

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**“AFRONTAMIENTO FAMILIAR FRENTE A TRASTORNOS MENTALES  
GRUPO COMPARTIENDO POR LA SALUD MENTAL – CAJAMARCA, 2018”.**

**ASESOR:**

MC. TACILLA CASTREJON, JHONY

**BACHILLER.**

RUIZ MAZA, CESAR EDUARDO.

CAJAMARCA - PERÚ

2019

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Página</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	1
<b>I. GENERALIDADES</b>	6
<b>II. PLAN DE INVESTIGACION</b>	
<b>2.1. PROBLEMA DE INVESTIGACION</b>	
2.1.1 Definición y delimitación del problema	11
2.1.2 Formulación del problema	15
2.1.3 Justificación	15
2.1.4 Objetivo de la investigación	17
<b>2.2. MARCO TEÓRICO</b>	
2.2.1 Antecedentes del problema	
2.2.1.1 A nivel Mundial	18
2.2.1.2 A nivel Nacional	20
2.2.1.3 A nivel Local	21
2.2.2 Bases teóricas	
2.2.2.1 Familia	19
2.2.2.2 Funciones de la familia	21
2.2.2.3 Tipología familiar	23
2.2.2.4 Afrontamiento familiar	23
2.2.2.5 Clasificación de las estrategias	24
2.2.3 Trastornos mentales	24
2.2.4 Afrontamiento familiar a trastornos mentales	32
2.2.5 Definición de términos básicos	33
2.2.6 Hipótesis	33
2.2.7 Variables de la investigación	33
2.2.8 Matriz de consistencia y de operacionalización de variables	34

## **2.3. METODOLOGIA**

<b>2.3.1</b>	<b>Técnica de muestreo</b>	<b>40</b>
<b>2.3.1.1</b>	<b>Muestra</b>	
<b>2.3.1.2</b>	<b>Unidad de análisis</b>	
<b>2.3.1.3</b>	<b>Criterio de inclusión y exclusión</b>	
<b>2.3.2</b>	<b>Técnica de recolección de datos</b>	<b>41</b>
<b>2.3.3</b>	<b>Validación y confiabilidad del instrumento</b>	<b>41</b>
<b>2.3.3</b>	<b>Consideraciones éticas</b>	<b>42</b>
<b>2.2.4</b>	<b>Procesamiento y análisis de datos</b>	<b>42</b>
<b>2.2.5</b>	<b>Resultados</b>	<b>43</b>
<b>2.2.6</b>	<b>Discusión</b>	<b>54</b>
<b>2.2.6</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>58</b>
<b>2.2.7</b>	<b>Recomendaciones</b>	<b>59</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>60</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>66</b>

#### DEDICATORIA.

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado valorar cada día de más.

A mi madre Ninfa del Carmen Maza por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida.

A mi padre Eduardo Ruiz quién con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional.

#### AGRADECIMIENTO.

A Dios, por acompañarme todo los días. A mi madre quién me ha apoyado en lo que me he propuesto y sobre todo ha sabido corregir mis errores.

Agradezco a mi padre por ser el apoyo en mi carrera en mi logro y a mi familia por su apoyo.

A mis docentes de la escuela de Medicina Humana de la UNC, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de mi preparación profesional.

# **“AFRONTAMIENTO FAMILIAR FRENTE A TRASTORNOS MENTALES GRUPO COMPARTIENDO POR LA SALUD MENTAL – CAJAMARCA, 2018”**

## **I. GENERALIDADES**

### **1. TÍTULO**

**“AFRONTAMIENTO FAMILIAR FRENTE A TRASTORNOS MENTALES DEL GRUPO COMPARTIENDO POR LA SALUD MENTAL – CAJAMARCA, 2018”.**

### **2. AUTOR**

**CÉSAR EDUARDO, RUIZ MAZA**

Grado académico : Bachiller en Medicina Humana

Domicilio : Horacio Urteaga N°785

Correo electrónico : crz\_mz2@hotmail.com

Teléfono : 927277938

### **3. ASESOR**

**JHONY TACILLA CASTREJÓN**

Grado académico : Médico Internista

Dirección laboral : Hospital Regional Docente Cajamarca

### **4. TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

No experimental, observacional, transversal y descriptivo.

### **5. RÉGIMEN DE LA INVESTIGACIÓN:**

LIBRE

**6. DEPARTAMENTO Y ÁREA ACADÉMICA A LOS QUE PERTENECE EL PROYECTO.**

DEPARTAMENTO ACADEMICO DE MEDICINA HUMANA  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**7. INSTITUCIONES DONDE SE DESARROLLARÁ EL PROYECTO.**

Grupo “Compartiendo por la Salud Mental Cajamarca” el cual está a cargo de la Orden Religiosa “Hijas de la Caridad San Vicente de Paúl”

**8. LOCALIDAD DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN.**

CAJAMARCA.

**9. DURACIÓN TOTAL DEL PROYECTO.**

- **FECHA DE INICIO** : **Noviembre 2017**
- **FECHA DE TÉRMINO** : **Junio 2018**

## 10. ETAPAS (CRONOGRAMA)

N°	ACTIVIDADES	2017		2018					
		Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1	Elaboración del proyecto	X	X						
2	Revisión del proyecto por asesor asignado		X						
3	Presentación del proyecto de tesis a la comisión de investigación		X						
4	Levantamiento y corrección de observaciones.		X						
5	Recolección de información			X					
6	Procesamiento de datos				X	X			
7	Elaboración del informe final borrador y revisión					X	X		

<b>8</b>	Presentación de tesis en consejo de facultad						<b>X</b>	<b>X</b>	
<b>9</b>	Sustentación							<b>X</b>	<b>X</b>
<b>10</b>	Levantamiento de observaciones								<b>X</b>

#### **RECURSOS DISPONIBLES:**

##### ➤ **HUMANOS:**

**Autor** : Bachiller de Medicina Humana UNC. César Eduardo, Ruiz Maza

**Asesor** : MC. Especialista en Medicina Interna, Jhony, Tacilla Castrejón.

##### ➤ **MATERIALES:**

- Material de escritorio, papel, lapiceros, lápices, borradores, disco compacto, USBs.
- Material Bibliográfico: Libros y manuales físicos y virtuales.
- Material de Procesamiento e informática:
  - Hoja de cálculo de **Microsoft Excel 2010**

➤ **INFRAESTRUCTURA E IMPLEMENTACIÓN:** Equipos: pupitre, laptop, impresora.

➤ **SERVICIOS, PASAJES, IMPRESIONES, PROCESAMIENTOS DE DATOS, ENCUADERNACIÓN, ETC.**

## 11. PRESUPUESTO.

	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario S/</b>	<b>Total</b>
Papel	3 millares	28.00	84.00
Libros	4 libros	50.00	200.00
Impresiones	2 millares	0.30	600.00
Fotocopias	2 millar	0.07	70.00
Internet	500 horas	1.00	500.00
Lapiceros	12	0.50	6.00
Lápices	10	0.50	5.00
Borradores	10	0.50	5.00
CDs,	3	1.00	3.00
Pasajes	40 (ida y vuelta)	0.50	32.00
Dispositivo de almacenamiento USB	1	25	25.00
Laptop	1	5.000	5.000
Honorarios al apoyo estadístico	1	500.00	500.00
Honorarios al asesor	1	500.00	500.00
Imprevistos	-	-	500.00
<b>Total</b>			<b>3035.00</b>

## 12. FINANCIAMIENTO.

La investigación será autofinanciada por el investigador en el 100%.

## **II. PLAN DE INVESTIGACIÓN**

### **1. EL PROBLEMA CIENTÍFICO Y LOS OBJETIVOS**

#### **- DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

La principal función de la medicina es la prevención, diagnóstico, tratamiento de las enfermedades con el fin de restaurar y/o conservar la salud de las personas y de la sociedad buscando siempre la salud física y el bienestar social.

La presencia de una enfermedad es una condición que afecta no solo al enfermo sino a su entorno familiar y social. Los médicos en nuestro afán de tratar el trastorno físico y orgánico habíamos estado descuidando el efecto en el bienestar familiar y social y sobre todo la salud mental. Es decir, dábamos poca importancia al como afrontaba la familia la situación de tener un familiar enfermo con trastorno mental durante su tratamiento, recuperación y rehabilitación. Con el nuevo enfoque biopsicosocial se busca no solo la salud física y orgánica sino también la salud mental y social.

El siguiente trabajo de investigación estará dirigido a valorar y describir el afrontamiento familiar que tiene la familia o familiar responsable del paciente frente a los trastornos mentales que puede presentar el participante del grupo “Compartiendo por la Salud Mental – Cajamarca 2018”.

“El afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas a manejar situaciones difíciles. Consiste por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales; esto quedaría definido como aquellos procesos cognitivos y conductuales

constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.(1)

El trastorno mental tiene implicaciones tanto personales como familiares. Tanto los estilos de afrontamiento como la conducta de enfermedad varían en función de los recursos que el sujeto pone en juego, entre los recursos ambientales el principal es la familia, de aquí la especial importancia que cobra el grupo familiar en el tratamiento de la persona con enfermedad mental.(2)

La familia debe evaluar la situación enfrentándose a la enfermedad redefiniendo sus roles, y modificando sus metas a corto o largo plazo, asumiendo la alteración, temporal o no, de sus relaciones con el enfermo, adoptando una actitud práctica, flexible y aprendiendo a detectar y resolver los problemas, según se presenten en la vida y en el desarrollo de la enfermedad del miembro enfermo de la familia. Existen en cambio, otras actitudes que impiden afrontar debidamente las dificultades, y aparecen en los sujetos que niegan sistemáticamente todos los problemas o en aquellos que sintiéndose abrumados por su "mala suerte", transfieren todas sus responsabilidades a otros: (2)

Las distintas formas de asumir realidades dolorosas como son la enfermedad forman parte de los distintos sistemas culturales, de la filosofía y de los mensajes de las religiones.(1) El sentido del dolor y de lo irreparable son cuestiones cuyo planteamiento y resolución son determinados por los posibles modos de pensar o de creer. La respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona para manejar un acontecimiento o situación depende de sus “recursos de afrontamiento” (incluyendo aquí su capacidad y habilidad para llevarlas a cabo): (2) Es decir, depende de que persona disponga de tal o tales conductas, no estructuradas en “pauta comportamental”, dentro de su repertorio conductual, además dependerán de que el contexto social, familiar y cultural le ofrezca el recurso correspondiente.(3)

Las enfermedades psiquiátricas dentro de la familia y la sociedad traen como efectos la estigmatización del enfermo mental, hoy en día se presenta una serie de aspectos negativos en lo familiar y social con respecto al papel que juegan estos dos factores, a la luz de los conocimientos acumulados al respecto, se puede incluso sostener que las personas con este tipo de trastornos tienen dos fuentes de dificultad, una derivada directamente de las enfermedades o el trastorno que padecen y la otra del estigma que les afecta, siendo paradójicamente este último aspecto el más negativo y difícil de contrarrestar. (4)

Los efectos de los trastornos mentales sobre la familia se presentan de diversas formas. Hay consecuencias en ciertos modos tangibles, apreciables desde afuera, que además provoca un impacto subjetivo en los familiares. Las consecuencias objetivas de este problema son el aislamiento social, la alteración de la rutina doméstica y el deterioro de la economía. Por otro lado, está la carga subjetiva, básicamente efectiva, sin componentes externos, que supone para los allegados la existencia en el seno familiar de un “enfermo mental”. La carga subjetiva y objetiva trae consigo diversas reacciones en los familiares; elude la situación, deforma la realidad para mejorarla, tolerarla (negación), o protegerse en exceso. (5)

Desgraciadamente, en la mayor parte del mundo no se concede a la salud mental y a sus trastornos la misma importancia que a la salud física. Muy al contrario, han sido objeto de indiferencia o abandono. En parte como consecuencia de esta actitud, el mundo está sufriendo una carga creciente de trastornos mentales, y un desfase terapéutico cada vez mayor. Hoy día, aproximadamente 450 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento, pero sólo una pequeña minoría recibe siquiera el tratamiento más elemental. En los países en desarrollo, a la mayoría de las personas con enfermedades psiquiátricas graves se les deja que afronten como puedan sus cargas personales, como la depresión, la demencia, la esquizofrenia y la toxicomanía. En conjunto, a muchas de ellas su enfermedad las convierte en víctimas y en objetos de estigmatización y discriminación. (6)

Los trastornos mentales están relacionados con problemas de tipo emocional, cognitivo y de comportamiento. Son “afecciones caracterizadas por alteraciones en los procesos de pensamiento, de la afectividad o del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos”. En este sentido, se trata de un desorden de las ideas y de los sentimientos que limita la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a los quehaceres de la vida diaria. (6)

En nuestro país la disponibilidad de servicios de rehabilitación para personas con trastornos mentales son escasos, intramurales, concentrados en Lima y con capacidad de atención reducida (grupos terapéuticos ambulatorios de 25 a 75 usuarios). En el MINSA existen sólo tres centros especializados a nivel nacional con personal multidisciplinario capacitado en tratamiento y rehabilitación psiquiátrica para personas con Trastorno Mental Grave, el Hospital Víctor Larco Herrera, el Hospital Hermilio Valdizán y el INSM “HD-HN”. En el Seguro Social (ESSALUD), en los Hospitales G. Almenara y E. Rebagliati existen servicios de tratamiento y rehabilitación para personas con trastornos mentales graves y Hospital de Día para personas con trastornos ansiosos depresivos y trastornos de personalidad bajo el modelo de terapias interpersonales y vivenciales. (7)

De acuerdo con los Estudios Epidemiológicos en Salud Mental (EESM) que desarrolla el INSM “HD-HN” desde el año 2002, la presencia de al menos alguna discapacidad o inhabilidad en la población general es en promedio del 14%, fluctuando entre 8,3% en las ciudades de la Sierra Rural hasta 26.5% en Lima y Callao. Esta cifra nos muestra que al menos 1 de cada 7 peruanos (3 950 907 personas), tendría algún tipo de discapacidad que dificultaría su desempeño personal, familiar, académico, laboral y/o social. (7). En cuanto a las actitudes hacia la persona con trastorno mental, se ha encontrado que la aceptación hacia ellas varía desde un 13.3% en ciudades de la sierra rural hasta 35,1% en ciudades de la costa peruana; la actitud de ayuda hacia ellas estuvo presente

desde un 42,8% de personas en ciudades de la costa peruana hasta el 58,7% en ciudades de la sierra rural. Las actitudes de alejamiento fueron reportadas por 14,8% de la población, de indiferencia por 4,3% y el rechazo explícito por 1,8% a nivel nacional.

Con la finalidad de preservar la salud mental de la población, el Gobierno, a través del Ministerio de Salud, aprobó el 6 de octubre del 2015 el reglamento de la Ley N 29889, Ley que modifica el artículo 11 de la Ley General de Salud, mediante la publicación en el Diario oficial del decreto supremo N° 033-2015-SA. El reglamento aprobado tiene como objetivo garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud. (8)

#### - **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cómo es el afrontamiento familiar frente a trastornos mentales de pacientes del grupo “Compartiendo por la Salud Mental – Cajamarca”, 2018?

#### - **JUSTIFICACIÓN**

Según la OMS, en el Perú los padecimientos neuro-psiquiátricos representan el grupo de daños con mayor carga de enfermedad y de años de vida saludable perdidos. Adicionalmente, las personas con trastornos mentales presentan tasas muy elevadas de discapacidad y tienen una probabilidad de muerte prematura entre un 40% y 60% mayor población general, debidos a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos y al suicidio.

Al gran sufrimiento y deterioro de la calidad de vida de personas con problemas mentales y de sus familias se agregan las repercusiones económicas y sociales expresadas en gastos de los servicios de salud y sociales, baja de la

productividad, desempleo, estigmatización y exclusión no sólo del paciente sino de los demás integrantes de su familia los cuales muchas veces postergan o truncan proyectos de desarrollo personal o profesional para atender las necesidades de su familiar.

La condición de postergación que tiene la salud mental en las políticas públicas, en las agendas nacionales, así como aquellas precarias condiciones en que les brindan su tratamiento y la atención de las personas con trastornos mentales ocasionan una afectación del derecho a la salud de dicha población y un incumplimiento a sus obligaciones internacionales en esta materia por parte del estado peruano tal como lo menciona Gushiken Miyagui (9).

Además, si un miembro de la familia llega a sufrir trastornos mentales su vida normal, la convivencia familiar y social se verá alterados o afectados. Por ello es de suma importancia que los sujetos integrantes del núcleo familiar manejen y conozcan sobre la enfermedad para así lograr un ambiente armónico en el hogar. Al principio cuando un miembro de la familia presenta un trastorno mental es frecuente la presencia del fenómeno de no dar crédito a lo que está pasando en la familia. (10)

La situación mental por la cual atraviesa una parte de nuestra sociedad cajamarquina se refleja en la salud mental de los pacientes del grupo “Compartiendo por la Salud Mental – Cajamarca”, debido al abandono y poca importancia que se le brinda a la salud mental actualmente enfocado en los aspectos sintomáticos más que en los procesos de recuperación del paciente descuidando el efecto sobre su familiar y las pérdidas económicas y sociales anteriormente mencionadas. Este trabajo de investigación pretende ampliar conocimiento sobre el afrontamiento familiar frente a los trastornos mentales presente en nuestra sociedad.

## - **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### OBJETIVOS GENERALES:

Describir el afrontamiento familiar frente a trastornos mentales de la familia del paciente del grupo “Compartiendo por la Salud Mental – Cajamarca”, 2018.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Determinar el tipo de familia que tiene el paciente del grupo “Compartiendo por la Salud Mental – Cajamarca”, 2018.
- b) Conocer las estrategias de afrontamiento familiar frente a trastorno mentales en la familia del paciente del grupo “Compartiendo por la Salud Mental – Cajamarca”, 2018.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

#### **A Nivel Mundial.**

Soriano S. De la Torre R, Soriano Fuentes L. Familia, establecen que la estructura familiar está sometida a un proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o, como ocurre a veces, por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes, por los que sin dudas todas hemos pasado o tendremos que pasar. Las fases del ciclo vital familiar suponen nuevos y diferentes roles, que de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo transformarse en trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, fobias). (11)

Oviedo J. establece que el estigma de la enfermedad mental tiene mucho que ver con la connotación que le dé la propia familia a nivel interno. Si el primer núcleo se distancia viendo la enfermedad como tabú, esto se irá extendiendo como pólvora a los demás núcleos, generando rechazo hacia el paciente, y derivando en otras complicaciones emocionales. Una vez que la familia o personas directas con los que el paciente tendrá relación o contacto hayan asimilado el proceso de duelo, culminando en la aceptación, deben de transmitírselo al paciente, no cambiando su trato hacia este en el sentido de abandonarlo, relegarlo, menospreciarlo, etc. Al contrario, el trato tiene que ser mejor, reforzando los vínculos afectivos, eliminando todo tipo de rencor, o proceso no resuelto durante etapas anteriores. (12)

Blanco J, concluye que la consciencia de enfermedad que se genere en el paciente contribuirá de manera significativa no solo en su propia mejoría sino también en la capacidad de adecuación a los nuevos roles que deberán ser asumidos por cada uno dentro de la dinámica familiar. Participar con un compromiso proactivo frente al reconocimiento del problema y la asimilación de las nuevas pautas a seguir, adoptándolas como un nuevo estilo de vida, más que como simples recomendaciones que se deben acatar, se puede llegar a conseguir el fortalecimiento de los vínculos afectivos entre cada integrante de la familia y el paciente, consiguiendo una repercusión significativamente positiva sobre el impacto generado por la crisis, obteniendo favorables resultados por parte del entorno familiar. (13)

Santiago P; define que todas estas enfermedades, son resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales. Entre los factores biológicos podemos citar los genéticos, infecciosos, traumáticos y tóxicos. Entre los factores psicológicos, los personales en el curso y evolución de la enfermedad, como por ejemplo la capacidad de afrontamiento de la enfermedad por parte de quien la padece. Y entre los factores sociales y ambientales están la crianza, el entorno y circunstancias familiares, así como los soportes sociales para atender las situaciones de crisis que pueden condicionar la evolución.(14)

Ben F; al estudiar las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer, concluye que las cuidadoras utilizan estrategias centradas en el problema tales como la búsqueda de ayuda sobre todo en el personal sanitario. Dentro de las estrategias centradas en la percepción ven la situación como algo inevitable y sin solución. En cuanto a las centradas en las emociones, la estrategia más utilizada de forma general es el desahogo (llanto, gritos) y la resignación, a veces esta resignación está llena de desesperanza. Algunas cuidadoras manifiestan satisfacción en el hecho de que las personas de su entorno valoren su esfuerzo y su constancia en el cuidado del paciente, y esto las anima a seguir. En la búsqueda de estrategias es fundamental, proporcionar a los cuidadores y familiares de los pacientes educación, apoyo, y consejos prácticos

es un componente esencial en el manejo del paciente geriátrico con demencia.  
(15)

Fernández M; concluye que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son afrontamiento activo (promedio "X" = 4,36, desviación estándar "DE" = 0,99) y apoyo social emocional (X = 4,10, DE = 1,41), seguidas por aceptación de la responsabilidad (X = 3,94, DE = 1,18) y planificación (X = 3,82, DE = 1,24). Todas ellas son estrategias de afrontamiento activo y adaptativas. Las menos frecuentes son uso de sustancias (X = 0,46, DE = 1,08) y desconexión conductual (X = 0,65, DE = 0,99), que podríamos englobarlas dentro del grupo de estrategias de afrontamiento desadaptativas. (16)

### **A Nivel Nacional.**

Rondón M; concluye que las enfermedades mentales son causa de gran sufrimiento personal para quienes las padecen y para las personas de su entorno. En un país donde la atención psiquiátrica no está disponible en varias regiones y donde los seguros privados no están obligados por ley a cubrir tales atenciones, la enfermedad mental empobrece rápidamente a la familia. Por otro lado, la falta de un sistema de atención y rehabilitación con base en la comunidad obliga a que pacientes con síntomas graves, que dificultan significativamente la interacción familiar, deban vivir y permanecer todo el día en sus casas, el resultado es el rechazo familiar, la discriminación y exclusión del enfermo y del familiar que lo cuida, con graves consecuencias para la salud mental del cuidador. Los trastornos mentales más comunes son la ansiedad y depresión. Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi confirman los hallazgos de otros países; hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia (anual), de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%. La depresión y otras enfermedades mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos, dan como resultado que en un mes el 1% de

las personas de Lima Metropolitana, el 0,7% en la sierra y el 0,6% en la selva presenten intentos suicidas. (17)

Hidalgo L; determina que, de acuerdo con los resultados encontrados, es posible notar que los familiares de los pacientes con esquizofrenia hacen uso de una gran variedad de estrategias de afrontamiento. La elección que hagan de una u otra en cada situación específica, tendrá influencia en las creencias que tengan acerca de la enfermedad de su familiar. Sin embargo, sólo algunas de ellas muestran correlaciones directas y significativas con la sobrecarga del cuidador, así como con una de las dimensiones de esta: la falta de competencia, que se refiere a una percepción del familiar de tener una escasa capacidad para brindar los mejores cuidados requeridos por el paciente. Por otro lado, otras estrategias también han mostrado correlaciones significativas, pero únicamente con la falta de competencia. El afrontamiento no mostró relaciones significativas con las áreas de sobrecarga y rechazo, probablemente porque en esta muestra un mayor nivel de sobrecarga está determinado por la percepción de los familiares de su capacidad para encontrar soluciones y no por la falta de recursos o tiempo o un rechazo hacia el paciente. (18)

### **A Nivel Local.**

Vásquez L; concluye que el trabajo que se realiza en las áreas de promoción, dar a conocer a la población y prevención es escaso, por no decirlo nulo, quizás porque nuestras autoridades, siguen creyendo por desinformación, que la salud sólo es física y no mental o psíquica, quizás aún no han leído o tomado conciencia de la definición de salud que refiere la OMS, la cual indica que la salud, es el bienestar integral físico y psíquico del ser humano. (19)

## **- BASES TEÓRICAS**

### **1.- FAMILIA.**

**a. Definición:**

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. (20) Es una institución formada por sistemas individuales que interactúan y que constituyen a su vez un sistema abierto, responde a su cultura, tradiciones, desarrollo económico, convicciones, concepciones ético-morales, políticas y religiosas. (21)

Según Valdivia C. 2008. Familia es el grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas e implica aspectos biológicos, sociales y jurídicas. (22) Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la familia es el “conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan entre sí.(23)

**b. Funciones de la familia.**

La familia está encargada, como ente principal de la composición de una sociedad. En este grupo social se transmiten los principios y actitudes psicosociales es donde se satisfacen las necesidades básicas de cada uno de sus miembros, seguridad, protección, alimentación, descanso, afectividad o educación, además se prepara su integración a la sociedad, tales sistemas pueden garantizar una estabilidad emocional, social y económica, también interviene como un lugar educativo, es decir, se aprende a dialogar, escuchar, se adquieren valores y se asumen derechos y deberes ( principal función de la familia). Se distinguen seis funciones básicas que son: la función biológico que es la reproducción sexual; la función educativa que es el proceso mediante el cual se inculcan hábitos, sentimientos, valores y conductas morales ; la función económicas que satisface las necesidades de vivienda, alimentación, vestido, salud; la función protectora y de apoyo que es la estabilidad emocional, confianza creando un clima propicio para la resolución y afrontamiento de dificultades; la

función afectiva que es el desarrollo de vínculos afectivos, adquisición de confianza para relacionarse emocionalmente y socialmente; las función axiológica que son espacios donde se aprenden conductas, comportamientos y efectos que permite valorar la ayuda y apoyo mutuo entre sus miembros y de casa a su entorno social. (24)

### **c. Tipología familiar.**

La familia es una unidad microsocial totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales. En su estructura y en su dinámica refleja las peculiaridades y la problemática de la sociedad en general, que es la microestructura. Aún cuando todo individuo al crecer y madurar se va integrando a nuevas instituciones siempre pertenece a una familia a lo largo de su vida. En nuestro medio, el sistema también global está formado por familias relacionadas entre sí, y por diferentes tipos de ellas. (25)

Dentro de la tipología familiar la familia extensa, constituida por más de dos generaciones, donde los abuelos, los tíos y otros parientes comparten la vivienda y participan en el funcionamiento familiar; la familia funcional o flexible se caracteriza por que logra satisfacer las necesidades de sus miembros, con límites claros, flexibles y permeables entre sus miembros; la familia nuclear o conyugal constituida por esposa, esposo e hijos en un mismo hogar; la familia monoparental está constituida por los hijos, padre o madre, asumiendo la jefatura masculina o femenina; la familia simultánea o reconstituida está conformada por la unión de cónyuges, donde uno o ambos provienen de separaciones y divorcios de anteriores vínculos legales o de hecho, que aportan hijos y tienen a su vez hijos en su nueva unión.(26)

### **d. Afrontamiento familiar.**

El afrontamiento familiar es el conjunto de esfuerzos cognitivos o conductuales orientados a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas internas o externas de una determinada situación estresante (27)

El afrontamiento familiar, tiene un carácter intencional y deliberado; parte del análisis de la situación y busca hacer frente a las demandas percibidas. (28)

#### **e. Estrategias de afrontamiento familiar.**

Las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de estas no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento (29).

El afrontamiento se deriva de las interacciones de las personas con y en las múltiples circunstancias de su vida en los contextos socioculturales, lo cual deja ver la multicausalidad del fenómeno. Dichas interacciones implican efectos de mutua influencia sobre las variables personales y situacionales y, por tanto, una causación recíproca.(29)

#### **f. Clasificación de las Estrategias.**

Las estrategias utilizadas para la resolución de problemas y crisis familiares son; la reestructuración, que es la capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes y hacerlos más manejables; la aceptación pasiva, que es la capacidad familiar para aceptar asuntos problemáticos, minimizando su reactividad; la búsqueda de apoyo social que es la capacidad de la familia para ocuparse activamente en la obtención de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos y familia; la búsqueda de apoyo espiritual que son habilidades familiares

para obtener apoyo espiritual; y la movilización familiar que son las habilidades familiares para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda de otros. (30)

## **2.- TRASTORNOS MENTALES**

### **a. Definición.**

Según Lagunas K.; trastorno mental define como un síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad. En este marco, resulta interesante destacar que una enfermedad de tipo mental es aquella que se produce a raíz de una alteración que repercute sobre los procedimientos afectivos y cognitivos del desarrollo, la cual se traduce en dificultades para razonar, alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender la realidad y para adaptarse a diversas situaciones. (31)

### **b. Causas.**

Las causas de los trastornos mentales incluyen una combinación de factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales. El modelo de abordaje que actualmente se utiliza es el biopsicosocial que incluye factores biológicos y psicosociales. El componente biológico incluye alteraciones en algunas áreas del cerebro y el componente psicosocial, alteraciones en el funcionamiento interpersonal.(32)

### **c. Prevalencia.**

Según el estudio de las áreas de captación epidemiológica realizada en el 2008 (Cartagena- Colombia), se estima que el 32,7% de las personas sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida, y de un 15,0% a un 25,0% en los últimos doce meses. El estudio internacional de comorbilidad de los Estados Unidos informó una prevalencia del 26,2% a lo largo de la vida de cualquier trastorno mental del CIDI-DSMIV (Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional-Manual

Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales). En una muestra representativa de seis países europeos, conducida entre 2001 y 2003, mediante una encuesta de hogares, cara a cara, se encontró una prevalencia de vida para cualquier trastorno mental del 25,0% y para los últimos doce meses, del 9,6%. En Latinoamérica, los estudios transversales comunitarios, realizados en personas mayores de 18 años, informaron prevalencias globales de los trastornos mentales a lo largo de la vida del 45,9%, del 26,8% en el último año y del 22,0% en el último mes. (33)

Las cifras de estudios del Banco Mundial y de la OMS, señalan que dentro de las diez primeras causas de discapacidad entre los 15 y 44 años de edad, el 50% se relaciona con problemas de salud mental, entre los que se encuentran la depresión unipolar, la esquizofrenia y el trastorno bipolar, además los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años indican que la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en el Perú es de 37,9 %, con pequeñas diferencias entre las poblaciones de costa, sierra y selva; la prevalencia actual de vida de cualquier trastorno mental en Lima Metropolitana es de 23,5% (2002), en Sierra 16.2% (2003) y en Selva 15,4% (2004). La información nacional e internacional señala que, de cada 1000 personas con problemas de salud mental, 40 llegan a los servicios de salud.(34)

#### **d. Características primarias.**

Según Cáceres A; distinguen tres características primarias de todo trastorno mental como: Alteraciones del estado de la conciencia que es la incapacidad para fijar la atención y desorientación en todas las esferas; alteraciones cognoscitivas que es el compromiso de la memoria reciente, deterioro intelectual, mengua del juicio y comprensión; alteraciones de la afectividad que es la pérdida del control afectivo, labilidad emocional.(35)

#### **e. Estigmatización y trastorno mental.**

La estigmatización constituye un problema de grandes repercusiones, no solo por el sufrimiento propio de la enfermedad de quien lo padece, sino que se extiende también a los familiares en cuanto a discriminación, rechazo, ocultamiento y exclusión por las ideas negativas que se construyen alrededor de ellos. Por otra parte, también se refieren estudios que analizan las repercusiones de la enfermedad en el espacio familiar, su relación con la cultura y las formas de simbolizarla y el funcionamiento de esta cuando alguno de los miembros padece un trastorno mental. (36)

Los familiares de personas con un trastorno mental experimentan estigma debido a su asociación con ella (la persona con el trastorno mental). Este hecho se produce tanto en sociedades occidentales como en culturas no occidentales. Asimismo, los familiares tienden a creer que la comunidad devalúa y rechaza a las personas con un trastorno mental, así como a sus familiares; por tanto, la familia adopta estrategias de afrontamiento habitual ante el estigma, el ocultamiento total o parcial de la enfermedad mental es uno de ellos. (37)

#### **f. Esquizofrenia:**

##### **Definición.**

Según Montaña L; la esquizofrenia es un trastorno o un conjunto de trastornos psiquiátricos significativos e importantes que alteran la percepción, el pensamiento, el afecto y el comportamiento de un individuo; así mismo cada una de las personas que sufren de este trastorno, tienen su única y propia combinación tanto de síntomas como de experiencias, ya que están influenciados por circunstancias particulares. La esquizofrenia es un trastorno del cuerpo y de la mente que se presenta de manera crónica y lleva consigo un cambio cualitativo en el desarrollo adecuado, implicando así una variedad de disfunciones emocionales, cognitivas y comportamentales. (38)

##### **Sintomatología.**

La sintomatología de la esquizofrenia se caracteriza por presentarse en síntomas positivos que son los más llamativos, los que dan la voz de alarma en el entorno del enfermo ya que se exteriorizan en forma de “delirios, alucinaciones y trastornos de pensamiento y lenguaje”, síntomas que son claramente observados por el entorno familiar. (39) Síntomas negativos en los cuales se reducen afecto embotado (Incapacidad de reaccionar afectivamente hacia otras personas), abulia (Falta de espontaneidad o iniciativa), anhedonia (Falta de placer o interés en las actividades que una vez fueron placenteras), déficit de la atención (Problemas con la concentración mental). (40)

#### **g. Depresión:**

##### **Definición:**

Es definida según Ferre F; como una enfermedad multifactorial es decir en la que intervienen muchas circunstancias - que involucra el temperamento y los rasgos de personalidad como predisponentes, la exposición a situaciones vitales estresantes y la susceptibilidad biológica genéticamente determinada. La depresión es un trastorno de la afectividad es decir del estado de ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Una depresión no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. (41)

En otra definición según Bogaert H.; la depresión es un trastorno del humor que afecta la relación del yo con su ideal. Los eventos desencadenantes del conflicto son heridas narcisistas que estremecen una imagen personal que se sostiene en una idealización defensiva carente de apoyo real o simbólico. Aunque el tratamiento farmacológico determina una mejoría de los síntomas, la psicoterapia analítica actúa sobre la dimensión personal del trastorno. El desequilibrio que caracteriza las depresiones es consecuencia de la acción conjunta de la herencia, las condiciones histórico-sociales y la situación personal del paciente. Ningún abordaje clínico o terapéutico aislado puede enfrentar eficazmente la depresión. (42)

## **Sintomatología.**

Los síntomas de la depresión son muy variados, no solo es sentirse triste, su frecuencia e intensidad puede variar de una persona a otra, pero los dos más importantes son; ánimo bajo, tristeza y sentimientos de desesperanza, pérdida de interés por las actividades con las que antes se disfrutaba o reducción del placer al realizarlas, la mayoría de los días durante las últimas semanas, irritabilidad (enfadarse fácilmente), ansiedad, ganas de llorar sin un motivo aparente, pérdida de energía o cansancio, problemas de sueño, cambios en el apetito, que a veces conducen a un aumento o disminución de peso, dificultad para concentrarse o problemas de memoria, sentimientos de inutilidad o culpa, pensamientos negativos, excesivas críticas hacia uno mismo, deseos de muerte o ideas de suicidio. Además, se pueden sentir los siguientes síntomas físicos asociados; dolor en diferentes partes del cuerpo; dolor de cabeza, molestias abdominales o problemas digestivos. (43)

Según Zarragoitia I.; la persona deprimida tiene ideas o pensamientos que no concuerdan con la realidad. El pensamiento es desorganizado y se puede presentar delirios y alucinaciones. (44)

## **h. Psicosis**

### **Definición.**

Según Crespo B, Pérez R, Gaité L.; la psicosis es una enfermedad mental que se caracteriza por una pérdida de contacto con la realidad. La psicosis afecta por igual a hombres y a mujeres, y suele aparecer entre los 20 y los 30 años. Se estima que hasta el 3% de la población puede experimentar síntomas psicóticos. La forma en la que se manifiesta la psicosis varía de una persona a otra. Puede desarrollarse de forma gradual a lo largo del tiempo, siendo posible que los síntomas pasen inadvertidos, o aparecer bruscamente, con síntomas obvios tanto para el paciente como para los que le rodean.(45) En algunos trabajos recogen

significados freudianos donde afirma que la psicosis es un acto incluso un sueño o un síntoma provisto de sentido y que todo acto comienza de manera inconsciente, la psicosis es un proceso que define la formación propia del inconsciente. (46)

Otra definición según Calvo A, Irisarri L, Moreno C, et al. 2015; la psicosis es una experiencia, a menudo transitoria, en la que se alteran la percepción, el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta, produciendo los llamados síntomas psicóticos. Cuando tienes síntomas psicóticos puedes perder temporalmente el sentido de la realidad. Es como si desconectases de ella; es posible que interpretes lo que ocurre a tu alrededor de una forma extraña para los demás. Esto puede hacer que te comportes de forma distinta a como lo haces habitualmente. A veces se trata de experiencias que puedes percibir como normales, y son los demás los que pueden ayudarte a diferenciar la realidad. (47)

### **Sintomatología.**

La aparición de síntomas psicóticos se puede dar tanto de forma aislada (un único episodio) como dentro de trastornos de corta o larga duración. Los síntomas pueden ser síntomas positivos que son (delirios, desorganización del pensamiento, alucinaciones, conducta desorganizada, grandiosidad, suspicacia); síntomas negativos son (embotamiento afectivo, aislamiento emocional, contacto pobre, aislamiento social, falta de espontaneidad); síntomas afectivos: (alegría patológica, tristeza patológica). (47)

## **i. Trastorno bipolar**

### **Definición**

Alonso M, Arce R, Benabarre A,; define como estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos completamente opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad, y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la

inhibición y las ideas de muerte. Es una enfermedad crónica y recurrente del estado de ánimo, que generalmente limita la funcionalidad del paciente y en todo caso requiere un abordaje integral farmacológico y psicosocial. Especialmente en los casos que son mal o infradiagnosticados (y consecuentemente mal tratados) constituye una enfermedad devastadora, con una enorme carga socioeconómica y sanitaria. (48)

A los períodos en que la persona presenta un estado de ánimo muy elevado o eufórico se los denominan episodios maníacos o, hipomaníacos si son de menor intensidad. Los períodos caracterizados por un estado de ánimo muy bajo o con decaimiento son denominados episodios depresivos. (49)

### **Sintomatología**

Síntomas de la fase maniaca: Irritabilidad, Hiperactividad, Disminución de la necesidad de dormir, Locuacidad, Euforia, Ideas de grandeza, Aumento del impulso sexual, Aceleración de pensamiento, Gastos excesivos e inapropiados, Conducta desordenada planes irrealizables, Ideas delirantes, alucinaciones. (50)

Síntomas de la hipomanía: Aumento de la autoestima, exageración de las propias capacidades, embarcarse en demasiadas cosas al mismo tiempo, aumento de la locuacidad gastar más de lo habitual, optimismo exagerado, falta de autocrítica, hablar en voz alta sin tolerar interrupciones, aumento del interés sexual, cambios bruscos de humor, aumento de la emotividad. (50)

## **j. Alzheimer**

### **Definición.**

Según Carrasco M.; Define como un trastorno degenerativo, de carácter progresivo y, hasta ahora, incurable, que condiciona un deterioro cognitivo y funcional grave de la persona afectada.(51) Por lo general, el paciente empeora

progresivamente, mostrando problemas perceptivos, del lenguaje y emocionales a medida que la enfermedad va avanzando. La enfermedad de Alzheimer se ha convertido en un problema social muy grave para millones de familias y para los sistemas nacionales de salud de todo el mundo. Es una causa importante de muerte en los países desarrollados, por detrás de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, La enfermedad suele tener una duración media aproximada de 10-12 años (52)

### **Sintomatología.**

Pero esta enfermedad no sólo afecta a quien la padece, sino también a sus familiares y cuidadores que en muchas ocasiones sufren problemas físicos, psicológicos, económicos, etc. derivado del cuidado de su enfermo.(53)

La sintomatología se presenta de distintas forma u alteraciones como las alteraciones cognitivas: alteraciones de memoria y otras capacidades mentales; las alteraciones funcionales: alteraciones de las capacidades necesarias en la vida diaria, que representan una pérdida progresiva de independencia; las alteraciones psicológicas y de comportamiento: síntomas como ansiedad, depresión, alucinaciones, agresividad.(53)

### **Afrontamiento familiar con relación a trastornos mentales**

Según Barraza A; Malo D.; el afrontamiento familiar es el proceso de recuperación que viven las personas, los grupos sociales o las comunidades ante un evento estresante y que les permite sobreponerse y proyectarse hacia el futuro con mayor fuerza. Más que una cualidad estable, es un proceso, que está en constante construcción y se desarrolla a partir del choque que supone enfrentarse a una adversidad. (54)

Por otra parte, se ha observado que un buen funcionamiento familiar está asociado con el mayor uso de estrategias de afrontamiento, más apoyo social

familiar, menos estrés psicológico familiar y pocos problemas conductuales del paciente. (55)

Sepúlveda A; Romero A; Jaramillo L.; dicen que el afrontamiento es un esfuerzo cognitivo y conductual dinámico, orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar dichas demandas externas e internas que generan estrés. Las estrategias primarias son: activas que son los comportamientos relacionados al problema, el análisis de las circunstancias para saber qué hacer, la reflexión de posibles soluciones; pasivas que es la utilización de estrategias como retraimiento, el tratar de no pensar en el problema, tratar de no sentir nada, ignorar, negar o rechazar el evento, bromear y tomar las cosas a la ligera y aceptación pasiva. (56)

#### - DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**Familia:** “Conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan entre sí”. (23)

**Afrontamiento:** “El afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas a manejar situaciones difíciles”.(1)

**Trastorno mental:** “Síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad. (31)

### 3. LA HIPÓTESIS: FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN DE VARIABLES.

**Hipótesis:** El afrontamiento familiar frente a trastornos mentales de pacientes del grupo “Compartiendo por la salud Mental Cajamarca” 2018 se basa principalmente en la búsqueda de apoyo espiritual y profesional.

## **VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

1. **Variable independiente:** Trastorno Mental
2. **Variable dependiente:** Afrontamiento Familiar

## MATRIZ DE CONSISTENCIA Y DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

**TEMA:** Afrontamiento familiar frente a trastornos mentales del grupo “Compartiendo por la Salud Mental – Cajamarca” 2018

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Escala	Instrumento	Valor final
Afrontamiento familiar	Es la serie de percepciones y acciones deliberadas de la familia manejar situaciones difíciles (28)	Compartimos los problemas con la familia más cercana (abuelos, tíos, etc.).	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	CAF	Del 0% al 100%
		Buscamos consejos y ayuda en amigos.	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	CAF	Del 0% al 100%
		Sabemos que tenemos la capacidad suficiente para resolver problemas importantes.	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	CAF	Del 0% al 100%
		Buscamos información y ayuda en personas que hay tenido problemas iguales o similares.	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	CAF	Del 0% al 100%

			veces /siempre		<b>100%</b>
		Buscamos ayuda en profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, etc.)	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Buscamos información y ayuda en el médico de la familia.	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Pedimos ayuda, consejos y apoyo a los vecinos.	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Tratamos de encontrar rápidamente soluciones, sin ponernos nerviosos y pensando fríamente en el problema.	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Demostramos que somos fuertes.	Nunca / Pocas veces		

			algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Asistimos a los servicios religiosos acorde con sus creencias y participa en otras actividades religiosas.	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Aceptamos los problemas como parte de la vida.	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Compartimos la preocupación con amigos cercamos.	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Vemos en los juegos de azar (lotería, bingo, etc.), una solución importante para resolver nuestros problemas familiares.	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Aceptamos que los problemas	Nunca / Pocas veces		

		aparecen de forma inesperada.	algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Creemos que podemos solucionar los problemas por nosotros mismos.	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Definimos los problemas familiares de forma positiva para no sentirnos desanimado o triste.	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Sentimos que por muy preparado que estemos, siempre nos constara solucionar los problemas.	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Buscamosconsejos en un sacerdote ( o religiosa/o)	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Creemos que, si esperamos lo	Nunca / Pocas veces		

		suficiente, el problema por si solo desaparecerá.	algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Compartimos los problemas con los vecinos.	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Tenemos Fe en Dios y confiamos en su ayuda.	Nunca / Pocas veces algunas veces/ muchas veces /siempre	<b>CAF</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
<b>Dependiente</b>					
Trastornos mentales	Es el síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica, es aquella	Esquizofrenia	Si/ No	<b>No aplica</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Depresión	Si/ No	<b>No aplica</b>	<b>Del 0% al 100%</b>

	que se produce a raíz de una alteración que repercute en lo afectivo y cognitivo del sujeto. (31)	Psicosis Trastorno bipolar	Si/ No	<b>No aplica</b>	<b>Del 0% al 100%</b>
		Alzheimer	Si/ No	<b>No aplica</b>	<b>Del 0% al 100%</b>

#### **4. METODOLOGÍA:**

##### **TÉCNICAS DE MUESTREO:**

El ámbito en el que se desarrollara el presente estudio es en el grupo “Compartiendo por la Salud Mental Cajamarca”, el cual está a cargo de la Orden Religiosa Hijas de la Caridad San Vicente de Paúl”, quienes brindan atención a cierto grupo de pacientes con diferentes tipos de enfermedades psiquiátricas; individualizada al ser humano en las diferentes etapas de la vida, a partir de 10 años de edad, favoreciendo el mantenimiento de su salud mental con recuperación, rehabilitación y adaptación a su entorno familiar y social.

**Población:** La población de estudio estará conformada por los familiares responsables de los participantes del grupo “Compartiendo por la Salud Mental Cajamarca”.

**Muestra:** La muestra estará conformada por 25 familiares responsables de los participantes del grupo y su nivel de afrontamiento frente a trastornos mentales.

**Unidad de análisis:** Constituida por cada familia responsable del participante del grupo “Compartiendo por la Salud Mental – Cajamarca”

##### **Criterios de inclusión**

Familiar responsable del participante del grupo “Compartiendo por la Salud Mental Cajamarca” 2018, familiar encargado de su cuidado durante el periodo de tiempo en el cual se va a realizarla investigación.

##### **Criterios de exclusión**

- a) Familiar responsable del participante del grupo “Compartiendo por la Salud Mental Cajamarca” que no deseen participar en el estudio a realizarse.

- b) Familiar responsable del participante del grupo “Compartiendo por la Salud Mental Cajamarca” que no se encuentra durante la aplicación del método de estudio.

## **TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Las técnicas aplicadas para la recolección de información que se utilizarán en la presente investigación serán la entrevista y el cuestionario sobre afrontamiento familiar.

## **DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS**

### **Cuestionario sobre evaluación del afrontamiento familiar.**

El cuestionario de afrontamiento familiar es un instrumento diseñado para identificar el tipo de estrategias conductuales y resolución de problemas en la familia. En general, analiza los recursos de afrontamiento de la familia, la escala consta de 21 ítems y evalúa las dimensiones del afrontamiento familiar: patrones internos del afrontamiento familiar en situaciones de crisis y patrones externos de afrontamiento familiares en situaciones de crisis. La primera dimensión incluye la confianza de la familia en la solución de problemas, reestructuración con 7 ítems; la segunda dimensión abarca los recursos provenientes de instituciones seculares como apoyo de amigos y familiares con 4 ítems; apoyo espiritual con 3 ítems; apoyo formal 2 ítems; evaluación pasiva con 3 ítems. (5)

## **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS**

Para la validación de los instrumentos y definir el grado de comprensión de cada ítem del cuestionario se realizará una prueba piloto a quince participantes del grupo “Compartiendo por la Salud Mental Cajamarca” con su familiar cuidador, el cual servirá para realizar las correcciones y/o modificaciones respectivas bajo la supervisión del juicio de expertos conformado por el asesor, docentes de las diferentes áreas y el estadístico.

### **3.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, este estudio no constituyó riesgo alguno para las personas que participaron, ya que dicha información que se obtuvo a través de los cuestionarios no atentó de ninguna manera contra la integridad física, ni moral de los enfermos con trastornos mentales y familia. Este proyecto siguió los principios éticos de autonomía y beneficencia porque la familia y usuarios del grupo “Compartiendo por la Salud Mental Cajamarca” decidirán por sí mismos participar sin coacción o presión. Así mismo antes de aplicar el instrumento se solicitará el respectivo consentimiento informado de la familia y del usuario, quienes decidirán participar o no en esta investigación.

#### **PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.**

Después de la recolección de datos se procederá a revisar cada uno de los cuestionarios, con la finalidad de determinar los datos faltantes se realizará la corrección y la respectiva codificación.

La información estará disponible para el procesamiento de datos, para lo cual se usará la hoja de cálculo del programa Microsoft Excel 2010 para generar la base de datos. Y para el procesamiento el SPSS v. 21.

## RESULTADOS

### 1. Descripción del grupo de estudio

El grupo “Compartiendo por la salud mental- Cajamarca” tuvo 30 asistentes, de los cuales un total de 25 participantes (83,3%) que cumplieron con los criterios de inclusión formando el grupo de estudio de esta investigación.

Todos los participantes de esta tesis son mayores de 20 años. 19 (76%) fueron mujeres y 6 (24%) fueron varones. Según el estado civil 16 (64%) eran solteros, 5(20%) eran casados, 2(8%) eran divorciados, 1(4%) era viudo y 1(4%) era conviviente. según el tipo de familia de los participantes se aprecia que 13(52%) pertenecían a una familia monoparental, 11(44%) pertenecían a una familia nuclear y 1(4%) formaba parte de una familia extensa. Según el grado de instrucción de los participantes 10(40%) habían alcanzado primaria incompleta, 6(24%) eran analfabetos, 3(12%) tenían secundaria completa, 2(8%) primaria completa, 2(8%) superior no universitaria. Según la religión 14(56%) era católicos, 10(40%) eran evangélicos, y 1(4%) tenía otra religión. **(Tabla 1)**

Tabla1. Descripción sociodemográfica del grupo de estudio

VARIABLES	ENCUESTADOS (n=25)	
	n(%)	
<b>Edad</b>		
<20	0(0)	
>20	25(100)	
<b>Sexo</b>		
Femenino	19(76)	
Masculino	6(24)	
<b>Estado civil</b>		
Soltero	16(64)	
Casado	5(20)	
Divorciado	2(8)	
Conviviente	1(4)	
Viudo	1(4)	
<b>Tipo de familia</b>		
Monoparental	13(52)	
Nuclear	11(44)	
Extensa	1(4)	
<b>Grado de instrucción</b>		
Analfabeto	6(24)	
Primaria incompleta	10(40)	
Primaria completa	2(8)	
Secundaria incompleta	1(4)	
Secundaria completa	3(12)	
Superior no universitaria	2(8)	
Superior universitaria	1(4)	
<b>Religión</b>		
Católico	14(56)	

Evangélico	10(4)
Otros	1(4)

## 2. Estadísticos descriptivos y consistencia interna del cuestionario de afrontamiento familiar.

La consistencia interna del conjunto global de la escala de este cuestionario de afrontamiento familiar es de 0,71 según alfa de Cronbach. Los niveles de fiabilidad de los componentes del cuestionario se observan en la **(Tabla 2)**.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos y consistencia interna del cuestionario de afrontamiento familiar.

Componentes del afrontamiento familiar	A	X	DE
Total	0,71		
Búsqueda de apoyo social*	0,75	2,37	0,60
Búsqueda de apoyo formal	0,29	3,00	0,35
Reestructuración	0,70	2,99	0,70
Búsqueda de apoyo espiritual	0,48	3,99	0,68
Evaluación pasiva	0,41	2,22	0,60

$\alpha$ :  $\alpha$  de Cronbach; DE: desviación estándar; n:25; X: promedio.

\*familiares, amigos y vecinos.

El promedio de respuestas para la búsqueda de apoyo social fue de 2,37(IC 95% de 2,18 a 2,96), para la búsqueda del apoyo formal fue de 3,0(IC 95% de 2,85 a 3,14). El componente de reestructuración tuvo un promedio de 2,99 (IC 95% de 2,71 a 3,28), el componente de apoyo espiritual mostro un promedio de 3,99 (IC95% de 3,70 a 4,27) y la evaluación pasiva tuvo un promedio de 2,22 (IC95% de 1,97 a 2,47) **(Tabla 3)**.

Tabla 3. Promedios de las respuestas del cuestionario de afrontamiento familiar según dimensiones evaluadas.

Componentes del afrontamiento familiar	X	DE	IC 95%	Mín	Máx
Búsqueda de apoyo espiritual	3,99	0,68	3,70-4,27	3	5
Búsqueda de apoyo formal	3,00	0,35	2,85-3,14	3	4
Reestructuración	2,99	0,70	2,71-3,28	2	4

Búsqueda de apoyo social*	2,37	0,60	2,12-2,62	1	4
Evaluación pasiva	2,22	0,60	1,97-2,47	2	4

DE: desviación estándar; IC 95%: intervalo de confianza; X: promedio.

\*Familia, amigos y vecinos

### 3. Evaluación de las estrategias de afrontamiento familiar en función del Sexo.

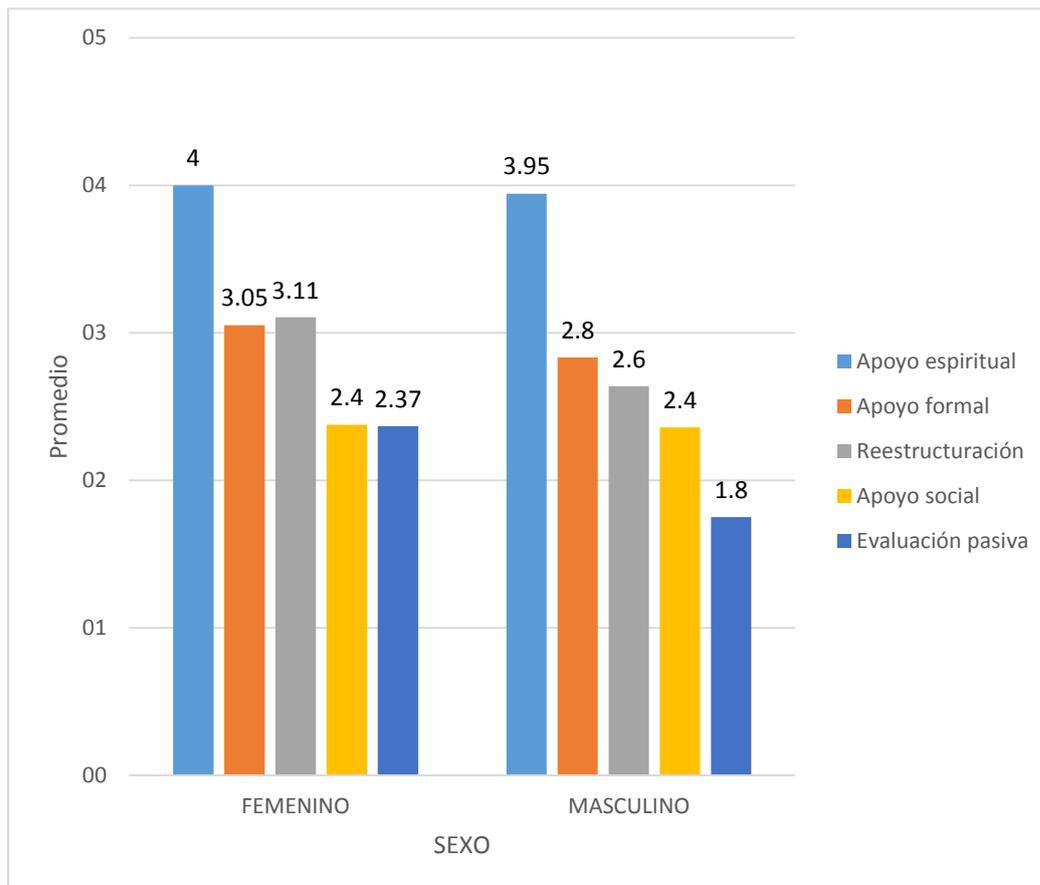


Figura 1. Promedios de las estrategias de afrontamiento familiar según sexo. Grupo “Compartiendo por la salud mental- Cajamarca”,2018.

Los promedios de las estrategias de afrontamiento familiar del Grupo “Compartiendo por la salud mental- Cajamarca” según el sexo muestran lo siguiente. En el sexo femenino la búsqueda de apoyo espiritual, La reestructuración y la búsqueda del apoyo formal son utilizadas muchas veces ( $x=4,0$ ;  $x= 3,11$  y  $x=3,05$ ; respectivamente) como estrategia de afrontamiento familiar. La búsqueda de apoyo social y la evaluación pasiva algunas veces

( $x=2,4$ ;  $x=2,37$ ; respectivamente) son calificadas por las mujeres como estrategia de afrontamiento familiar.

En el sexo masculino la búsqueda del apoyo espiritual muchas veces ( $x= 3,95$ ) es percibido como estrategia de afrontamiento familiar. La búsqueda del apoyo formal, la búsqueda de apoyo social y la reestructuración algunas veces ( $x=2,8$ ;  $x=2,4$ ;  $x=2,6$ , respectivamente) son percibidas como estrategias de afrontamiento familiar. La evaluación pasiva pocas veces ( $x=1,8$ ) es percibido como estrategia de afrontamiento familiar por los varones.

#### 4. Evaluación de las estrategias de afrontamiento familiar en función del estado civil.

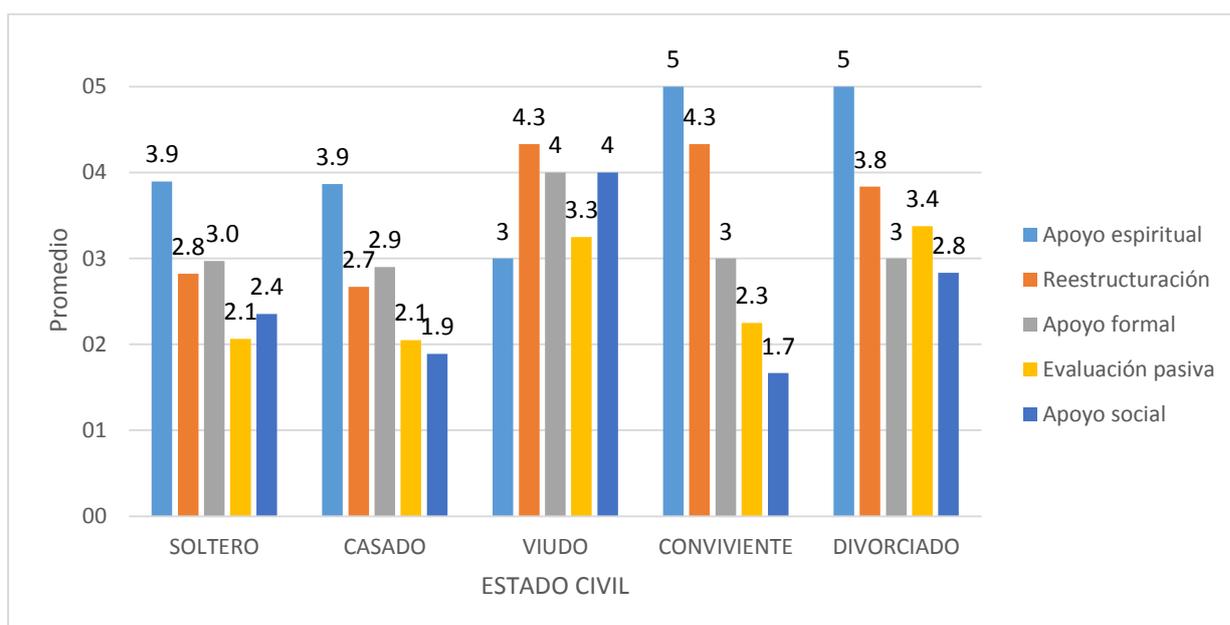


Figura 2. Promedios de las estrategias de afrontamiento familiar en función del estado civil. Grupo “Compartiendo por la salud mental- Cajamarca”,2018.

Los promedios de las estrategias de afrontamiento familiar del Grupo “Compartiendo por la salud mental- Cajamarca” según el estado civil muestran que en el subgrupo de solteros la búsqueda del apoyo espiritual muchas veces ( $x=3,9$ ) es percibido como estrategia de afrontamiento familiar y que la búsqueda

del apoyo formal algunas veces ( $x=3,0$ ) se percibe como estrategia de afrontamiento familiar, mientras que la reestructuración, la búsqueda de apoyo social, la evaluación pasiva algunas veces ( $x=2,8$ ;  $x=2,4$ ;  $x=2,1$ ; respectivamente) son reconocidos como estrategias de afrontamiento familiar en los solteros.

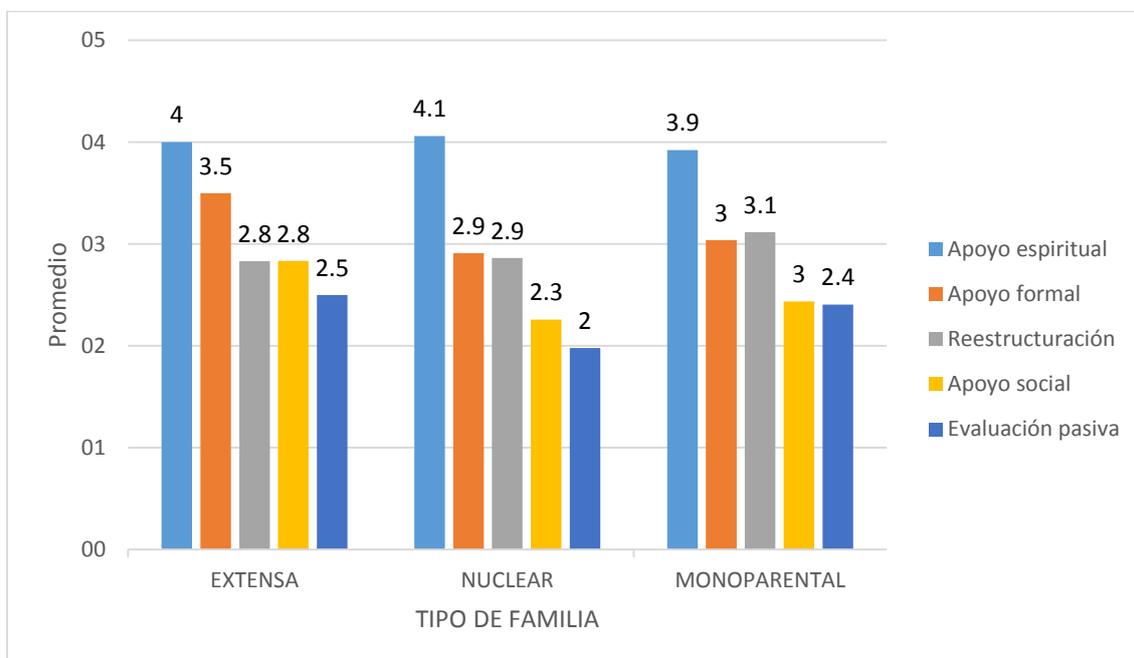
En los casados la búsqueda del apoyo espiritual muchas veces ( $x=3,9$ ) es reconocido como estrategia de afrontamiento familiar. Mientras que la búsqueda del apoyo formal, la reestructuración y la evaluación pasiva algunas veces ( $x=2,9$ ;  $x=2,7$ ;  $x=2,1$ , respectivamente) son percibidas como estrategias de afrontamiento familiar. La búsqueda de apoyo social pocas veces ( $x=1,9$ ) es considerado como estrategia de afrontamiento familiar.

En el subgrupo de viudos la reestructuración siempre ( $x=4,3$ ) se percibe como estrategia de afrontamiento familiar mientras que la búsqueda de apoyo social, la búsqueda del apoyo formal, la evaluación pasiva muchas veces ( $x=4,0$ ;  $x=4,0$ ;  $x=3,3$ ; respectivamente) y la búsqueda del apoyo espiritual algunas veces ( $x=3,0$ ) son percibidas como estrategias de afrontamiento.

En los convivientes la búsqueda del apoyo espiritual y la reestructuración siempre ( $x=5$ ;  $x=4,3$ ; respectivamente) como estrategias de afrontamiento familiar. La búsqueda del apoyo formal y la evaluación pasiva algunas veces ( $x=3,0$ ;  $x=2,3$ ; respectivamente) se perciben como estrategias de afrontamiento. La búsqueda de apoyo social muy pocas veces ( $x=1,7$ ) se percibe como estrategia de afrontamiento.

En los divorciados la búsqueda del apoyo espiritual siempre ( $x=5$ ) se percibe como estrategia de afrontamiento, la reestructuración y la evaluación pasiva muchas veces ( $x=3,8$ ;  $x=3,4$ ; respectivamente) es percibido como estrategia de afrontamiento. La búsqueda del apoyo formal y La búsqueda de apoyo social algunas veces ( $x=3,0$  y  $x=2,8$ ) es percibido como estrategia de afrontamiento.

## 5. Evaluación de las estrategias de afrontamiento familiar en función del tipo de familia.



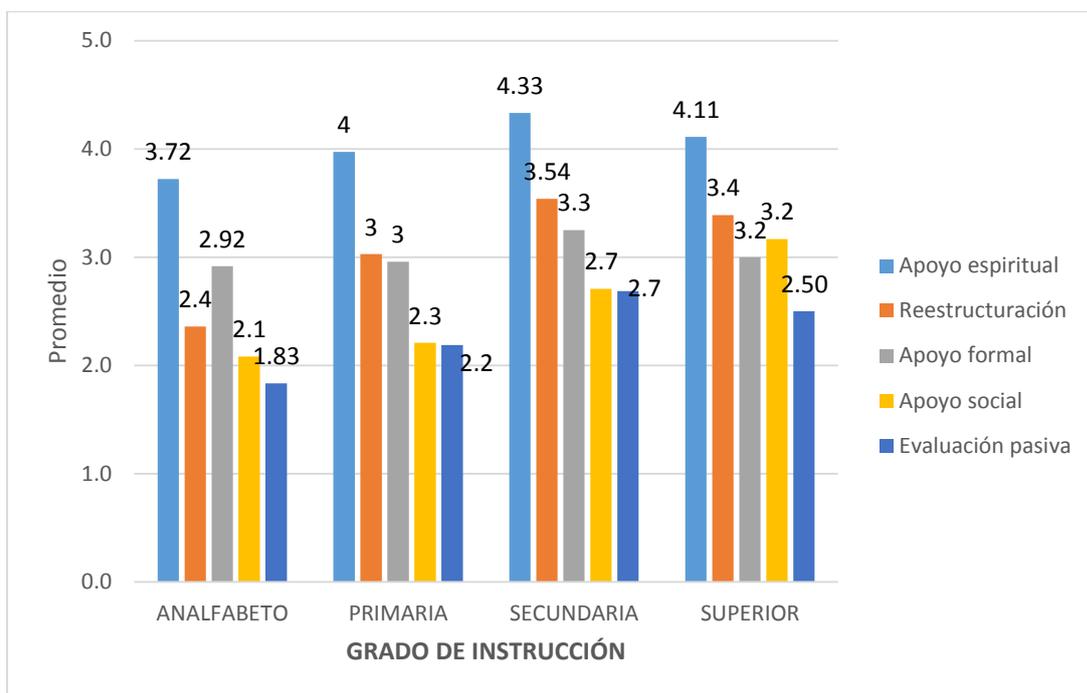
**Figura 3. Promedios de las estrategias de afrontamiento familiar en función de tipo de familia. Grupo “Compartiendo por la salud mental- Cajamarca” - 2018.**

Los promedios de las estrategias de afrontamiento familiar del Grupo “Compartiendo por la salud mental- Cajamarca” según tipo de familia muestran que en las personas de familias extensas la búsqueda del apoyo espiritual y la búsqueda del apoyo formal muchas veces ( $x=4.0$ ;  $x= 3.5$ ; respectivamente) se refieren como estrategia de afrontamiento familiar. La búsqueda de apoyo social, la reestructuración, la evaluación pasiva algunas veces ( $x=2,8$ ;  $x=2,8$ ;  $x=2,5$ ; respectivamente) son percibidos como estrategias de afrontamiento familiar.

En el caso de las familias nucleares, la búsqueda del apoyo espiritual siempre ( $x= 4,1$ ) se percibe como estrategia de afrontamiento familiar mientras que la búsqueda del apoyo formal, la reestructuración, la búsqueda de apoyo social algunas veces ( $x=2,9$ ;  $x=2,9$ ;  $x=2,3$ ; respectivamente) se perciben como estrategias de afrontamiento familiar. Además de esto, la evaluación pasiva pocas veces ( $x=2$ ) se percibe como estrategia de afrontamiento familiar.

En las familias monoparentales la búsqueda del apoyo espiritual y la reestructuración muchas veces ( $x=3,9$ ;  $x=3,1$ ; respectivamente) se perciben como estrategias de afrontamiento familiar mientras que la búsqueda del apoyo formal, la búsqueda de apoyo social y la evaluación pasiva algunas veces ( $x=3$ ;  $x= 2,4$ ;  $x=2,4$ , respectivamente) son percibidas como estrategias de afrontamiento familiar.

**Evaluación de las estrategias de afrontamiento familiar en función del grado de instrucción.**



**Figura 4. Promedios de las estrategias de afrontamiento familiar en función del grado de instrucción. Grupo “Compartiendo por la salud mental- Cajamarca”2018**

Los promedios de las estrategias de afrontamiento familiar del Grupo “Compartiendo por la salud mental- Cajamarca” según el grado de instrucción muestran que en los analfabetos la búsqueda del apoyo espiritual muchas veces ( $x=3,7$ ) es percibido como estrategia para el afrontamiento familiar. En este subgrupo la búsqueda del apoyo formal, la reestructuración, la búsqueda de apoyo social algunas veces ( $x= 2,9$ ;  $x= 2,4$ ;  $x= 2,1$ ; respectivamente) son

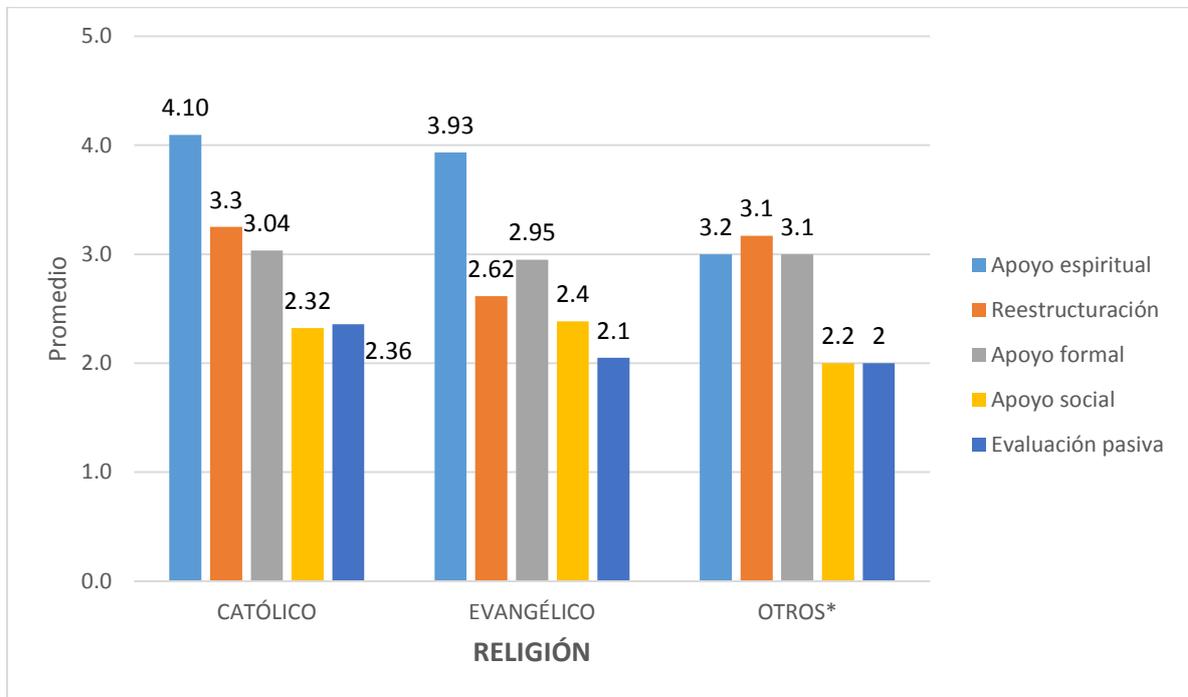
percibidos como estrategias de afrontamiento familiar. La evaluación pasiva pocas veces ( $x=1,8$ ) es percibida como estrategia de afrontamiento.

En el subgrupo de aquellos que presentan primaria (completa o incompleta) la búsqueda del apoyo espiritual muchas veces ( $x=4$ ) se percibe como estrategia de afrontamiento familiar. La reestructuración, la búsqueda del apoyo formal, la evaluación pasiva y la búsqueda de apoyo social algunas veces ( $x=3,0$ ;  $x=3,0$ ;  $x=2,3$ ;  $x=2,2$ ; respectivamente) fueron percibidas como estrategias de afrontamiento familiar.

En aquellos participantes que tenían nivel secundario (completo o incompleto) la búsqueda del apoyo espiritual ( $x=4,3$ ) siempre era percibido como estrategia de afrontamiento. La reestructuración y la búsqueda de apoyo formal muchas veces ( $x=3,5$ ;  $x=3,3$ ; respectivamente) fueron percibidos como estrategias de afrontamiento. La evaluación pasiva y la búsqueda de apoyo social muy pocas veces ( $x=2,7$ ;  $x=2,7$ ) fue considerada como estrategias de afrontamiento en este subgrupo.

En los participantes que tenían nivel de estudios superior (universitario o no universitario) la búsqueda del apoyo espiritual ( $x=4,1$ ) siempre fue percibido como estrategia de afrontamiento y la búsqueda de apoyo social, la reestructuración muchas veces ( $x=3,17$  y  $x=3,4$ ) fueron consideradas estrategias de afrontamiento mientras que la búsqueda del apoyo formal y la evaluación pasiva ( $x=3,0$ ;  $x=2,5$ ; respectivamente) algunas veces fueron descritos como estrategias de afrontamiento.

## 6. Evaluación de las estrategias de afrontamiento familiar en función de la religión.



**Figura 5. Promedios de las estrategias de afrontamiento familiar en función de religión. Grupo “Compartiendo por la salud mental- Cajamarca”2018**

Los promedios de las estrategias de afrontamiento familiar del Grupo “Compartiendo por la salud mental- Cajamarca” según la religión muestra que para los católicos la búsqueda del apoyo espiritual siempre ( $x=4,1$ ) se percibe como una estrategia de afrontamiento familiar. La búsqueda del apoyo formal y la reestructuración muchas veces ( $x=3,3$  y  $x=3,04$ ; respectivamente) son percibidas como estrategias de afrontamiento familiar. Además de esto, la búsqueda de apoyo social y la evaluación pasiva algunas veces ( $x=2,32$  y  $x= 2,36$ ; respectivamente) son percibidas como estrategias de afrontamiento familiar.

En el subgrupo de evangélicos la búsqueda del apoyo espiritual muchas veces( $x=3,93$ ) es considerada como estrategia de apoyo familiar a comparación del apoyo formal, la reestructuración, la búsqueda de apoyo social y la evaluación

pasiva ( $x=2,95$ ;  $x=2,62$ ;  $x=2,4$ ;  $x=2,1$ ; respectivamente) algunas veces son percibidas como estrategias de afrontamiento familiar.

En aquellas personas que no son católicas ni evangélicas la reestructuración muchas veces ( $x=3,17$ ) es percibida como estrategia de afrontamiento, mientras que, la búsqueda del apoyo formal, apoyo espiritual algunas veces ( $x=3,0$  y  $x=3,1$ ) las perciben como estrategias de afrontamiento familiar. La búsqueda de apoyo social y la evaluación pasiva pocas veces ( $2,0$  cada una) es percibida como estrategia de afrontamiento familiar en este subgrupo.

## DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación muestran que, en el grupo “Compartiendo por Salud Mental Cajamarca” -2018, la búsqueda del apoyo espiritual, seguido de la búsqueda de apoyo formal son los principales componentes del afrontamiento familiar frente a los trastornos mentales y que la evaluación pasiva sería el componente de afrontamiento familiar menos frecuente. Esto nos muestra que nos encontramos frente a un grupo en el que el manejo de las crisis familiares busca conseguir recursos de afrontamiento en fuentes ajenas a la familia como vendría a ser la búsqueda del apoyo espiritual(58).

Lo descrito en esta investigación se asemeja a estudios previos como los de Mora-Castañeda y colaboradores en el que mencionan que la ayuda espiritual es la estrategia de afrontamiento más utilizada por los cuidadores de familiares con esquizofrenia. Otros estudios como los de Nadkarni (59) y Sabanciogullari (60)(61) muestran la importancia de la fe religiosa, asistencia hacia lugares religiosos y la realización de actividades religiosas como parte del afrontamiento familiar frente a enfermedades mentales. Sobre este aspecto es importante resaltar que, si bien en nuestro estudio apreciamos que la mayoría de la población es católica, investigaciones han demostrado que lo importante no es el origen religioso, sino la búsqueda de fortaleza espiritual mediante la oración y los rituales.

En este grupo poblacional la búsqueda del apoyo formal se encuentra como uno de las estrategias de afrontamiento más frecuente, contrastando con lo mencionado por Ben H. quien menciona que el factor más importante de afrontamiento familiar estaría relacionado con el ámbito médico o apoyo formal (62). El hecho de que en esta población la búsqueda de apoyo formal tenga una

frecuencia menor al de la búsqueda de ayuda religiosa, puede deberse a que existe una estigmatización hacia las enfermedades mental como lo indica Eaton.(61) además de que en el Perú se le da poca importancia a los problemas mentales tal y como lo menciona Rondón M.(63), y de que existe una seria carencia de especialistas en salud mental en el Perú como se aprecia en el artículo de Zevallos L (64).

La asistencia a grupos de autoayuda mejora el afrontamiento familiar(60). Esta investigación se desarrolló en un ambiente que además de estar libre de discriminación es favorable para el intercambio de vivencias acerca del afrontamiento familiar, esta situación se corrobora con lo mencionado por Azman y colaboradores quienes mencionan la importancia de que los cuidadores participen en grupos de apoyo social para conocer y obtener estrategias de afrontamiento positivas utilizadas por otros cuidadores que tienen experiencias similares en el cuidado de enfermos mentales(65). Y Gilholy y colaboradores que indican que los grupos de apoyo, intervenciones multicomponentes y compromisos conjuntos de cuidadores-enfermos son beneficiosos(66). Además de esto, menciona también que participar de estos grupos puede permitir que el cuidador reciba capacitación adecuada de los profesionales de salud mental, tal y como ocurre en esta investigación(65)

En la tabla 1 podemos apreciar que la mayor parte la población de este estudio perteneció al género femenino (76% son mujeres). Esto es similar a diversas investigaciones como las de Pearce y colaboradores(76% son mujeres) (67) y Mora-Castañeda(74% son mujeres) (58) han mostrado que son las mujeres, en especial las madres, las que más frecuentemente se encargan del cuidado del paciente y son las que están expuestas a esta situación de estrés psicológico, las que muestran un mejor afrontamiento familiar(62) y frente a las cuales las intervenciones psicológicas y psicoeducativas son las más beneficiosas(1,9)

En la figura 2 destacamos la importancia de otros aspectos de afrontamiento familiar como son la reestructuración y la búsqueda del apoyo formal. Sobre este aspecto es importante destacar que existe la posibilidad de que en ciertos estados civiles como serían la viudez y la soltería se pueden generar estados emocionales negativos que influyen inadecuadamente en el comportamiento y el grado de afrontamiento de las personas frente a las enfermedades mentales. El refuerzo de contacto con amigos y familiares sería un buen aspecto para desarrollar en este grupo de personas.

La familia constituye un gran apoyo para aquellas personas con problemas mentales. En la figura 3 nuestros resultados muestran que una de las formas más usadas en aquellos que pertenecen a familias extensas, nucleares y monoparentales es la búsqueda del apoyo formal, así como el apoyo social recibido por parte de los familiares, amigos y vecinos. Esta situación se contrasta adecuadamente con las investigaciones previas que menciona la posibilidad del uso de diversas técnicas médicas para el afrontamiento de ciertas enfermedades mentales en función del tipo de familia.

Otros trabajos como las de Sanden y colaboradores(68) y Oyebode y colaboradores(69) muestran que la familia así como los profesionales de la salud son pilares fundamentales para el afrontamiento de las enfermedades mentales debido a que brindan el apoyo emocional y son fuente de fortaleza. En el caso de Cajamarca y en nuestra población de estudio, si bien apreciamos la busca apoyo en familiares y amigos como forma de afrontamiento familiar, aún existe una desinformación en relación con el cuidado de la salud mental posiblemente por el poco acercamiento con los médicos. Mejorar esta situación fortalecerá los lazos entre cuidador y enfermo además de minimizar la estigmatización y el rechazo del enfermo.

El método de afrontamiento familiar varía según el nivel de instrucción de la persona. Nuestros resultados muestran que tanto para los que tienen nivel

primario, secundario y superior la estrategia de afrontamiento más utilizada (después de la búsqueda de apoyo espiritual) es la reestructuración mientras que en los analfabetos vendría a ser la búsqueda de apoyo formal. Esto es similar a lo descrito por Eaton y colaboradores(61), quienes mencionan que los pacientes con niveles más altos de educación tienden a resolver el problema mediante una manera más interna (cognitiva) enfrentando la situación de una manera positiva(61) . El conocimiento de una enfermedad psíquica por parte de los cuidadores del paciente influye positivamente en la búsqueda activa de información acerca de cuidados, tratamientos, y conductas a favor del control del paciente.

## **CONCLUSIÓN:**

- La búsqueda del apoyo espiritual viene a ser la manera de afrontamiento familiar más frecuentemente utilizada por las familias de los pacientes del grupo “Compartiendo por la salud mental-Cajamarca” seguido del apoyo formal. Otras principales formas de afrontamiento familiar vendrían a ser la reestructuración y la búsqueda de apoyo social. La evaluación pasiva sería el componente de afrontamiento familiar menos frecuente.
- Mediante este estudio se refuerza el concepto de que la familia es el núcleo de cuidado importante y que la búsqueda de apoyo ya sea espiritual, formal o social son el común denominador en los participantes del estudio realizado.
- La asistencia a grupos de autoayuda mejora el afrontamiento familiar, grupos de apoyo como el que ha sido estudiado brindan un aporte de gran importancia con sus acciones dirigidas a que dicha familia amplíe sus posibilidades de actuación, con intervenciones destinadas a disminuir la carga del familiar responsable, para que la convivencia continúe de una manera positiva.
- Pocos son los estudios locales, nacionales e internacionales, hasta hoy realizados, en la familia del paciente con enfermedad mental y psiquiátricas, sobre las formas de afrontamiento que tiene frente a esta situación. La investigación realizada aporta evidencias de la contribución de los grupos de apoyo en la mejora del estado de la salud mental de la población peruana.

## **RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS**

- Concientizar a la población sobre la importancia de mantener la salud mental y en caso de tener un miembro enfermo guiarles para que puedan buscar ayuda oportuna en centros de ayuda o centro comunitarios.
- Creación de más grupos de ayuda frente a estas patologías.
- Realizar más investigaciones sobre métodos de afrontamiento familiar en la población de Cajamarca.

## REFERENCIAS

1. Angeles Pastor M, Lopez Roig S, Rodriguez Marin J. Afrontamiento familiar, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Quinta ed. Rodriguez , editor. España: CODEN PSOTEC; 1993.
2. García Laborda , Rodríguez Rodríguez. Afrontamiento familiar ante la enfermedad mental. Cultura de los ciudadanos. 2005 Febrero; IX(18): p. 42-51.
3. Vázquez Valverde C, Crespo López M, M. Ring J. Estrategias de afrontamiento. [Online].; 2000 [cited 2018 Agosto 14].
4. Sadock Ky. Sinopsis de la psiquiatría. Decima ed. Bauzas Cacheda X, editor. España: Walter Kluwer Health España S.A; 2009.
5. Gradillas. La familia del enfermo mental: la otra cara de la psiquiatría. Decima ed. España: Publicaciones Diaz de Santos; 1998.
6. Brundtland H. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Quince ed. Barbara AHy, editor. Francia: Maqueta de Gráficos 2001/13757 – Sadag – 3000; 2001.
7. Noguchi" INdS"HDH. Situación, avances y perspectivas en la atención a personas con discapacidad por trastornos mentales en el Perú. Apoyo a la investigación y docencia especialidades. 2011 junio; VII(10).
8. MINSA. Aprueban reglamento que garantiza los derechos de las personas con problemas en salud mental. [Online].; 2006 [cited 2018 Agosto 27. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=16964>.
9. Gushiken Miyagui.. Salud Mental y Derechos Humanos Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. I ed. Gushiken Miyagui A, editor. Lima: Publicaciones Ricardo Palma; 2008.
10. Dávila A, Flores Moreno E, Carvajal O M, Petit Moreno. Trastornos mentales y la familia. [Online].; 2014 [cited 2018 Agosto 14. Available from: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/trastornos-mentales-y-la-familia/6/>.

11. De la Torre Rodríguez R, Soriano Fuentes L, Soriano Fuentes. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Medicina de Familia*. 2003 Mayo; IV(2): p. 130-135.
12. Oviedo Rodríguez. La Enfermedad mental y la familia. *Revista de psicología PEGU*. 2013 Junio; IV(1): p. 160-165.
13. Blanco Julio J. Afrontamiento familiar del paciente con depresión. *Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*. 2013 Noviembre; I(2): p. 46-51.
14. Fernández Santiago. Familia y sociedad ante la salud mental. *Revista de derecho UNED*. 2009 Abril; II(4): p. 219-230.
15. Ben Hamido Silva F. Estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista psicologica. com*. 2011 Noviembre; XV(4): p. 1-11.
16. Fernández Martínez E. Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido. [Online].; 2009 [cited 2018 Agosto 27. Available from: <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/902/2009FERN%C3%81NDEZ%20MART%C3%8DNEZ,%20MAR%C3%8DA%20ELENA.pdf?sequence=1>.
17. Rondón B. Salud Mental: UN problema de Salud Pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2006 Enero; XXIV(4): p. 237-238.
18. Hidalgo Padilla. Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia. [Online].; 2013 [cited 2018 Agosto 14. Available from: [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4700/hidalgo\\_padilla\\_liana\\_personas\\_esquizofrenia.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4700/hidalgo_padilla_liana_personas_esquizofrenia.pdf?sequence=1).
19. Vásquez. La salud mental en Cajamarca: ¿Quién hace algo? *Panorama Cajamarquino*. 2011 Abril : p. 1.
20. Español EBE. La familia: concepto, tipos y evaluación. [Online].; 2009 [cited 2018 Agosto 26. Available from: [http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec\\_42\\_LaFam\\_ConcTip&Evo.pdf](http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFam_ConcTip&Evo.pdf).
21. Valladarez Gonzales M. La familia. Una mirada desde la Psicología. *MediSur*. 2008 Agosto; VI(1): p. 1.
22. Vladivia Sánchez. La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. *REDIF*. 2008 Noviembre; I(2): p. 15-22.
23. OMS. Definición de familia según la OMS. *Buenas Tareas*. 2015 Febrero; I(1): p. 1-5.
24. Sánchez Ramos. UN recurso de integraciónUn adolescentes y familias en situación de riesgo: los centros de día de atención a menores. In Sánchez Ramos JM, editor.. España: Publicaciones de la universidad de Granada.; 2011. p. 14-58.
25. Guzman Madriz. *Dinamica de grupo*. Primera ed. Rojas VV, editor. España: Eureka Media SL; 2015.

26. Rondón García. Nuevas formas de familia y perspectivas para la mediación: El tránsito de la familia modelo a los distintos modelos familiares. Primera ed. Rondón , editor. España: Grupo Planeta; 2011.
  
27. Cassaretto , Chau , Oblitas H, Valdez. Revista de Psicología de la PUCP. Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. 2003 Septiembre; XXI(2): p. 365-392.
  
28. Salotti P. Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico. [Online].; 2006 [cited 2018 Agosto 27. Available from: [http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/207\\_salotti.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/207_salotti.pdf).
  
29. Macías, Ph.D , Madariaga Orozco C, Valle Amarís M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología desde el Caribe. 2011 Agosto; XXX(1): p. 1-4.
  
30. Amarís Macías M, Madariaga Orozco , Valle Amarís , Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología desde el Caribe. 2013 Enero; XXX(1): p. 125-138.
  
31. Lagunas Núñez , Redmond García M, González Jiménez. Manejo médico, técnico, legal de los trastornos mentales en la salud de la división de salud en el trabajo. [Online].; 2013 [cited 2018 Agosto 28. Available from: <http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/07/Tesis-Karla.pdf>.
  
32. Instituto Nacional de Salud, Valencia Collazos M. Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 2007 Abril; XXX(2): p. 1-7.
  
33. Campo Arias A, Cassiani Miranda A. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. Colombiana de Psiquiatría. 2008 Octubre; XXXVII(4): p. 598-613.
  
34. Espejo Núñez , Carpio Barbieri R, MINSA - Perú , OPS- Perú. Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú. Primera ed. Rodríguez CL, editor. Lima: Servicios Industriales & Editores SAC; 2008.
  
35. Cáceres , Alva J. TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS. Manual de psiquiatría. S.F Marzo; II(1): p. 1-2.
  
36. Solano Murciaa , Vasquez Cardozo S. Familia, en la salud y en la enfermedad mental. Colombiana de Psiquiatría. 2013 Septiembre; XLII(4): p. 1-9.
  
37. Muñoz , Pérez Santos E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental, análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Primera ed. Muñoz PCG, editor. Madrid: Comptense S.A.; 2009.

38. Montañó L, Nieto T, Mayorga N. Esquizofrenia y tratamientos Psicológicos: una revisión teórica. Vanguardia Psicológica. 213 Septiembre; IV(1): p. 87-96.
39. Extrahospitalaria SdSM. Entendiendo la esquizofrenia Una guía para las personas que sufren la enfermedad y sus familias. GUÍAS DE EDUCACIÓN SANITARIA. S.F Abril; II(4): p. 5-9.
40. Ramos Bernal A. Diario de una enfermedad mental ( Esquizofrenia). Primera ed. Ramos , editor. San Vicente: Club Universitario; 2008.
41. Ferre Navarrete. Afrontar la Depresión. Guia de ayuda a pacientes y familiares; afrontar la depresión. S.F Junio; V(2): p. 15.
42. Bogaert García H. La depresión: etiología y tratamiento. Ciencia y Sociedad. 2012 Abril - Junio; XXXVII(2): p. 186-190.
43. Igualdad MdSSSe. La Depresión. Primera ed. Tecnologías AdEd, editor. España: KRISOLA DESEÑO, S.L.; 2014.
44. Zarragoitia Alonso. Depresión: generalidades y peculiaridades. Primera ed. Zarragoitia , editor. La Habana: Ciencias Medicas; 2011.
45. Crespo Facorro , Pérez Iglesias R, Gaité , Peña Mea. Psicosis. Guia de psicoeducación. 2010 Mayo; IV(1): p. 9-12.
46. Berdullas P, Malamud M, Ortiz Zevallos G. Psicosis y significación en Freud. Scielo. 2010 Diciembre; 17: p. 1-2.
47. Calvo Calvo A, Kehrmann Irisarri , Moreno Ruiz C, Moreno Íñiguez M, Rapado Castro M, Sánchez Gutiérrez T. PIENSA: guía para dolescentes y familia que quieren entender y afrontar la psicoasis. Primera ed. Puri , editor. España: Publicaciones Pablo Santamaría.; 2015.
48. Alonso Pinedo M, Arce Cordón R, Benabarre Hernández , Bravo Ortiz Fea. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Primera ed. Alonso ABea, editor. Mdríd: Publiaciones Magallanes; 2012.
49. Igoa A, Bottini A, Martino D, Gagliesi. Trastorno Bipolar: guía para pacientes, familiares y allegados. [Online].; S.F [cited 2018 Agosto 31. Available from: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo46.pdf>.
50. Vieta E, Colom F, Martínez Arán A. ¿Que es trastorno bipolar? Primera ed. Vienta CM, editor. Barcelona: Publicaciones Santillana; S.F.
51. Martín Carrasco. Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer: definición, significación diagnóstica y utilidad clínica. [Online].; 2009 [cited 2018 Agosto 30. Available from: [http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0102/0102\\_101\\_114.pdf](http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0102/0102_101_114.pdf).
52. Fidel Romano M, Daniela Nissen , Del Huerto Paredes N, Alberto Parquet. Enfermedad de alzheimer. Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2007 Noviembre; LXI(175): p. 9-12.

53. Peña Casanova J. Enfermedad de alzheimer. Primero ed. Caixa" F"L, editor. Barcelona: Publicaciones Gráficas Iberica S.A; 1999.
54. Cohen Abadi M, Barraza Macías , Malo Salvarieta DA. Investigaciones sobre salud mental : patología, afrontamiento e intervencion. Primera ed. Abadi Ba, editor. Mexico: Red Durango de Investigadores Educativos A. C.; 2012.
55. Caqueo Urizar A, Lemos Giráldez. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema revista Anual de Psicología*. 2008 Mayo; XX(4): p. 578-582.
56. Sepúlveda Vildósola , Romero Guerra , Jaramillo Villanueva. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad EN residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Scielo*. 2012 Octubre; 69: p. 347-354.
57. McCubbin , Olson , Larsen. Funcionamiento Familiar: Evaluación de los Potenciadores y Obstructores (I). [Online].; 1981 [cited 2018 Diciembre 10. Available from: file:///C:/Users/p/Downloads/Funcionamiento-FamiliaR%20(1).pdf.
58. Mora-Castaneda B, Marquez-Gonzalez M, Fernandez-Liria A, de la Espriella R, Torres N, Arenas Borrero A. Clinical and Demographic Variables Associated Coping and the Burden of Caregivers of Schizophrenia Patients. *Rev Colomb Psiquiatr*. enero de 2018;47(1):13–20.
59. Nadkarni A, Dabholkar H, Mccambridge J, Bhat B, Kumar S, Mohanraj R, et al. The explanatory models and coping strategies for alcohol use disorders : An exploratory qualitative study from India. *Asian J Psychiatr*. 2018;6(6):521–7.
60. Sabanciogullari S, Tel H. Information needs, care difficulties, and coping strategies in families of people with mental illness. *Neurosciences (Riyadh)*. abril de 2015;20(2):145–52.
61. Eaton PM, Davis BL, Hammond P V, Condon EH, McGee ZT. Coping strategies of family members of hospitalized psychiatric patients. *Nurs Res Pract*. 2011/05/17. 2011;2011:392705.
62. Ben Hamido Silva, F. (2011). Recuperado el 23 de Agosto de 2016, de Estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/1309/1203#>.
63. Rondón García, L. M. (2011). Recuperado el 08 de Septiembre de 2016, de Nuevas formas de familia y perspectivas para la mediación: El tránsito de la familia modelo a los distintos modelos familiares: <http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/1691/4Rond>.
64. Zevallos L, Pastor R, Moscoso B. OFERTA Y DEMANDA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD : SUPPLY AND DEMAND OF MEDICAL SPECIALISTS IN THE HEALTH FACILITIES OF THE MINISTRY OF HEALTH : NATIONAL , REGIONAL AND BY TYPE OF SPECIALTY GAPS. 2011;28(2):1–6.
65. Azman A, Jamir Singh PS, Sulaiman J. Caregiver coping with the mentally ill: a qualitative study. *J Ment Health*. abril de 2017;26(2):98–103.

66. Gilhooly KJ, Gilhooly MLM, Sullivan MP, McIntyre A, Wilson L, Harding E, et al. A meta-review de 2016;16:106.
67. Pearce MJ, Medoff D, Lawrence RE, Dixon L. Religious Coping Among Adults Caring for Family Members with Serious Mental Illness. *Community Ment Health J.* 2015/04/21. febrero de 2016;52(2):194–202.
68. Sanden RLM Van Der, Stutterheim SE, Pryor JB, Kok G, Bos AER. Coping With Stigma by Association and Family Burden Among Family Members of People With Mental Illness. 2014;202(10).
69. Oyebode JR, Bradley P, Allen JL. Relatives ' Experiences of Frontal- Variant Frontotemporal Dementia. 2013.

## ANEXO A

### UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

### ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

#### CUESTIONARIO

#### AFRONTAMIENTO FAMILIAR FRENTE A TRASTORNOS MENTALES EN EL GRUPO “COMPARTIENDO POR LA SALUD MENTAL- CAJAMARCA” 2018

##### I. INSTRUCCIONES

Marque con un aspa (X) según crea conveniente:

##### DATOS GENERALES DEL FAMILIAR.

###### 1. Edad:

- a) 10- 15 años ( )
- b) 15- 20 años ( )
- c) 20 a más ( )

###### 2. Sexo:

- a) Femenino ( )
- b) Masculino ( )

###### 3. Estado Civil:

- a) Soltero (a) ( )
- b) Casado (a) ( )
- c) Viudo (a) ( )
- d) Conviviente ( )
- e) Divorciado (a) ( )

###### 4. Tipo de familia:

- a) Familia extensa ( )
- b) Familia funcional o flexible ( )
- c) Familia nuclear ( )
- d) Familia monoparental ( )
- e) Familia simultanea o reconstituida ( )

###### 5.- Grado de instrucción

- a) Analfabeto ( )
- b) Primaria incompleta ( )
- c) Primaria completa ( )
- d) Secundaria incompleta ( )
- e) Secundaria Completa ( )
- f) Superior no universitaria ( )
- g) Superior universitaria ( )

###### 6.- Religión

- a) Católico ( )
- b) Evangélica ( )
- c) Otros: ( )

## ANEXO B

### EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO FAMILIAR

En este cuestionario se proponen afirmaciones que describen diferentes formas de afrontamiento de problemas en la familia. Rodee con un círculo o X la puntuación que mejor puede aplicarse a cada afirmación.

	<b>Nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Siempre</b>
Compartimos los problemas con la familia más cercana (abuelos tíos, etc.).	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Buscamos consejo y ayuda en amigos.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Sabemos que tenemos la capacidad suficiente para resolver problemas importantes.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Buscamos información y ayuda en personas que han tenido problemas iguales o similares.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Buscamos ayuda en profesionales (psicólogo, trabajador social, etc.)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Buscamos información y ayuda en el médico de la familia	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Pedimos ayuda, consejo y apoyo a los vecinos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Tratamos de encontrar rápidamente soluciones, sin ponernos nerviosos y pensando fríamente en el problema	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Demostramos que somos fuertes.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Asistimos a los servicios religiosos acordes con nuestras creencias y participamos en otras actividades religiosas.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Aceptamos los problemas como parte de la vida	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Compartimos las preocupaciones con amigos cercanos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Vemos en los juegos de azar (lotería, bingo, etc.), una solución importante para resolver nuestros problemas familiares	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Aceptamos que los problemas aparecen de	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

forma inesperada					
Creemos que podemos solucionar los problemas por nosotros mismos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Definimos el problema familiar de forma positiva para no sentirnos demasiado desanimados o tristes	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Sentimos que por muy preparados que estemos, siempre nos costará solucionar los problemas	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Buscamos consejo en un sacerdote (o religioso/a)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Creemos que si esperamos lo suficiente, el problema por sí solo desaparecerá.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Compartimos los problemas con los vecinos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Tenemos fe en Dios y confiamos en su ayuda	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Nombre: Cuestionario de afrontamiento familiar –CAF  
Autor/es: McCubbin, Olson y Larsen (1981)  
Adaptación: Equipo Lisis. Universidad de Valencia. Facultad de Psicología  
Nº de ítems: 21 Administración: Individual o Colectiva.  
Tiempo aproximado de aplicación: 3-5 minutos.

**ANEXO C**  
**APLICACIÓN DE ENCUESTA**



