



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y

Neurocirugía de Chile

Chile

Loubat O., Margarita

Evaluación del efecto de talleres orientados a padres cuyos hijos presentan primeros episodios psicóticos

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 50, núm. 3, septiembre, 2012, pp. 151-157

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527731004>

- ▶ 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

Evaluación del efecto de talleres orientados a padres cuyos hijos presentan primeros episodios psicóticos

Evaluation of the effect of workshops oriented to parents whose children present first psychotic episodes

Margarita Loubat O.¹

The effectiveness of a Psycho-Educational Workshop oriented to parents with children undergoing first psychotic episodes is evaluated. The Workshop is aimed at promoting strategies for confronting the pathology, reducing stress, anxiety, and depression in the parents, to produce an effect on the treatment of the youngsters. This research was done in the framework of the “Treatment of People from the First Episode of Schizophrenia” Program of Chilean Public health. It is an explicative study based on a pre-experimental design, with pre- and post- intervention measurements with a non-probabilistic and intentional sample of 55 parents distributed randomly in five workshops of 12 sessions each. The results show the use of planned active confrontation strategies, controlling emotion and using preferentially cognitive activity, also achieving decreased anxiety, stress, and depression indicators in the parents. It is concluded that it is important to incorporate the theme of confrontation strategies by the parents in the psychoeducational workshops, particularly in the initial stage of the disorder.

Key words: Psychoeducational Workshop; first psychotic episodes in youngsters; confrontation strategies; parent anxiety, stress, and depression.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2012; 50 (3): 151-157

Introducción

Los resultados del estudio que se presenta, están derivados de la generación, aplicación y evaluación de un Taller Psico-Educativo para padres, que persigue la promoción de estrategias y estilos de afrontamiento frente a los primeros episodios psicóticos de sus hijos y, además, bajar los niveles de estrés, ansiedad y sintomatología depresiva, esta-

dos susceptibles de ser manifestados por padres. Se busca apoyar el tratamiento diseñado para el joven y estabilizar el contexto familiar –en este caso a los padres–, en etapa inicial del trastorno.

En Chile, la esquizofrenia tiene una prevalencia de 1,4 a 4,6 personas por cada mil habitantes, siendo la incidencia de 12 casos nuevos por cada cien mil habitantes por año. Ésta y otras psicosis son responsables del 1,87% del total de años de vida

Recibido: 12/06/2012

Aprobado: 27/07/2012

Este estudio fue financiado por la Dirección de Investigación Científica y Tecnológica de la Universidad de Santiago de Chile (proyecto DICYT N°030893-LO) y fue efectuado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes C. Santiago Chile.

¹ Universidad de Santiago de Chile, Hospital Clínico. Dr. Félix Bulnes.

perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile¹.

Para la construcción del taller, se consideraron intervenciones familiares e hipótesis relevantes vinculadas a la temática de la esquizofrenia: el modelo vulnerabilidad-estrés de Zubring y Spring (1997); varios estudios experimentales inspirados en ese modelo que Muela y Godoy² analizan entregando conclusiones respecto de los aspectos que las intervenciones familiar deben incluir; elementos comunes considerados esenciales para alcanzar eficacia provenientes de otros modelos terapéuticos familiares que se han destacado (Lam, en Vallerina y Lemos³; y, dado los objetivos del taller, se tomaron los resultados de una investigación preliminar sobre estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres frente a los primeros episodios psicóticos de sus hijos, cuyos resultados arrojan que una aproximación activa, analítica y racional del problema por parte de los padres del joven afectado, se correlaciona con la adherencia a tratamiento de sus hijos; los padres que afrontan planificadamente y controlan la respuesta emocional provocada por el problema, se transforman en agentes favorecedores del tratamiento⁴. Este estudio se desarrolló en el marco del programa “Tratamiento de Personas desde Primer Episodio Esquizofrenia”, de la Salud Pública de Chile¹.

Método

Estudio explicativo, en base a un diseño pre-experimental, con medidas pre y post intervención en un solo grupo⁵.

Pacientes

Corresponde a un muestreo no probabilístico de muestra intencionada, de 55 padres de jóvenes entre 15 a 25 años, víctimas de primeros episodios psicóticos. La edad de los padres fluctuó entre 31 y 61 años y son nivel socioeconómico bajo y medio bajo. No hubo gratificaciones especiales.

Instrumentos

Son Variables Dependientes, medidas pre-post Taller de Intervención, las siguientes:

1. *Estilos y Estrategias de Afrontamiento*, a través de la aplicación del Inventory de Estilos y Estrategias de Afrontamiento de Fernández-Abascal.
2. *Ansiedad*, a través de la aplicación de Inventory de Ansiedad Estado-Rasgo. STAI de Spielberger, Gorsuch y Lusheu.
3. *Estrés*, aplicación del Inventory de Sintomatología de Estrés ISE de Moreno, Benavides.
4. *Depresión*, aplicación de Inventory de Depresión BDI de Beck, Rush, Saw y Emery.

Análisis de Datos

El análisis se hizo mediante el software estadístico 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 empleó la prueba *t de student* a fin de comparar los resultados entre el pre y post test y determinar la efectividad del tratamiento.

Procedimiento

El taller se aplicó previa firma de consentimiento informado, tuvo una duración de 12 sesiones, de 2 horas cada una y una frecuencia semanal. Se realizó previamente una entrevista motivacional a los padres⁶. La muestra se distribuyó aleatoriamente en 5 talleres con 12 participantes en cada uno.

Los objetivos terapéuticos fueron: promocionar estrategias de afrontamiento frente a la crisis psicótica del hijo; educar respecto de primeros brotes psicóticos; promover y facilitar acciones de autocuidado; resolver problemas que se presentan con el hijo enfermo; contención y escucha activa; bajar índices de Emoción Expresada por parte de los padres hacia sus hijos; disminuir índices de ansiedad, estrés y depresión de los padres. Se emplearon las siguientes *técnicas de intervención*: presentación cruzada, lluvia de ideas, técnicas de demostración, clase interactiva, conversación terapéutica, exposición psico-educativa y participativa, técnicas de resolución de problemas, refuerzo, relajación, buzón de consultas, ensayos de conducta y modelado.

Resultados

1. Diferencias entre la aplicación pre y aplicación post del inventario de estilos y estrategias de afrontamiento de Fernández-Abascal

En la Tabla 1 se observa los valores promedios que obtuvieron los sujetos en la aplicación Pre y Post, exponiendo en los casos que sea necesario, las diferencias significativas entre las aplicaciones. En la estrategia de Reacción Depresiva se observan diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación Pre y Post, hay una reducción en el valor promedio de la aplicación Post, por lo que el Taller ayudo a reducir la utilización de esta Estrategia de Afrontamiento. En el resto de las estrategias no hay diferencias significativas, sin embargo, se observa un cambio en las medias. Las estrategias que aumentaron su valor promedio fueron las de Planificación, Conformismo, Desarrollo Personal, Refrenar el Afrontamiento, Resolver el Problema, Apoyo Social al Problema, Apoyo Social Emocional. Las estrategias que disminuyeron su valor promedio fueron la de Reevaluación Positiva, Negación, Desconexión Cognitiva, Control Emocional, Distanciamiento, Supresión de Actividades Distractoras, Evitar el Afrontamiento, Desconexión Comportamental y Respuesta Paliativa.

En relación a los Estilos de Afrontamiento, como se observa en la Tabla 2, no existen diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación pre y post. Sin embargo, se observan diferencias en las medias, las cuales son técnicamente significativas. En ese sentido, los Estilos de Afrontamiento que aumentaron su valor promedio fueron el Método Activo, Método Pasivo, Método Evitativo, Focalización en la Respuesta, Focalización en el Problema, Focalización en la Emoción, Actividad Cognitiva. Por el contrario, el único Estilo de Afrontamiento que disminuyó su valor promedio, es decir, su utilización fue el de Actividad Conductual.

2. Diferencias entre la Aplicación Pre y Aplicación Post del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. STAI de Spielberger, Gorsuch y Lushene

Para las dimensiones se categorizó la distribución a partir de los percentiles 25 y 75, donde los

valores de 0 al 29 corresponden a Baja Ansiedad, del 30 al 90 a Mediana Ansiedad y del 91 al 120 a Alta Ansiedad.

Como se observa (Tabla 3), en la aplicación Pre la mayoría de los sujetos se ubica en la categoría de Mediana Ansiedad, seguido por los que se ubican en la categoría de Baja Ansiedad y los que se ubican en la categoría de Alta Ansiedad. Posterior a la intervención la mayoría de los sujetos se ubican en la categoría de Mediana Ansiedad, seguido por los que se ubican en la categoría de Baja Ansiedad y ningún sujeto se ubica en la categoría de Alta Ansiedad.

A continuación se observan los valores promedios que obtuvieron los sujetos en la Aplicación Pre y Post, exponiendo en los casos que sea necesario, las diferencias estadísticamente significativas entre las aplicaciones. No existen diferencias significativas en las Dimensiones y Ansiedad Total según las aplicaciones (Tabla 4), sin embargo, se observa una reducción en los valores promedios de las mismas. En este sentido, el Estado-Ansiedad, la dimensión de Rasgo-Ansiedad y la Ansiedad Total se redujeron.

3. Diferencias entre la Aplicación Pre y Aplicación Post del Inventario de Sintomatología de Estrés ISE de Moreno, Benavides

A continuación se presentan las distribuciones de los sujetos según los puntajes en el Inventario de Sintomatología de Estrés. Cabe destacar que se dividió el rango de los puntajes en función del percentil 25 y 75, es decir, la primera categoría va del puntaje 0 al 29 (Baja sintomatología), la segunda del 30 y 90 (Mediana Sintomatología) y la tercera del puntaje 91 al 120 (Alta Sintomatología de Estrés). Como se observa en la Tabla 5, la mayoría de los sujetos presenta una Mediana Sintomatología de Estrés en la aplicación Pre (78%), mientras que el 22% se encuentra en la categoría de Baja Sintomatología. Ningún sujeto se ubica en la categoría de Alta sintomatología. Se observa un aumento en el porcentaje de casos que se ubican en la categoría de Baja Sintomatología de Estrés, posterior a la intervención.

Tabla 1. Comparación de la aplicación pre y post en función de las estrategias de afrontamiento

| Estrategias | Acción concreta | Aplicación Pre | Aplicación Post | Diferencias significativas |
|---------------------------------------|--|----------------|-----------------|-----------------------------|
| Reevaluación positiva | Aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema | 8,403 | 8,068 | Prueba T = 0,59; p = 0,558. |
| Reacción depresiva | Anticipar la incapacidad para resolver el problema y aceptar sus consecuencias | 6,368 | 5,314 | Prueba T = 2,40; p = 0,021 |
| Negación | Minimizar el problema para así reducir el máximo el nivel de tensión emocional | 2,954 | 2,580 | Prueba T = 0,66; p = 0,510 |
| Planificación | Analizar las causas del problema y generar posibles planes alternativos de solución | 7,557 | 7,667 | Prueba T = -0,18; p = 0,854 |
| Conformismo | Tolerar la experiencia de estrés a través de una resignación ante la situación | 7,473 | 7,920 | Prueba T = -0,84; p = 0,402 |
| Desconexión cognitiva | Buscar eliminar o neutralizar los pensamientos negativos o perturbadores, a través de la distracción o la negación | 5,109 | 4,455 | Prueba T = 1,32; p = 0,192 |
| Desarrollo personal | Evaluar las propias capacidades y debilidades con el fin de potenciarlas | 9,318 | 9,932 | Prueba T = -0,91; p = 0,365 |
| Control emocional | Tolerar la situación estresante a través del control de las emociones | 6,132 | 5,489 | Prueba T = 1,89; p = 0,065 |
| Distanciamiento | Evitar situaciones relacionadas en forma directa con el problema para reducir el nivel de estrés o tensión emocional | 5,779 | 5,730 | Prueba T = 0,28; p = 0,777 |
| Supresión de actividades distractoras | Evitar aquellas situaciones que disminuyan la atención o el interés hacia la resolución del problema | 6,209 | 5,580 | Prueba T = 1,48; p = 0,145 |
| Refrenar el afrontamiento | Conocer más el problema o aclarar la eficacia de las alternativas antes de poder enfrentarlo | 6,529 | 7,270 | Prueba T = -1,71; p = 0,096 |
| Evitar el afrontamiento | Evitar el esfuerzo de afrontar el problema y rehuir de situaciones que se relacionen con una necesidad de resolver el problema | 4,2 | 3,966 | Prueba T = 0,44; p = 0,659 |
| Resolver el problema | Enfocarse en la situación y en el problema con el fin de generar acciones directas para evitar sus efectos o reducir al máximo sus consecuencias | 8,889 | 9,095 | Prueba T = -0,09; p = 0,924 |
| Apoyo social al problema | Buscar un recurso profesional o social externo para poder solucionar el problema o las consecuencias del mismo | 4,222 | 4,527 | Prueba T = -0,76; p = 0,448 |
| Desconexión comportamental | Llevar a cabo ciertas actividades o acciones que contribuyan a tolerar el problema o a eliminar sus emociones negativas | 3,871 | 3,392 | Prueba T = 0,95; p = 0,345 |
| Expresión Emocional | Buscar expresar las emociones abiertamente como una manera de neutralizarlas o de reducir su efecto | 6,935 | 6,727 | Prueba T = 0,27; p = 0,782 |
| Apoyo social emocional | Expresar la emoción y buscar alternativas para solucionar el problema junto a una u otras personas | 4,555 | 4,944 | Prueba T = -1,37; p = 0,176 |
| Respuesta paliativa | Realizar acciones directas para mitigar o evitar el aumento del problema o sus posibles efectos posteriores | 3,991 | 3,659 | Prueba T = 1,27; p = 0,211 |

Tabla 2. Comparación de aplicación pre y post en función de los estilos de afrontamiento

| Estilos | Aplicación Pre | Aplicación Post | Diferencias significativas |
|---------------------------------|----------------|-----------------|----------------------------|
| Método activo | 47,111 | 47,486 | Prueba T = 0,51; p = 0,610 |
| Método pasivo | 35,477 | 35,651 | Prueba T = 0,01; p = 0,991 |
| Método evitativo | 24,5 | 26,670 | Prueba T = 1,54; p = 0,130 |
| Focalización evaluación inicial | 32,352 | 33,726 | Prueba T = 1,22; p = 0,228 |
| Focalización problema | 36,472 | 36,597 | Prueba T = 0,50; p = 0,619 |
| Focalización emoción | 36,545 | 36,778 | Prueba T = 0,60; p = 0,550 |
| Actividad cognitiva | 56,583 | 58,443 | Prueba T = 1,38; p = 0,175 |
| Actividad conductual | 49,028 | 48,529 | Prueba T = 0,09; p = 0,925 |

Tabla 3. Distribución de los sujetos según ansiedad total (aplicación pre y post)

| | Baja | Mediana | Alta |
|------|------|---------|------|
| Pre | 7% | 89% | 4% |
| Post | 27% | 73% | 0% |

Tabla 4. Comparación entre las dimensiones y ansiedad total según aplicaciones

| Dimensiones | Aplicación Pre | Aplicación Post | Diferencias significativas |
|-----------------|----------------|-----------------|-----------------------------|
| Estado-ansiedad | 26,511 | 24,711 | Prueba T = 0,97; p = 0,337 |
| Rasgo-ansiedad | 26,853 | 25,243 | Prueba T = 0,943; p = 0,351 |
| Ansiedad total | 52,933 | 48,355 | Prueba T = 1,368; p = 0,178 |

Tabla 5. Distribución de los sujetos según puntaje en el inventario sintomatología de estrés pre y post intervención

| | Baja sintomatología | Mediana sintomatología |
|------|---------------------|------------------------|
| Pre | 22% | 78% |
| Post | 42% | 58% |

Para comparar los puntajes se utilizó la Prueba T para diferencias de Medias en muestras relacionadas, observándose que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de la Sintomatología de Estrés Pre (44,6) y Post (36,684, t = 2,929, p = 0,006). Al comparar las medias se observa que la Aplicación Post obtiene una media inferior al de la Aplicación Pre, lo cual indica que el Taller efectivamente sirvió para disminuir la Sintomatología de Estrés en los sujetos de la muestra.

4. Diferencias entre la Aplicación Pre y Aplicación Post del Inventory de Depresión BDI de Beck, Rush, Saw y Emery

En la Tabla 6 se exponen las distribuciones de los sujetos según los puntajes obtenidos en el Inventory de Depresión de Beck. Cabe destacar que los puntajes fueron categorizados a partir del percentil 25 y 75. En este sentido, la primera categoría va de el valor 0 al 15 (Baja Sintomatología de Depresión), la segunda va del valor 16 al 47 (Moderada Sintomatología de Depresión) y la tercera del valor 48 al 63 (Alta Sintomatología de Depresión).

Como se observa en la Tabla 6, en la aplicación pre, la mayoría de los sujetos se ubica en la categoría de Baja Sintomatología de Depresión, seguido por los sujetos que se ubican en la categoría de Moderada Sintomatología de Depresión. En la aplicación post, la mayoría continúa ubicándose en la categoría de Baja Sintomatología de Depresión, seguido por los que se ubican en la categoría de Moderada Sintomatología de Depresión. Ningún sujeto se ubico en la categoría de Alta Sintomatología de Depresión.

Al comparar las aplicaciones, se observa un aumento en el porcentaje de sujetos que se ubican en la categoría de Baja Sintomatología de Depresión. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos en la aplicación

Tabla 6. Distribución de los sujetos según aplicación pre y post intervención del inventario de depresión de Beck

| | Baja sintomatología | Moderada sintomatología |
|-------------------|------------------------|----------------------------|
| Pre intervención | 67% | 33% |
| Post intervención | 76% | 24% |

Pre y Post, sin embargo, al comparar las medias se observa una reducción técnica significativa de ésta, tras la aplicación del Taller, pues el valor promedio se redujo de 12,318 a 9,886, $t = 1,518$, $p = 0,136$.

Respecto a la adhesión a tratamiento, se organizó una pauta en base a juicio de expertos, considerándose los siguientes aspectos del proyecto terapéutico: control farmacológico (hecho por enfermería), el control médico, las actividades con psicólogo, con terapeuta ocupacional y con los padres. Se obtuvo un 100% de adhesión a tratamiento.

Discusión

En este estudio, se buscó la promoción de estrategias de afrontamiento –en los padres– que beneficien el tratamiento de episodios psicóticos en la etapa inicial de la esquizofrenia, como también contener el estrés, la ansiedad y manifestaciones depresivas de los progenitores. Se desea aportar a la hipótesis de Birchwood⁷ respecto del “período crítico” en etapa inicial de la patología, fase relevante para el tratamiento, pues se producirían cambios significativos a nivel neurobiológico como psicosocial, lo que determinaría el pronóstico de la enfermedad⁸.

Los resultados del estudio indican que la intervención apoyó la promoción y mantención de *Estrategias y Estilos de afrontamiento* caracterizados por un Método Activo; Focalizado en el Problema (buscando la forma de resolverlo, modificarlo, atenuarlo o eliminarlo) y en la Emoción (buscando la forma de soportarlo, evitando la ansiedad y con estrategias para liberar la tensión emocional) y por último, buscando entregar respuestas que implican una Actividad preferentemente Cognitiva y Emocional (verlo desde una perspectiva más optimista, buscar apoyo, intentar desahogarse), más que me-

ramente Conductual (sólo descargar la tensión). Estos resultados se correlacionan con la adhesión a tratamiento, según un estudio mencionado⁴. También, se observa diferencias estadísticamente significativas Post intervención, en la estrategia Reacción Depresiva (incapacidad para resolver el problema y aceptar consecuencias), o sea el Taller ayudo a reducir la utilización de esta Estrategia de Afrontamiento. Los hallazgos son coherentes con otras investigaciones que muestran que una intervención temprana permite el desarrollo de estrategias más adaptativas para enfrentar esos episodios a nivel familiar, lo que no ocurriría con familias con enfermos más crónicos⁹. Respecto del *Estrés* se observa que existen diferencias estadísticamente significativas y la Aplicación Post obtiene una media inferior al de la Aplicación Pre, lo cual indica que el Taller sirvió para disminuir la Sintomatología de Estrés en los sujetos de la muestra. Respecto de la *Ansiedad*, no existen diferencias significativas en las aplicaciones Pre y Post intervención; no obstante, se observa una reducción en los valores promedios en las dimensiones y en la ansiedad. En este sentido se redujo el Estado-Ansiedad, la dimensión de Rasgo-Ansiedad y la Ansiedad Total. La *Depresión* tuvo un comportamiento similar, sin embargo, al comparar las medias se observa una reducción de ésta tras la aplicación del Taller, reduciéndose el valor promedio. Hubo 100% de adhesión a tratamiento por parte de los 55 jóvenes. No obstante, respecto de la muestra inicial (60), hubo 3 casos de hospitalización por descompensación del joven y en 2 casos hubo cambio del proyecto terapéutico, por lo tanto, los padres dejaron de asistir al taller. Se señala que el programa “Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio Esquizofrenia” cuenta con rescate de pacientes. La evaluación del taller muestra que la intervención contribuye al afrontamiento de la crisis y su principal aporte es la promoción y/o mantención de estrategias, por parte de los padres, que se correlacionan con la adhesión a tratamiento. No obstante, considerando otros estudios sobre carga familiar y emoción expresada por parte de la familia¹⁰, los grupos psico-educativos breves pueden no ser suficientes para afrontar la crisis asociada a la experiencia.

Resumen

Se evalúa la efectividad de un Taller Psico-Educativo orientado a padres con hijos víctimas de primeros episodios psicóticos. El Taller persigue promocionar estrategias de afrontamiento frente a la patología, reducir estrés, ansiedad y depresión en los padres para incidir en el tratamiento del joven. Investigación realizada en el marco del Programa “Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio de Esquizofrenia”, de la Salud Pública chilena. Estudio explicativo, en base a un diseño pre-experimental, con medidas pre y post intervención en un grupo. Muestra no probabilística e intencionada de 55 padres, distribuidos aleatoriamente en 5 talleres de 12 sesiones cada uno. Los resultados señalan la utilización de estrategias de afrontamiento activas, planificadas, controlando la emoción y uso de actividad preferentemente cognitiva; además, disminución de la ansiedad, el estrés e indicadores depresivos en los padres. Se concluye en la importancia de incorporar la temática de las estrategias de afrontamiento por parte de los padres en los talleres psicoeducativos, sobre todo en la etapa inicial del trastorno.

Palabras clave: Taller Psicoeducativo, Primeros episodios psicóticos de jóvenes, estrategias de afrontamiento, ansiedad, estrés y depresión en padres.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud. Guía Clínica para el Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio de Esquizofrenia. Santiago. MINSAL. 2009.
2. Muela JA, Godoy JF. Programas Actuales de Intervención Familiar en Esquizofrenia. Revista Psicothema 2001; 13: 1-6.
3. Vallina Fernández O, Lemos Giráldez. Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces para la Esquizofrenia En: Pérez Álvarez M, Fernández Hermida J, Fernández Rodríguez C, Amigo Vásquez. Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces I. Adultos. Madrid: Pirámide; 2003. p. 35-72.
4. Loubat M, Cuturrufo N. Estrategias de Afrontamiento de Padres respecto de los primeros Brotes Psicóticos de sus Hijos y su relación con la Adhesión a Tratamiento. Rev Chil Neuro-psiquiat 2008; 45: 271-9.
5. Hernández Pina, F. Diseños de investigación experimental. En: Buendía, Colás y Hernández. Métodos e Investigación en Psicopedagogía. Edit. McGraw-Hill. 1998. P. 91-117.
6. Yung A, McGorry P. The Prodromal Phase of First-episode Psicosis: Post and Current Conceptualizations. Schizophrenic Bull 2005; 22: p 353-70.
7. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. British Journal of Psychiatry 1998; 172; 33: 53-9.
8. MacGorry PD, Killackey E, Yung AR. Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. MJA 2007; 187: 7: 8-10.
9. Gerson R, Wong C, Davidson L, Malaspina D, McGlashan T, Corcoran Ch. Self-reported coping strategies in families of patients in early stages of psychotic disorder: an exploratory study. Early Intervention in Psychiatry 2011; 5: 76-80.
10. González-Blanch C, Martín-Muñoz V, Pardo-García G, Martínez-García O, Álvarez-Jiménez M, Rodríguez-Sánchez JM, et al. Effects of Family Psychoeducation on Expressed Emotion and Burden of Care in First-episode Psychosis: A Prospective Observational Study. The Spanish Journal of Psychology 2010; 13 (1): 389-95.

Correspondencia:

Psicóloga Margarita Loubat O.
Escuela de Psicología. Universidad
de Santiago de Chile.
Avda. Ecuador 3650, Estación Central,
Santiago de Chile.
E-mail: margarita.loubat@usach.cl