33)

Soluciones plateadas.

Para mejorar el estado de ánimo y la calidad de vida de la paciente se plantea siguiente esquema terapéutico con enfoque cognitivo conductual:

Metas generales de la terapia:

- Limitar las ideas disfunciones.
 - Mejorar el nivel de razonamiento positivo
 - Mejorar la habilidades interpersonales
 - Evitar recaídas.
- **Meta 1: Limitar las ideas disfunciones**

Para llegar a esta meta se utilizaran las siguientes técnicas:

Reestructuración cognitiva: por medio de esta técnica se lograra disminuir las ideas o factores cognitivos disfuncionales que presenta la paciente con depresión, esto implica que el paciente identifique mejor y alertar los pensamientos desadaptativas.

Terapia de resolución de problemas: por medio de esta técnica lo que se va lograr es aumentar la capacidad de afrontamiento de la paciente al momento de encontrarse en situaciones estresantes.

- **Meta 2: Mejorar el nivel de razonamiento positivo.**

Para llegar a esta meta se utilizarán las siguientes técnicas:

Curso de afrontamiento de la depresión: esta técnica nos permite lograr que la paciente modifique y la calidad de interacción, aquí se enseñan técnicas de relajación, automanejo cognitivo y habilidades para manejar el estrés, además incrementará la participación en actividades placenteras.

Activación conductual: por medio de esta técnica se pretende aumentar el comportamiento gratificante y productivo de la paciente, a través de combinar la planeación de recompensa y las actividades placenteras.

- **Meta 3: Mejorar la habilidades interpersonales.**

Para llegar a esta meta se utilizarán las siguientes técnicas:

Entrenamiento en habilidades sociales: lo que se va a lograr con esta técnica es que se incremente la participación en actividades sociales, con el fin de incrementar el reforzamiento positivo y desarrollar comportamientos prosociales y evitar recaídas en la paciente.

- **Meta 4: Evitar recaídas.**

Para evitar recaídas se hace un refuerzo antes de dar por concluido el proceso psicoterapéutico con las siguientes técnicas:

- Terapia de resolución de problemas
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- Entrampamiento en habilidades sociales

4. CONCLUSIONES

Las relaciones familiares cumplen un rol muy importante en el desarrollo socio-afectivo y emocional de cada persona, tener una relación armoniosa y asertiva con cada uno de los miembros del sistema familiar implica un factor de protección y fortaleza para enfrentar las adversidades que se presentan en el diario vivir de cada individuo, y mucho más si este mismo individuo está pasando por una situación catastrófica en este caso ser portador/a del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Si de por sí es complicado y frustrante saber que la vida se puede acabar en cualquier momento, mucho más lo es no sentirse apoyado por parte de la familia, vivenciar el rechazo, palabras de desaliento y ser apartado de toda actividad que implique el contacto directo con los seres queridos, generan un declive emocional y anímico generando depresión en los individuos portadores de VIH y mucho más si se trata de un niño, además esto provocando que sus defensas bajen y el virus ataque el sistema inmunológico y se generen complicación en la salud. Por lo tanto es primordial el apoyo y comprensión de los familiares de la paciente, ya sean de cualquier grado de consanguinidad y/o de los cuidadores en caso de que falten los padres como en el caso estudiado donde falta la madre que murió por SIDA, y actualmente está siendo cuidada por sus abuelos quienes no le están dando la atención y cuidados necesarios.

Una vez iniciado el proceso de evolución se pudo encontrar una sintomatología relevante que cumplen con los criterios diagnósticos para Depresión Mayor sustentados con el DSM-5. Por otro lado en el Cuestionario de depresión infantil de KOVACS (CDI), donde paciente obtuvo una puntuación de 30, siendo 19 una puntuación dentro de la normalidad, corrobora el diagnóstico de depresión. Además en la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FASESIII), la evaluada obtuvo la puntuación de 29-30 lo que representa que la familia en relación a la cohesión se encuentra desligada y en cuanto a adaptabilidad es caótica, y se puede aseverar que las relaciones familiares influyen en el estado de ánimo de la paciente agravando el cuadro depresivo.

Una vez que se obtuvo el diagnóstico se elaboró un esquema terapéutico con enfoque cognitivo conductual acorde a las necesidades de la paciente, el mismo que se realizó de manera individual debido a que no hubo colaboración por parte de los familiares y/o cuidadores; en dicho se plantearon metas como limitar las ideas disfunciones, mejorar el nivel de razonamiento positivo, mejorar la habilidades interpersonales y evitar recaídas.

El tratamiento no se pudo concluir porque la paciente dejó de asistir a las sesiones e incluso dejó de asistir a clases. Por lo que se recomienda el apoyo de la familia ya que es primordial para que la paciente salga del cuadro psicopatológico en el que se encuentra, asimismo esto ayudará para que el tratamiento tenga mejores resultado en caso de ser retomado. Además el esquema terapéutico presentado en este caso está elaborado en función a las necesidades de la paciente, por lo tanto se recomienda que sea tomado como guía mas no como un esquema fijo, ya que los resultados podrían no ser óptimos en otro paciente con el mismo diagnóstico.

5. BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association.(2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®).American Psychiatric Pub. 104.
- Campbell, T., Griffiths, J., Beer, H., Legemah, P., & Saine, M. (2014). HIV+ children and their families in the UK: Results from a family-clinic based 'look-back' exercise in London. *Perspectives in PublicHealth*, 134(1), 31-37. <https://doi.org/10.1177/1757913912474396>
- Cardona, D. (2016). Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. 15. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2016000600010&script=sci_arttext&tlng=en
- Collazos, D., & Jiménez, Á. (2013). Depresión Infantil: Caracterización Teórica Introducción. 15, 15-19.
- Conde Higuera, P., Pimentel Ramírez, M. L., Díaz Ávila, A., & Domingo Moratalla, T. (2016). Estigma, discriminación y adherencia al tratamiento en niños con VIH y SIDA: Una perspectiva bioética. *Acta bioethica*, 22(2), 331-340. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2016000200020>
- Conde, P. (2016). - Document—Stigma, discrimination and adherence to treatment of children with HIV and AIDS. A bioethical perspective/Estigma, discriminacao e aderencia a tratamento em crianças com HIV e AIDS. Uma perspectiva bioetica/Estigma, discriminacion y adherencia al tratamiento en niños con VIH y sida. Una perspectiva bioetica. 22(2), 331.
- Gutiérrez, M., Santos, A. M., Sancho, P., & Galiana, L. (2017). Relaciones familiares, prácticas educativas de los padres y valores de los adolescentes angoleños. *Psychology, Society, & Education*, 5(1), 59-75. <https://doi.org/10.25115/psye.v5i1.496>

- Herrera, A., Cianelli, R., & Ferrer, L. (2019). Estigma y discriminación a usuarios con VIH/SIDA por parte de los trabajadores de salud. 49-58.
- Losada, A. (2015). Familia y Psicología. Editorial Dunken. 9.
<https://books.google.com.ec/books?id=dj8gCAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Familia+y+Psicolog%C3%ADa&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiZwa3roJbnAhXFjVkKHTJMBrAQ6AEIKDAA#v=onepage&q=Familia%20y%20Psicolog%C3%ADa&f=false>
- Nhamba, L. (2014). SciELO - Salud Pública—Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. 40.
- Ramirez, R. (2011). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca.
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/409>
- Schmidt, V., Barreyro, J., & Maglio, A. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? Escritos de Psicología (Internet). http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1989-38092010000100004&script=sci_arttext&tlng=pt
- Trejos, A. (2015). Efectos en la adherencia al tratamiento y en el ajuste psicológico luego de la revelación del diagnóstico de VIH/SIDA con el modelo clínico «DIRE» en niños y jóvenes colombianos menores de 17 años. 32(4).
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182015000500007&script=sci_arttext
- Trickett, S. (2012). Supera la ansiedad y la depresión. Editorial Hispano Europea.
- Vargas, J. T. (2015). Relaciones Familiares. CreateSpace Independent Publishing Platform.