



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Loubat O., Margarita; Cuturrufo A., Nelson
Estrategias de afrontamiento de padres respecto de los primeros brotes psicóticos de sus hijos y su
relación con la adhesión a tratamiento
Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 45, núm. 4, diciembre, 2007, pp. 269-277
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527710002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Estrategias de afrontamiento de padres respecto de los primeros brotes psicóticos de sus hijos y su relación con la adhesión a tratamiento

Parents strategies to deal with children showing early symptoms of a psychotic condition and the relationship between these strategies and adherence to treatment

Margarita Loubat O.¹ y Nelson Cuturrufo A.²

Introduction: This paper analyses the relationship between the strategies and styles used by parents to deal with teenagers children showing early symptoms of a psychotic condition and these youngsters adherence to treatment. **Methods:** This is a co-relational study based on a sample built on probabilistic, random basis and made up by 23 youngsters accompanied by one of their parents. These youngsters are all being treated in one of the psychiatric units of the Chilean public health service. **Results:** The results indicate that parents, by and large, use an active method, trying to control emotions and setting in motion cognitive activity. The study shows that the group adhering to treatment presents significantly higher scores, in statistical terms, in favour of a planning strategy. On the other hand, the group with no adherence to treatment presents a higher score in favour of an avoid- to- face strategy. **Conclusion:** Parents, by and large, use an active method, with analytical and rational activity correlated to the adherence of the youngsters to treatment.

Key words: Psychotic outbreak (early symptoms), Teenagers' psychotic early symptoms, Parents' liaising strategy, Adherence to treatment .

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2007; 45 (4): 269-277

Introducción y Objetivos

En los últimos años y a nivel internacional se está introduciendo un creciente interés en el desarrollo de programas asistenciales y de inves-

tigación sobre las fases iniciales de las enfermedades mentales; esta nueva orientación exige que se progrese desde la enfermedad mental establecida, a las fases iniciales de la patología¹. Este enfoque es de gran relevancia en lo que se refiere a los

Recibido: 24 de noviembre de 2006

Aceptado: 7 de noviembre de 2007

¹ Psicóloga. Académico Escuela de Psicología. Universidad de Santiago de Chile. USACH.

² Médico Psiquiatra. Programa Garantías Explícitas de Salud (GES) en Esquizofrenia. Servicio de Psiquiatría Hospital Dr. Félix Búlne Cerda. Santiago Chile.

primeros brotes psicóticos, considerando que en el estado actual de conocimiento, los modelos etiopatogénicos y terapéuticos aún no dan cuenta del origen y de la erradicación de la patología.

El nuevo paradigma plantea nuevos conceptos para estudio e intervención: “primer episodio”, “pródromo” de primeros episodios, atendiendo a lo rebelde del trastorno, la edad en que brotaría y los retos que plantea un diagnóstico certero en fases tempranas.

En efecto, el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicóticos presenta varios desafíos: el diagnóstico diferencial entre los diagnósticos psicóticos “funcionales” y los “orgánicos”, entre trastornos psicóticos y otros trastornos mentales, o incluso entre trastornos psicóticos y la normalidad². Entonces, respecto de los primeros brotes psicóticos no existe una certeza ni diagnóstica, ni pronostica y sólo tras varios años de evolución -entre 3 y 5-, el trastorno se llega a diferenciar clínicamente de manera franca³.

Adolescencia y brotes psicóticos

Dadas las características de la adolescencia, el tratamiento y/o afrontamiento precoz de estos primeros brotes psicóticos es importante para el curso que pueda tomar el trastorno, ya que se traducen en factores efectivos a la hora de prevenir la cronificación de la enfermedad⁴. La esquizofrenia -cuadro del que se desea evitar despliegue-, es una patología que brotaría al término de la adolescencia y existirían fases prodrómicas, las que estarían vinculadas a cambios que sufriría la conducta del joven; pero, sólo se vislumbraría con mayor certeza la aparición del trastorno cuando el adolescente presenta un brote. El riesgo y deriva en esquizofrenia surgiría como resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales, hasta el momento no hay pruebas de que se trate de una entidad nosológica de causa específica y habría una multitud de formas de presentación de estos cuadros⁵⁻⁷. Ante este escenario, aparentemente los tratamientos interdisciplinarios con la inclusión de la familia son los más efectivos, especialmente en las manifestaciones precoces del síndrome.

Padres y estrategias y estilos de afrontamiento

Un brote psicótico en un hijo, provoca una crisis desestructurante tanto para el joven que vive la patología, como para su familia. Se producen dolores que se hace necesario afrontar a través de esfuerzos cognitivos y conductuales para adaptarse a la situación y manejar las demandas tanto externas como propias, en este caso de los padres.

El estresor -enfermedad del hijo-, despliega un proceso acompañado de emociones negativas donde el shock es aún más fuerte, si se desconoce cual será la evolución del cuadro.

Las estrategias y estilos de afrontamiento que utilicen los padres frente a la crisis, podrían jugar un rol en el curso de la enfermedad, de allí el centrarse en ellas:

La manera como las personas reaccionan ante una situación estresante, recibe el nombre de “Estrategias de afrontamiento” la cual es definida por Lazarus y Folkman⁸, como aquellos esfuerzos 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 la cultura del individuo. Algunos autores⁹ Wolf, 1964; Katz, 1970; Cohen y Lazarus, 1973, en Monat y Lazarus, 1977, citados en Barbagelata, 1999) plantean que son acciones concretas que son utilizadas en cada problema y son especialmente cambiantes, por lo tanto se agregan serían factibles de modificar en beneficio de algún tratamiento para la salud.

Por su parte los Estilos de Afrontamiento se definen como “estructuras del yo desarrolladas por el propio sujeto que, una vez creadas, actúan presumiblemente como disposiciones estables para afrontar de una forma u otra los acontecimientos de la vida”⁸.

Fernández-Abascal¹⁰, cuya clasificación se utiliza en esta investigación, define la variable Estilo y Estrategias de Afrontamiento como el proceso psicológico que se pone en marcha ante cambios, situaciones no deseadas o estresantes, que se constituyen bajo la forma de características persona-

les. Respecto de los Estilos de Afrontamiento, distingue tres dimensiones donde se sitúan: 1. *Según el método*: Los estilos de afrontamiento pueden ser activos (se movilizan diferentes esfuerzos para solucionar el problema; pasivos (no se actúa sobre la situación); o de evitación (se intenta huir o evitar de la situación y/o de sus consecuencias); 2. *Según la focalización*: El estilo de afrontamiento puede ser dirigido al problema (orientado a alterar o manipular el problema); a la emoción (orientado a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar; o a modificar la evaluación inicial de la situación (a la reevaluación del problema); 3. *Según la actividad*: El estilo de afrontamiento puede ser cognitivo (esfuerzo cognitivo) o conductual (acción manifiesta). Respecto de Las Estrategias de Afrontamiento Fernández-Abascar describe las siguientes: reevaluación positiva, reacción depresiva, negación, planificación, conformismo, desconexión mental, desarrollo personal, control emocional, distanciamiento, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, evitar el afrontamiento, resolver el problema, apoyo social al problema, desconexión comportamental, expresión emocional, apoyo social emocional y respuesta paliativa.

Adhesión a tratamiento

Se define como el alcance con que el paciente sigue o cumple las indicaciones médicas¹¹. No obstante, se señala, que la efectividad de un tratamiento farmacológico depende de múltiples factores relacionados con el fármaco, con el sujeto a quien se administra y, se subraya, con el contexto de la prescripción¹². En este estudio la adhesión estará vinculada al plan global de tratamiento.

Contexto chileno

El proceso de desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos severos, que se ha ido desarrollando en Chile, y que se trasluce en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría¹³, hace despliegue de un trabajo donde la familia de más en más se hace cargo del paciente; naturalmente apoyada por la red de salud. Por otra parte, la Reforma en Salud, a través del Plan Auge*, considera respecto de primeros episodios, el trabajo con la familia buscando adhesión al tratamiento¹⁴, el objetivo es evitar un trastorno de tipo esquizomorfo cuya prevalencia es de un 0,5% en población mayor de 15 años e incidencia se puede calcular en 12 casos nuevos por cada cien mil habitantes por año. La esquizofrenia y otras psicosis, son responsables del 1,87% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile^{15,16}.

La gravedad y lo discapacitante del cuadro, invitan a investigar y en éste caso se buscó en la proximidad de los padres la manera cómo éstos afrontan la crisis desatada por el brote psicótico inicial que sufren sus hijos, ya que ello podría relacionarse con la adhesión a tratamiento.

Método

Población

Se consideró la utilización de una muestra probabilística, aleatoria simple y dependiente de 23 pacientes con uno de sus progenitores. Tratándose de un universo finito, la muestra contiene un error máximo de estimación del 5,5% y una confiabilidad de 95%.

La edad de estos jóvenes fluctúa entre 14 y 25 años. Respecto de sus progenitores, participaron

*El Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas, conocido popularmente como "Plan AUGE", se convirtió en ley el 3 de septiembre de 2003 al publicarse en el Diario Oficial la Ley N° 19.966, que describe y regula su funcionamiento. Según la ley, el plan se pone en marcha el 1 de abril de 2005 e instruye a los sistemas de salud público y privado que den prioridad y beneficios a la atención inicialmente de 25 patologías. En la actualidad, el número asciende a 40 problemas de salud, este número es temporal, pues la idea es que la cantidad vaya en aumento con el correr del tiempo hasta llegar a las 80 patologías en el año 2010 (MINSAL, 2006).

4 padres y 19 madres, cuyas edades oscilan entre los 36 y los 58 años, de nivel educacional básico, medio y técnico profesional. El nivel socioeconómico de ellos es medio bajo y bajo, su estado civil se puede resumir en con pareja o sin pareja. Pertenecen al medio semi rural 8 sujetos y 15 al medio urbano. Trece personas cuentan con un familiar con trastorno psíquico.

El universo, correspondió a 67 jóvenes, que han sufrido brotes psicóticos durante el año 2005, y que se encuentran en tratamiento en el Programa AUGÉ, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda. Hospital urbano y semi rural, de la Región Metropolitana. Santiago, Chile.

Diseño

El diseño de investigación fue de carácter no experimental, seccional, correlacional y se utilizaron técnicas de investigación cuantitativas.

Instrumentos

1. Cuestionario sociodemográfico. Se recogieron los siguientes datos: Edad del paciente, madre o padre, edad, profesión u oficio, nivel educacional, nivel socio-económico, estado civil, proveniencia rural o urbana, con o sin patología familiar. Ello permitió establecer comparaciones.

2. Cuestionario "Inventario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento" de Enrique Fernández-Abascal (1998). A fin de describir los estilos y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres.

3. Cuestionario adherencia a tratamiento, sometido a juicio de expertos. Se confeccionó en base a dimensiones relativas con el fenómeno: asistencia a control médico, de enfermería, a psicoterapia y/o psicoeducación, cumplimiento de indicaciones farmacológicas, recaídas y rescate, asistencia de padres a psicoeducación. El diagnóstico de adherencia se realizó en cada caso particular, considerando el contexto de cada paciente en términos de fecha de ingreso a tratamiento y fecha de ingreso a los diferentes programas. La información fue recabada en la ficha clínica y de control de enfermería.

Procedimiento

1ª etapa: Se aplicó el cuestionario "Inventario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento".

2ª etapa: Se relacionaron los resultados de la primera etapa con la adherencia al tratamiento.

Definición operacional de variables

- Estilo y Estrategias de Afrontamiento: Se definen a través de la escala "Inventario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento".
- Adhesión a tratamiento: Cumplimiento del programa terapéutico señalado para el paciente. El rescate de pacientes se consideró como no adhesión a tratamiento.

Resultados

El análisis de los datos se hizo mediante la rutina SPSS 10.0 para Windows. Las herramientas usadas fueron de nivel descriptivo y correlacional: medidas de tendencia central, variabilidad y distribuciones de frecuencia. Acorde a las características de los datos, los análisis correlacionales se realizaron con medidas no paramétricas.

Se calcularon los resultados de los puntajes totales que obtuvieron los 23 sujetos de la muestra en cada una de las dimensiones del Cuestionario. Cada estrategia consta de 4 preguntas, obteniéndose una puntuación máxima de 16 puntos y una media de 8 puntos. Se consideraron por cada pregunta la puntuación y cualificación siguiente: 1 para *nunca*, 2 para *a veces*, 3 para *bastante* y 4 para *siempre*. Se destaca que el total de los cuestionarios fueron válidos.

A continuación se describen los resultados más significativos.

- a. Las Estrategias de Afrontamiento más significativas desplegadas por los padres frente al brote psicóticos de sus hijos son las que se muestran en la Tabla 1.
- b. En relación a los Estilos de Afrontamiento desplegados por los padres, o sea al tipo de predisposición personal para hacer frente a la situación "brote psicóticos", los padres emplean fundamentalmente *Estilos* marcados por un Método Activo, es decir movilizan esfuerzos

Tabla 1. Estrategias de Afrontamiento desplegadas por los padres

Estrategia	Acción concreta	Estadísticos
“Reevaluación positiva”.	La mayoría de los sujetos crean un nuevo significado a la situación problema, intentando extraer todo lo positivo de la situación	87% de los sujetos se ubica por sobre el percentil 50
“Reacción depresiva”	Desbordarse por la situación y ser pesimista	95,7% de los padres
“Negación “	Negar la situación	60,9% de los encuestados
“Planificación”	Movilizar estrategias de afrontamiento para alterar la situación, lo que implica una aproximación analítica y racional del problema	65% de los padres
“Conformismo”	Afrontar de manera conformista la situación	65,2% se ubica por sobre el percentil 50
“Pensamientos distractorios”	Evitar pensar en la situación problema	El 73,9% de sujetos no lo usa
“Desarrollo personal”	Crear un nuevo significado a la situación problema, intentando extraer todo lo positivo de la situación	78% de los casos considera el problema como un autoestímulo
“Control emocional”	Movilizar recursos para regular u ocultar sus sentimientos	El 70% de las personas
“Distanciamiento”	Supresión cognitiva de los efectos emocionales que el problema genera	Sólo el 17,4 % a veces
“Resolver el problema”	Realizar una acción directa y racional para solucionar la situación problema	El 100% de los sujetos decide bastante
“Expresión emocional”	Canalizar el afrontamiento hacia manifestaciones expresivas hacia otras personas de la reacción emocional causada por el problema	El 91,3% de las personas
“Apoyo social emocional”	Buscar comprensión en los demás para la situación emocional en que se encuentran	13% de las personas nunca buscan

para los distintos tipos de solución de la situación, o sea se conducen de manera proactiva. *Focalizan* con un estilo dirigido a la Respuesta Emocional es decir controlan, reducen o eliminan la respuesta emocional generada por el problema. En relación a la *Actividad* movilizada se pudo observar que los esfuerzos son fundamentalmente de tipo Cognitivo.

- c. Si se comparan de Estrategias Afrontamiento utilizadas por lo padres según rangos de edad de los hijos, existencia o no de patología psiquiátrica en la familia, si el familiar encuestado permanece con o sin pareja, y si los padres

con sus hijos viven en el medio urbano o semi rural, se aprecia lo descrito en la Tabla 2.

- d. La comparación de Estilos de Afrontamiento sólo arroja resultados significativos respecto de la ubicación geográfica, dónde los que viven en el área urbana muestran un Método Activo de Afrontamiento o sea movilizan diferentes esfuerzos para solucionar el problema (U de Mann-Whitney = 24,5; W de Wilcoxon = 69,5; Z = -2,105; p < 0,05).
- e. Respecto de la correlación entre Adhesión a Tratamiento y Estilos de Afrontamiento de los padres, se observó lo siguiente:
Una vez realizados los contrastes no paramé-

Tabla 2. Comparación de Estrategias de Afrontamiento utilizadas por los padres según características sociodemográficas

	Estrategia	Acción concreta	Puntaje significativo	Estadísticos
<i>Rangos de edad</i> (14-18 /19-25)	“Resolver el problema”	Realizar una acción directa y racional	Padres pacientes entre 14 y 18 años	(U de Mann-Whitney = 24; W de Wilcoxon = 69; Z = -2,162; p < 0,05).
<i>Patología familiar</i> (con/sin)	“Planificación”	Movilizar estrategias de afrontamiento para alterar la situación, lo que implica una aproximación analítica y racional del problema	Padres con antecedentes de patología neuro psiquiátrica (otra) en la familia	(U de Mann-Whitney = 10,5; W de Wilcoxon = 20,5; Z = -2,132; p < 0,05)
<i>Estado civil</i> (con/sin pareja)				Sin puntajes significativos
<i>Ubicación geográfica</i> (área semi-rural/urbana)	“Reevaluación positiva”	Estrategia activa dirigida a considerar lo positivo, cambiando el significado de la situación problemática	Área urbana	(U de Mann-Whitney = 22; W de Wilcoxon = 67; Z = -2,310; p < 0,05)
	“Negación”	Ausencia de aceptación del problema, evitándolo o desfigurándolo	Área semi-rural	(U de Mann-Whitney = 20,5; W de Wilcoxon = 98,5; Z = -2,411; p < 0,05)
	“Planificación”	Aproximación analítica del problema que tiende a movilizar estrategias para alterar la situación	Área urbana	(U de Mann-Whitney = 15; W de Wilcoxon = 60; Z = -2,807; p < 0,01)
	“Apoyo social emocional”	Búsqueda de apoyo y comprensión por la situación en que se ve envuelto	Área urbana	(U de Mann-Whitney = 19; W de Wilcoxon = 64; Z = -2,518; p < 0,05)

tricos en torno a la variable adherencia a tratamiento, se visualizó que el grupo que tiene adherencia a tratamiento presenta mayores puntajes de manera significativa, respecto a Planificación que el que no tiene adherencia a tratamiento (U de Mann-Whitney = 4,500; W de Wilcoxon = 175,500; Z = -2,284; p < 0,05). El grupo que no tiene adherencia al tratamiento presenta de manera estadísticamente significativa, mayores puntajes en cuanto a la estrategia Evitar el Afrontamiento que el que si tiene adherencia al tratamiento (U de Mann-Whitney = 6,500; W de Wilcoxon = 12,500; Z = -2,088; p < 0,05).

Discusión y Conclusiones

Se pudo apreciar lo siguiente:

- Frente a la crisis ocasionado por primeros brotes psicóticos, la mayoría de los padres movilizan esfuerzos para hacer frente a la situación, o sea utilizan estrategias de afrontamiento activas: creando un nuevo significado a la situación problema, intentando extraer todo lo positivo de la crisis, planificando a objeto de alterar la situación. Todo ello implica una aproximación analítica, con acciones directas y racionales para solucionar la situación problema. Incluso casi la totalidad de los

padres, manifiestan canalizar la reacción emocional causada por el problema hacia otras personas, no hacia sus hijos.

- Casi el total de los padres han tenido una reacción depresiva y se han desbordado por la situación. También la han negado, pero sin llegar a distanciarse del problema, movilizan recursos para controlarse emocionalmente, regulando u ocultando sus sentimientos. Algunos entre ellos, nunca han buscado apoyo social emocional.
- Los padres de los pacientes menores (entre 14 y 18 años) están mayoritariamente abocados a una estrategia de resolver el problema. Los que declararon la existencia de patologías psiquiátricas familiares afrontan de manera más planificada la situación de sus hijos. No obstante, el pertenecer al área urbana *versus* área semi-rural, marca una diferencia en las estrategias utilizadas: los primeros intentan sacar lo positivo de la situación y lo resignifican, planifican acciones y buscan apoyo emocional. En cambio los que se encuentran más aislados de la urbe tienden a negar la situación.
- Respecto de los Estilos de Afrontamiento, se aprecia que los padres además de utilizar un Método de Afrontamiento Activo, Focalizan Controlando la Emoción o sea reducen o eliminan la respuesta emocional y movilizan una Actividad realizando esfuerzos de tipo Cognitivo.
- El grupo con “adherencia” a tratamiento presenta mayores puntajes de manera estadísticamente significativa respecto de la Estrategia de Afrontamiento Planificación, o sea movilizan estrategias de afrontamiento para alterar la situación, lo que implica una aproximación activa, analítica y racional del problema. El grupo “sin adherencia” presenta mayores puntajes en la Estrategia Evitar el Afrontamiento.

Es necesario señalar que a pesar de que los sujetos con adherencia a tratamiento poseen padres que utilizan estrategias y estilos de afronta-

miento activos, el afrontamiento no garantiza la solución de la situación problemática que lo desencadenó, y además está claro que el proceso psicológico desencadenado en los padres, causa efectos negativos por su sólo uso: fatiga mental y limitación de las capacidades de procesamiento (Fernández-Abascal 1998). Estos padres racionalizan y presentan bajos índices de expresión emocional sobre sus hijos, lo cual es positivo para el tratamiento de estos, no obstante, de no mediar un espacio de contención para ellos, se puede generar estrés y emociones negativas, ya que la crisis generada por el brote psicótico les afecta directamente. Se considera que la información recabada respecto de estrategias y estilos de afrontamiento, puede aportar a los programas de apoyo y psico-educación de padres en beneficio de su propia salud e incidir en la adherencia a tratamiento de sus hijos.

Como limitaciones del estudio, se señala primero, que la edad de los paciente promueve que sus padres estén más pendientes de ellos, sobre todo en situación de crisis; segundo, que algunos de los pacientes, a pesar de los estilos y estrategias de afrontamiento desplegados por sus padres y de “tener adherencia a tratamiento”, han presentado más de una hospitalización, entonces queda la duda si existe una buena alianza terapéutica con el sistema consultante, y /o si ello se debe a que el equipo tratante hospitaliza en forma preventiva. Respecto de la adhesión a tratamiento, se debería considerar en futuros estudios parámetros tales como: entrevista a los pacientes y exámenes específicos para saber si ingirieron los medicamentos, así verificar la adhesión integral al proyecto terapéutico.

Por último, se señala que la psicosis en la adolescencia es un desafío para los profesionales del tema, que en el primer episodio psicótico en un sujeto joven no existe certeza diagnóstica ni pronóstica, pero puede llevar consigo un período crítico de alto riesgo de recaída, y que la intervención temprana en el sujeto y en la familia se presenta como indiscutible.

Resumen

Introducción: Se analiza la relación entre las estrategias y estilos de afrontamiento de padres, frente a los primeros brotes psicóticos de sus hijos adolescentes, y la adherencia a tratamiento de estos jóvenes. **Método:** Estudio correlacional, cuya muestra fue construida de manera probabilística, al azar simple y constituida por 23 jóvenes con uno de sus respectivos progenitores. Estos jóvenes se mantienen en tratamiento en un Servicios de Psiquiatría de la Salud Pública Chilena. **Resultados:** Los padres en su mayoría, utilizan estrategias y estilos de afrontamiento empleando un Método de tipo Activo, controlando la respuesta Emocional generada por el problema y movilizándolo fundamentalmente una actividad de tipo Cognitiva. Se observa que el grupo con adherencia a tratamiento presenta mayores puntajes de manera estadísticamente significativa respecto de la Estrategia Planificación. Por su parte el grupo sin adherencia a tratamiento presenta mayores puntajes en cuanto a la Estrategia Evitar el Afrontamiento. **Conclusiones:** Una aproximación activa, analítica y racional del problema por parte de los padres, se correlaciona con la adherencia a tratamiento de sus hijos.

Palabras clave: Brote psicótico en adolescentes, estrategias de afrontamiento de padres, adherencia a tratamiento.

Referencias

1. Vázquez-Barquero J L, Artal S J. Las Fases Tempranas de las Psicosis. En: Vázquez-Barquero J L, Crespo P, Gómez H, editores. Las Fases Tempranas de las Psicosis. Barcelona: Masson 2005; 4-8.
2. Peralta M V, Cuesta Z M J, Langarica E M. Diagnóstico Diferencial de los Trastornos Psicóticos. En: Vázquez-Barquero J L, Crespo P, Gómez H, editores. Las Fases Tempranas de las Psicosis. Barcelona: Masson 2005; 17-23.
3. Yung A, Mc Gorry P. The Prodromal Phase of First-episode Psychosis: Post and Current Conceptualizations. Schizophr Bull 2005; 22: 353-70.
4. Jiménez J F, Maestro J C. Intervenciones Psico-terapéuticas en el Tratamiento Psicosocial de la Esquizofrenia. Monografías de Psiquiatría 2002; 2: 16-9.
5. Linszen D H. Intervención Familiar y Social en las Fases Tempranas de la Psicosis. En: Vázquez-Barquero J L, Crespo P, Gómez H, editores. Las Fases Tempranas de las Psicosis. Barcelona: Masson 2005; 13: 100-5.
6. Jiménez O, Dieguez J, Castro E. Detección e Intervención Precoces en la Esquizofrenia. Psiquiatría Pública 1999; 11: 54-7.
7. Jackson D. Etiología de la Esquizofrenia. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
8. Lazarus R S, Folkman S. Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Martínez de Roca; 1986.
9. Barbagelata D. Estilos de afrontamiento a la quimioterapia y desarrollo de neutropenia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. Tesis para optar al grado de licenciada en Psicología. Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Central de Chile, 1999.
10. Fernández-Abascal E. Cuaderno de prácticas de motivación y emoción. Madrid: Pirámide, 1998.
11. Ingaramo R A, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C I, Piskorz D, et al. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento. Revista de la Federación Argentina de Cardiología 2005; 34: 104-11.
12. Vera-Muñoz G. Cumplimiento con la Profilaxis en los Trastornos Afectivos. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría 1996; 34: 251-6.
13. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (MINSAL).

- Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Editorial: Minsal, Santiago-Chile 2001.
14. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (MINSAL). Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia. Editorial: Minsal, Santiago-Chile 2005.
 15. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (MINSAL). Estudio de carga de enfermedad. Editorial: Minsal, Santiago-Chile. 1996.
 16. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (MINSAL). Así Funciona el AUGE. Santiago Chile: 2006.

Correspondencia:

Ps. Margarita Loubat O.

Escuela de Psicología. Universidad de Santiago de Chile. USACH.

Avda. Ecuador 3650, 3er piso. Estación Central Santiago Chile

E-mail: mloubat@lauca.usach.cl