



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO

**DETECCIÓN Y ATRIBUCIONES DE LOS SÍNTOMAS DE ESTADOS MENTALES DE
ALTO RIESGO (EMAR) POR FAMILIARES DE PRIMER GRADO**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica infanto juvenil

MARIEL LABRA FARÍAS

Profesor guía: Dr. Pablo Gaspar

Co tutor: Ps. Carlos González

Santiago de Chile, año 2023

RESUMEN

- Nombre autora: Mariel Labra Farías
- Correo: Mariel.labraf@gmail.com
- Profesor guía: Dr. Pablo Gaspar
- Grado académico: Magíster en Psicología Clínica, mención Psicología Clínica infanto juvenil.
- Título de la tesis: Detección y atribuciones de los síntomas de Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) por familiares de primer grado.

La esquizofrenia es una enfermedad neuropsiquiátrica severa que afecta al 0.7% de la población mundial. Sin embargo, la gravedad y cronicidad de esta enfermedad hacen que la prevención y la detección temprana sean un objetivo fundamental para la salud pública en Chile y el mundo. En ese sentido se han descrito criterios de Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) que permiten identificar a personas vulnerables al desarrollo de psicosis, con el fin de iniciar intervenciones preventivas y tratamiento que reduzca el deterioro posterior asociado a la esquizofrenia.

Este estudio está orientado a generar conocimiento respecto al rol de la familia en la detección de síntomas de EMAR, por lo tanto, busca conocer de forma retrospectiva acerca de los síntomas detectados y de las atribuciones psicológicas asociadas a esos síntomas por parte de familiares de primer grado de adolescentes y jóvenes evaluados en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.

Palabras clave: *Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR), esquizofrenia, detección temprana, prevención, atribuciones.*

Dedicatoria

Dedicada a mi hermano, Leonardo Labra.

Estarás siempre vivo en mí.

*En la mirada de Julieta, en la sonrisa de mamá,
en los abrazos de Lenís, en el aroma del cabello de la Cheta,
en la serenidad de papá, en los perros, las jirafas, el mar y los árboles.*

Fuimos los elegidos del sol... ¡Que lindo regalo fue esta vida juntos!

Te veo en la próxima.

Te amo para siempre.

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a los profesores que me apoyaron. A Pablo Gaspar, mi tutor de tesis y director del Psiquislab. Gracias por recibirme en el laboratorio hace ya cinco años, por la comunicación y el apoyo constante. Agradezco profundamente todo el aprendizaje que he podido adquirir junto a este maravilloso equipo de trabajo.

A Carlos González, mi co tutor de tesis, gracias por su entusiasmo a unirse a este proyecto, por enseñarme herramientas con paciencia y por sus rigurosas revisiones que sin duda han significado un gran aprendizaje para mí.

Al profesor Sebastián Corral, gracias por apoyarme desde el primer momento, por confiar en mí y seguir presente en mi camino hasta el día de hoy.

También quiero agradecer a mi familia por la contención, el acompañamiento y el amor que me brindaron día a día durante este proceso. Gracias a mi hija Ema por ser mi motor. Gracias a Edgard, por ser mi compañero de vida y el mejor papá que nuestra hija podría tener.

Por último, gracias Mamá, Lenís y Leito por sostener nuestra familia con amor, sabiduría y determinación. *Somos una familia poderosa y bondadosa. Somos afortunados y especiales por nuestros corazones. Somos sabios y podemos con todo lo que viene. Los amo.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Preguntas de investigación:.....	5
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
2.1. Objetivos generales.....	5
2.2. Objetivos específicos.....	5
3. MARCO TEÓRICO.....	6
3.1. Concepto de esquizofrenia.....	6
3.2. Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR).....	10
3.3. Rol familiar en la detección de síntomas.....	13
3.4. Aportes del enfoque de múltiples informantes.....	17
3.5. Concepto de atribuciones.....	19
3.6. Atribuciones parentales.....	21
4. MARCO METODOLÓGICO.....	25
4.1. Diseño de investigación.....	25
4.2. Participantes.....	26
4.3. Técnicas de recolección de información.....	27
4.3.1. Entrevista semi estructurada para Síndromes Prodrómicos (SIPS/SOPS) (versión modificada para su uso con familiares).....	27
4.3.2. Entrevista en profundidad.....	29
4.4. Procedimiento.....	30
4.5. Análisis de datos.....	31
4.6. Consideraciones éticas.....	33

5. RESULTADOS	33
6. DISCUSIÓN.....	50
8. REFERENCIAS	56
9. ANEXOS.....	66

1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad neuropsiquiátrica severa que afecta al 0.7% de la población mundial (Janoutová, et al. 2016) y en su cuadro agudo suelen verse alteraciones de la estructura del pensamiento, ideas delirantes y alucinaciones auditivas (también llamados síntomas positivos), sin embargo, en la evolución crónica de la enfermedad se hacen más evidentes los síntomas negativos (pobreza del pensamiento, aislamiento social y abulia), el aplanamiento o discordancia afectiva y los síntomas cognitivos (MINSAL, 2009). Por consecuencia, estos pacientes suelen presentar una disfunción socio-laboral severa que finalmente significa una dificultad para desarrollar tareas de la vida diaria y altos costos a sus familias y al estado (Jaaskelainen, et al. 2013). Debido a las características y costos de esta enfermedad, se ha constituido la prevención, detección e intervención temprana como una tarea de salud pública importante en Chile y el mundo (MINSAL, 2009).

A pesar de la baja prevalencia que tiene la esquizofrenia, se ha descrito que los síntomas psicóticos subumbrales o subclínicos están presentes en un 7% de la población general adulta (McGrath et al., 2015; Majjer et al., 2018) y entre un 8% y 17% en niños, niñas y adolescentes (Kelleher et al., 2012; Majjer et al., 2018). En otras palabras, la investigación de las últimas dos décadas muestra que las experiencias psicóticas son mucho más frecuentes en la población que los trastornos psicóticos (Linscott y van Os, 2013). Bajo esta idea se ha descrito que las personas que informan experiencias psicóticas bajo el umbral clínico presentan un mayor riesgo de padecer trastornos psicóticos, afectivos, de ansiedad, conductuales y por uso de sustancias (Healy et al. 2019). Debido a los antecedentes expuestos, en las últimas décadas se ha hecho especial énfasis en la detección temprana de personas jóvenes que presenten síntomas subumbrales, de forma tal de poder iniciar intervenciones preventivas, mejorar el pronóstico, evitar el deterioro clínico-funcional y reducir el estigma asociado a enfermedades graves y crónicas como la esquizofrenia (Dickerson, 2015).

En relación con lo anterior, durante los últimos veinte años, diversos grupos de investigación se han enfocado en estudiar de forma retrospectiva el periodo prodrómico de la psicosis (Yung & Nelson, 2013), que hace referencia a los primeros síntomas que precedieron la aparición de la esquizofrenia plenamente desarrollada (Yung & McGorry, 1996), con el objetivo de identificar marcadores de riesgo. A partir de esas investigaciones se ha desarrollado

el concepto de los Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) que considera una mirada prospectiva del desarrollo, la cual estima que, ante la naturaleza inespecífica de los síntomas iniciales, existirían resultados variables. Es decir, algunas personas en riesgo podrían posteriormente desarrollar un trastorno psicótico u otro, y otras podrían presentar una atenuación o desaparición de los síntomas (Yung & Nelson, 2013). En relación con lo anterior y según la evidencia, los grupos EMAR han mostrado tasas de conversión a psicosis del 25-30% en 3 años aproximadamente (Fusar-Poli et al. 2013). En ese sentido, se ha subclasificado a estos grupos en riesgo según probabilidades de transición a esquizofrenia en base a ciertos marcadores, dentro de los cuales se encuentran los antecedentes familiares, historia de abuso de sustancias, pensamiento desorganizado, alto nivel de suspicacia o desconfianza, alteración en la memoria verbal y disminución en el funcionamiento social como aquellos de mayor riesgo (Larson, et al. 2010; Yung, 2015). Por otro lado, una vez detectadas las personas en riesgo, existen intervenciones tempranas que han mostrado mejorar el pronóstico funcional y posponer el primer episodio psicótico, dentro de las cuales se encuentran el uso de omega-3, los antipsicóticos en dosis bajas, la terapia cognitiva conductual, la rehabilitación neurocognitiva y las intervenciones familiares (Millan, et al. 2016).

Ahora bien, para que toda intervención preventiva y tratamiento sean posibles es necesario que las personas en riesgo sean detectadas de forma temprana y consulten con especialistas, lo cual se dificulta dada la falta de conciencia de enfermedad y la habitual normalización de síntomas por la sociedad debido a factores etarios y culturales (Brietzke, et al. 2011) (Addington, et al. 2007). Esto es de gran importancia si se considera que en Chile hasta la fecha no existen programas de tamizaje ni de psicoeducación comunitaria que permitan detectar a personas en riesgo y entregar información adecuada a la población general.

Relacionado a la detección temprana, la investigación de Oluwoye, et al. (2020) describe que los miembros de la familia suelen ser los primeros en reconocer los cambios en el comportamiento de sus seres queridos y por lo tanto tienen un papel clave en la detección de los primeros síntomas. De la misma manera, diversos estudios enfatizan la importancia del rol familiar en el reconocimiento del proceso de la enfermedad y el inicio del tratamiento (Albert et al. 2017; Souaiby et al. 2016); Sin embargo, un meta síntesis indicó que el 67% de los estudios revisados revelaron que los miembros de la familia a menudo atribuían erróneamente

los signos y la naturaleza inespecífica de los primeros síntomas, lo cual contribuye al retraso en la búsqueda de tratamiento para su ser querido (Oluwoye, et al. 2020). En la misma línea, el estudio de Giacon, et al (2019) que buscó comprender las experiencias familiares en el primer episodio psicótico de jóvenes, muestra que durante la fase inicial de síntomas los padres experimentaron un periodo de incertidumbre y dificultades para entender los cambios de comportamiento de sus hijos, lo cual generó que las familias tardaran un tiempo para buscar ayuda experta, incrementándose así la duración de psicosis no tratada (DUP) definida como el intervalo de tiempo que ocurre entre el inicio de los síntomas psicóticos y el inicio del tratamiento (Marchira, et al. 2016). Un estudio indicó que el DUP promedio puede variar de acuerdo con factores como la negación por parte del individuo y sus familiares, el aislamiento de amigos y familiares, errores en el diagnóstico, visión distorsionada del tratamiento de salud mental y presencia de síntomas negativos (Souaiby, et al. 2016). Esto es de gran relevancia pues se ha encontrado evidencia de la relación entre DUP más prolongado y mayor gravedad de síntomas, así como también una menor probabilidad de remisión en el seguimiento, peor respuesta al tratamiento y un funcionamiento general más deficiente en el momento del seguimiento (Murru y Carpiello, 2018; Howes, et al. 2021). En cuanto al intervalo de tiempo sin tratamiento que se ha estudiado en grupos EMAR, se ha descrito que una mayor duración de síntomas de riesgo estaría relacionada con peores resultados clínicos, un funcionamiento general reducido (Staines, et al., 2021) y un mayor riesgo de transición a psicosis (Nelson, et al., 2013). Considerando lo anterior y, al existir evidencia de que las familias suelen realizar atribuciones erróneas sobre los síntomas iniciales presentes en sus familiares (Oluwoye, et al. 2020), se considera pertinente conocer cuáles son las atribuciones parentales respecto a los síntomas de EMAR.

El concepto de atribuciones considera la interpretación que se realiza sobre las causas de un suceso, lo cual implica generar explicaciones sobre los comportamientos, respondiendo a los ¿por qué? En el proceso de atribuir influyen constructos y significados personales tales como creencias, emociones, deseos o rasgos (Crespo, 1982; Malle, 2011). La literatura describe que a través de las atribuciones los padres otorgan un significado a los comportamientos de sus hijos y estas atribuciones guían la forma en que los padres van a responder a esas conductas (Johnston y Ohan, 2005). Es decir, las atribuciones parentales estarían relacionadas con el abordaje de los síntomas y la acción de consultar

con especialistas. En investigaciones respecto a esquizofrenia, se ha identificado que las atribuciones familiares erróneas respecto a los síntomas están relacionadas con mayores recaídas y presencia de sintomatología en un seguimiento de 9 meses (Lopez, et al. 1999). Sin embargo, poco se conoce respecto a las valoraciones cognitivas y emocionales de los familiares durante las primeras etapas de la psicosis y cómo éstas podrían influir en el abordaje de la enfermedad (Domínguez-Martínez, et al. 2017).

En cuanto a nuestro país, existen algunos esfuerzos en planes de intervención y psicoeducación para personas con esquizofrenia y sus familiares. Sin embargo, en población general existe poco conocimiento respecto a esta enfermedad y respecto a los EMAR. Así mismo, la capacidad de detección de síntomas por parte de familiares de primer grado no ha sido estudiada y tampoco las atribuciones familiares que se desarrollan a partir de los primeros síntomas identificados, que se presume influyen en las acciones de búsqueda de ayuda e inicio y mantenimiento del tratamiento. En consecuencia y a partir de los antecedentes descritos se propone que los familiares de primer grado tendrían un rol fundamental para la detección temprana de síntomas ya que ellos suelen estar presentes durante todo el desarrollo de los hijos e interactúan de forma constante y en distintos contextos de desarrollo. De esta manera, su rol podría ser clave para la búsqueda de ayuda y la disminución del tiempo de síntomas no tratados. Al ser una temática poco estudiada, se espera generar conocimiento que contribuya a crear y/o mejorar programas psicoeducativos de prevención y detección temprana. En caso de encontrar una identificación de síntomas insuficiente y/o atribuciones erróneas respecto a los síntomas, se debiesen crear nuevas estrategias orientadas a la psicoeducación de la población general con el objetivo de generar mayor conocimiento y comprensión de los procesos de salud y enfermedad que permitan a las personas tener la información adecuada para detectar a personas en riesgo y buscar intervenciones preventivas.

1.1. Preguntas de investigación:

- A. ¿Cuáles son los síntomas que madres y padres de jóvenes con EMAR detectaron retrospectivamente?
- B. ¿Cuáles fueron las atribuciones parentales asociadas a los síntomas de EMAR presentes en los hijos?

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos generales

- Determinar los síntomas que familiares de primer grado lograron detectar retrospectivamente en jóvenes con EMAR evaluados en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.
- Conocer las atribuciones parentales asociadas a los síntomas presentes en los hijos.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar el grupo de síntomas que madres y padres detectan de manera más precoz.
- Identificar cuánto tiempo transcurrió entre la detección de los síntomas y la primera consulta psiquiátrica.
- Describir las atribuciones de madres y padres asociadas a los síntomas detectados en sus hijos.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Concepto de esquizofrenia

La esquizofrenia, que a nivel mundial tiene una prevalencia aproximada al 1%, tiene un curso crónico e índices de suicidios muy elevados relacionados a los costos de sufrimiento humano, individual y familiar. Un aspecto importante respecto a esta enfermedad es la forma en la que se conceptualiza ya que esto tiene un impacto en su comprensión (Silva, 2012). En ese sentido, a continuación, se describirá un breve resumen de algunas de las conceptualizaciones que se le ha hecho a esta enfermedad a lo largo de su historia.

Emil Kraepelin, fundador de la psiquiatría clínica moderna que delimitó los primeros marcos nosológicos, consideró la esquizofrenia como una “demencia precoz”, enfermedad que afecta principalmente a sujetos jóvenes y que tiene un curso deteriorante. Este autor reconocía que la variedad de manifestaciones clínicas era muy amplia y que no había síntomas que se pudieran considerar patognomónicos de la enfermedad. Para Kraepelin, la demencia precoz englobaba una disminución de la vida afectiva y la voluntad que evoluciona hasta desarticular completamente la personalidad de la persona que la padece. Esto le otorga al cuadro su aspecto demencial, y como habitualmente la afección comienza antes de la vida adulta, la consideraba precoz. Dentro del cuadro clínico general describió un debilitamiento de la actividad emocional y la pérdida de la unidad interna de las actividades del intelecto, que se reflejan en un debilitamiento de las ideas, sentimientos y tendencias de orden general. Además, Kraepelin describió principalmente tres formas clínicas de la demencia precoz: forma hebefrénica caracterizada por puerilismo y comportamiento inadecuado; forma catatónica caracterizada por una fase de depresión, excitación y estupor catatónico; por último, la forma paranoide caracterizada por actividad alucinatoria y delirios. Luego agrega otras formas en su descripción de la enfermedad (Silva, 2012).

Posteriormente, Eugene Bleuler, psiquiatra suizo, reordena lo descrito por Kraepelin y cataloga los síntomas de la demencia precoz en orden jerárquico para su diagnóstico. En 1911 plantea el término “Esquizofrenia” en vez de demencia precoz. Término que significa

mente dividida o escindida, ya que considera la escisión de funciones psíquicas como una de las características más relevantes del cuadro. Este autor creía que la causa de la esquizofrenia era una alteración cerebral, sin embargo, consideraba que el impacto desintegrador de esta enfermedad no sólo dependía de ello si no que incorporaba el contexto psicológico en la evolución. Bleuler define la esquizofrenia como un grupo de psicosis a veces crónico, y a veces marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa recuperación. Se caracteriza por la alteración del pensamiento, sentimientos, y la relación con el mundo exterior e incluye la hipótesis de los síntomas fundamentales que estarían presentes en todos los casos de esquizofrenia. Estos son las cuatro A de Bleuler: perturbación de la asociación, trastorno de la afectividad, ambivalencia y autismo (Silva, 2012).

El aporte de los autores clásicos se sitúa en perspectivas clínicas y psicopatológicas dando como causa algún tipo de alteración orgánica cerebral. Sin embargo, luego, con la psicofarmacología moderna y el progreso de las neurociencias surgen hipótesis más consistentes. Una de ellas es la hipótesis dopaminérgica, que plantea que la esquizofrenia es la manifestación de un estado híper dopaminérgico que ocurre a nivel mesolímbico, mesocortical o nigroestriatal y guarda relación con síntomas psicóticos específicos como delirios y alucinaciones. Esta hipótesis puede ser posible explicándola desde bases farmacológicas, de la cual se puede mencionar como supuesto que los fármacos antipsicóticos efectivos como por ejemplo los neurolépticos, bloquean la transmisión dopaminérgica central (Silva, 2012).

Más adelante, se realiza una distinción entre los síntomas positivos y negativos presentes en esta enfermedad. Los síntomas positivos se denominan así ya que son rasgos nuevos en el individuo que comienzan a causa de la enfermedad. Estos comprenden en general alucinaciones, delirio, y los trastornos formales del pensamiento. Por otro lado, los síntomas negativos, denominados así ya que comprenden aspectos faltantes en la persona, incluyen el aplanamiento afectivo, la pobreza del discurso, apatía y retraimiento social. En relación con estos dos grupos, los estudios farmacológicos revelan que solo los síntomas positivos responden favorablemente al uso de neurolépticos y que los síntomas negativos no mejoran o lo hacen muy escasamente (Silva, 2012).

A modo de actualizar el marco del diagnóstico de esquizofrenia, se detalla a continuación la definición propuesta por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Quinta edición (DSM-5).

Según el DSM 5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), la esquizofrenia se caracteriza bajo los siguientes criterios diagnósticos (p. 99):

- A) Dos o más de los síntomas siguientes presentes durante un periodo de un mes: Delirios, alucinaciones, discurso desorganizado frecuente, comportamiento muy desorganizado o catatónico, y síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia).
- B) Durante una parte significativa de tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, relaciones interpersonales o cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.
- C) Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses, incluyendo al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el criterio A, y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales.
- D) Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E) El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F) Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la

esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Debido a la heterogeneidad de la enfermedad, existe además, una clasificación de la esquizofrenia en distintos tipos detallada en el DSM IV, que incluyen esquizofrenia paranoide, catatónica, desorganizada e indiferenciada. Sin embargo, en el DSM 5 se considera eliminar estos subtipos ya que presentan escasa confiabilidad y validez, además de una baja estabilidad diagnóstica (Silva & Jerez, 2014).

En cuanto a la prevalencia, se conoce que la esquizofrenia es una enfermedad neuropsiquiátrica severa que afecta al 0.7% de la población mundial (Janoutová, et al. 2016) y su prevalencia en Chile es bastante similar, ya que oscila entre 1,4 a 4,6 personas por cada mil habitantes, con una incidencia de 12 casos nuevos por cada cien mil habitantes por año. En su cuadro agudo suelen presentarse los síntomas positivos. Sin embargo, en la evolución crónica de la enfermedad se hacen más evidentes los síntomas negativos: pobreza del pensamiento, aislamiento social, abulia, el aplanamiento o discordancia afectiva y los síntomas cognitivos (MINSAL, 2009), produciendo graves incapacidades psicológicas, sociales y laborales durante los años potencialmente más productivos de la vida (Silva, 2012).

Debido a la cronicidad y gravedad de los síntomas descritos, las personas que padecen esquizofrenia suelen presentar una disfunción socio-laboral severa que finalmente significa una dificultad para desarrollar tareas de la vida diaria y altos costos para sus familias y el estado (Jaaskelainen, et al. 2013). Es por esto que la detección e intervención temprana se constituye como una tarea de salud pública importante en Chile y el mundo (MINSAL, 2009). En relación a esto, durante las últimas décadas se ha hecho especial énfasis en la detección de síntomas iniciales presentes en personas jóvenes, de forma tal de poder mejorar el pronóstico, evitar el deterioro clínico-funcional y reducir el estigma asociado a enfermedades graves y crónicas como la esquizofrenia (Dickerson, 2015). De esta manera, se ha estudiado respecto al periodo prodrómico de la psicosis (Yung & Nelson, 2013) y se han definido grupos de alto riesgo clínico o Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR), que se describen a continuación.

3.2. Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR)

Tal como se describió anteriormente, la esquizofrenia suele ser en una condición crónica, con recaídas y, debido a su inicio temprano, con muchos años de vida con discapacidad en distintas áreas del desarrollo. Por lo tanto, los investigadores se han centrado en la tarea de prevenir esta enfermedad (Yung & Nelson, 2013). Para esto, diversos investigadores se enfocaron en estudiar de forma retrospectiva el pródromo de la esquizofrenia, que hace referencia a los primeros síntomas y signos que precedieron a las manifestaciones características de la enfermedad aguda plenamente desarrollada (Yung & McGorry, 1996), con el objetivo de generar conocimiento respecto a los signos que indicarían un riesgo o vulnerabilidad al desarrollo de esta enfermedad. De esta forma, se podría detectar e intervenir de forma temprana, previniendo o disminuyendo las alteraciones significativas en el neurodesarrollo (Maturana en Almonte & Montt, 2019).

Se ha estudiado que las estrategias de prevención e intervención temprana generan un gran impacto en la salud y el bienestar de las personas, otorgando vías de atención efectivas, mucho antes de que los problemas de salud empeoren o incluso al prevenir su aparición mediante intervenciones específicas que abordan las necesidades presentes en diferentes etapas a lo largo del continuo entre la salud y la enfermedad. En términos de salud pública, este enfoque puede generar importantes beneficios, entre ellos reducir potencialmente la carga de la enfermedad y los costos del sistema de salud (Colizzi, Lasalvia, y Ruggeri, 2020). Lo cual es especialmente relevante ya que la esquizofrenia es considerada la enfermedad mental más costosa debido a características como su aparición temprana, cronicidad, altas tasas de reingreso al tratamiento hospitalario, alta tasa de discapacidades y extensas intervenciones de rehabilitación, que resultan extremadamente costosas (Rössler, et al. 1998).

En consecuencia, durante los últimos veinte años se ha profundizado en el estudio respecto al periodo prodrómico de la psicosis (Yung & Nelson, 2013) y se han definido grupos de alto riesgo clínico que han mostrado tasas de conversión a psicosis del 25-30% en 3 años aproximadamente (Fusar-Poli et al. 2013). Además, se han subclasificado a estos pacientes según probabilidades de transición a esquizofrenia en base a ciertos marcadores, dentro de los cuales se encuentran los antecedentes familiares, historia de abuso de

sustancias, pensamiento desorganizado, alto nivel de suspicacia o desconfianza, alteración en la memoria verbal y disminución en funcionamiento social como aquellos de mayor riesgo (Larson, et al. 2010; Yung, 2015).

Un aspecto relevante en torno a la detección de grupos de riesgo es que la identificación prospectiva del pródromo se obstaculizó debido a la naturaleza inespecífica de los síntomas prodrómicos (Lieberman et al., 2001). Es decir, aunque algunas personas con un pródromo aparente podrían posteriormente desarrollar un trastorno psicótico, muchas no lo harían. A partir de esta observación, Yung y McGorry (1996) desarrollan el concepto de Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR) que se define sobre la base de tres criterios de inclusión que han sido validados internacionalmente y que se describen a continuación (Yung & Nelson, 2013):

- A. Grupo de síntomas psicóticos atenuados (APS): personas que han experimentado síntomas psicóticos positivos atenuados durante el último año.
- B. Grupo de síntomas psicóticos intermitentes breves y limitados (BLIPS): personas que han experimentado episodios de síntomas psicóticos francos que no han durado más de una semana y han remitido espontáneamente (es decir, sin tratamiento).
- C. Grupo de riesgo genético y deterioro funcional: personas con un familiar de primer grado con un trastorno psicótico o el paciente identificado tiene un trastorno esquizotípico de la personalidad además de una disminución significativa del funcionamiento o bajo funcionamiento crónico durante el año anterior.

Las investigaciones han confirmado que las personas que buscan ayuda y cumplen con los criterios EMAR, tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos psicóticos en un período de tiempo relativamente corto. En estos casos, es probable que la transición a la psicosis ocurra dentro de los primeros 2 años después de la presentación a los servicios de atención, con un 25 % de transiciones a los 106 días y un 50 % a los 240 días (Fusar-Poli & Schultze-Lutter, 2016). Ahora bien, en cuanto a la disminución en las tasas de transición

a psicosis, un metaanálisis identificó una disminución general de las tasas de transición a un promedio del 18 % en 6 meses al 36 % en 3 años. Es decir, el riesgo de desarrollar psicosis en pacientes con EMAR parece ir aumentando a medida que aumenta el tiempo de seguimiento. Dentro de los moderadores significativos del riesgo de transición se describe en las investigaciones la edad de los pacientes, los tratamientos que recibieron y el año de publicación (Fusar-Poli et al., 2012).

Una vez detectadas las personas con EMAR, existen intervenciones tempranas que han mostrado mejorar el pronóstico funcional e incluso posponen el primer episodio psicótico. Dentro de estas intervenciones se encuentran el consumo de omega-3, los fármacos antipsicóticos en dosis bajas, la terapia cognitiva conductual, la rehabilitación neurocognitiva y las intervenciones con un enfoque familiar (Millan, et al. 2016). Sin embargo, para que todo diagnóstico y tratamiento sea posible es necesario que las personas en riesgo sean detectadas de forma temprana y consulten al especialista, lo cual se dificulta debido a la falta de conciencia de enfermedad en la persona y la habitual normalización de síntomas por parte de la sociedad debido a factores etarios y culturales (Addington, et al. 2007; Brietzke, et al. 2011). Esto es de gran importancia si se considera que hasta la fecha no existen programas de tamizaje ni educación poblacional que permitan detectar la presencia de EMAR en la población general. Las personas que participan de los estudios existentes suelen ser derivados a servicios especializados a partir de un riesgo potencial detectado. Sin embargo, se desconoce si hay personas de la población general no consultante que cumplirían con los criterios EMAR. A pesar de esto, es probable que ese grupo exista, pues existen estimaciones de prevalencia comunitaria en torno a experiencias similares a las psicóticas (8%) y de síntomas psicóticos subclínicos (4%) (Fusar-Poli et al., 2012). En estudios recientes de la misma línea, se ha descrito que los síntomas psicóticos subumbrales estarían presentes en un 7% de la población general adulta (McGrath et al., 2015; Maijer et al., 2018) y entre un 8% y 17% en niños, niñas y adolescentes (Kelleher et al., 2012; Maijer et al., 2018). De esta manera, la investigación de las últimas dos décadas muestra que las experiencias de tipo psicóticas son mucho más frecuentes en la población general que los trastornos psicóticos (Linscott y van Os, 2013). Bajo esta idea se ha descrito que niños que informan experiencias psicóticas subumbrales tienen un mayor riesgo de padecer trastornos psicóticos, afectivos, de ansiedad, conductuales y por uso de sustancias

(Healy et al. 2019). Es decir, los resultados son heterogéneos y abarcan no sólo trastornos psicóticos, lo cual es congruente con las características heterogéneas del grupo EMAR.

La evidencia descrita anteriormente, genera una necesidad apremiante de iniciar o mejorar las estrategias de prevención e intervención temprana en el marco de los EMAR. En ese sentido, uno de los aspectos relevantes es el rol que tienen las familias en la detección de psicopatología. Oluwoye, et al. (2020) describen que los miembros de la familia suelen ser los primeros en reconocer los cambios en el comportamiento de sus seres queridos y por tanto tienen un papel clave en la detección temprana.

A propósito de lo anterior, a nivel internacional existen diversos programas de prevención e intervención que incorporan a las familias como agentes activos y brindan campañas de concientización comunitaria para mejorar la búsqueda de ayuda y la capacidad de las familias para identificar problemas emergentes de salud mental en una etapa temprana. Entre estos programas se encuentra la iniciativa headspace en Australia (McGorry, et al., 2007) y el programa de servicios de salud mental para jóvenes de Massachusetts (MHSPY, por sus siglas en inglés) que se desarrolla en Estados Unidos (Grimes y Mullin, 2006). Estos programas de intervención temprana fueron diseñados inicialmente para ayudar a las personas con trastornos psicóticos, sin embargo, han ampliado su área de intervención a otros trastornos debido a las comorbilidades y heterogeneidad presente en los resultados de los grupos EMAR. Además, tienen la característica común de ofrecer atención multidisciplinaria e integrada a jóvenes y sus familias, lo cual ha mostrado gran evidencia sobre los beneficios potenciales (Colizzi, Lasalvia, y Ruggeri, 2020).

3.3. Rol familiar en la detección de síntomas

En Chile, según la 9° encuesta Nacional de Juventud el 71,1% de los jóvenes de entre 15 a 29 años vive en casa de sus padres (Instituto Nacional de la Juventud INJUV, 2018). Este rango etario considera una etapa importante para la detección, ya que según Yung y Nelson (2012) la adolescencia y adultez temprana, que comprende de los 13 a 30 años aproximadamente, es el rango de edad de mayor incidencia de aparición de trastornos

psicóticos. De igual forma, una gran parte de los jóvenes y adultos jóvenes inscritos en programas de intervención temprana (EIP por sus siglas en inglés) para primer episodio psicótico (FEP por sus siglas en inglés) informan que viven con sus padres o al menos un miembro de su familia (Oluwoye, et al. 2020). Por lo tanto, el hecho de que un gran porcentaje de jóvenes de este grupo etario vive con sus padres, significa una ventana de oportunidad para mejorar la detección familiar de síntomas de EMAR.

Son diversos los estudios que enfatizan la importancia del rol familiar en el reconocimiento del proceso de la enfermedad y el inicio del tratamiento (Albert, et al., 2017; Souaiby, et al., 2016); sin embargo, pocos estudios profundizan respecto a las atribuciones familiares o parentales, lo cual tiene relevancia pues se ha planteado que comprender las experiencias que viven las familias en el reconocimiento de un proceso hacia un trastorno mental en un familiar joven, podría favorecer la reducción del DUP (Giacon, et al. 2019). Al respecto la investigación de Platz, et al. (2006) describe que las personas que presentaron únicamente síntomas negativos como aislamiento social o apatía tendieron a tener un DUP significativamente más prolongado que las personas que presentaron solo síntomas positivos o síntomas tanto positivos como negativos.

A la fecha, existen diversas investigaciones que se han centrado en el rol de madres y padres en la detección de los primeros síntomas de otras patologías, como sucede con el Trastorno del Espectro Autista (TEA), en las cuales se describe que los padres proporcionan información específica sobre el comportamiento de sus hijos en distintos entornos y basándose en observaciones realizadas a lo largo del tiempo, lo cual enriquece la evaluación (Bagnato, Neisworth y Munson, 1989). Sin embargo, es frecuente que la información de los padres sea incluida en el proceso diagnóstico de problemas del desarrollo durante la infancia (Glascoe et al., 1990), más no en el desarrollo de patología en la adolescencia o la adultez temprana. No obstante, las conclusiones respecto al rol de los padres, que resulta ser especialmente útil en el proceso de evaluación y detección temprana de otras patologías, generan el interés y la curiosidad por investigar sobre los potenciales beneficios que podría contribuir el considerar las perspectivas y capacidades de familiares de primer grado en la detección temprana de síntomas de EMAR.

Respecto a los estudios revisados sobre detección parental de síntomas en el TEA, en una investigación reciente de Goin-Kochel y Myers (2016), se utilizaron informes de

los padres para identificar comportamientos básicos indicativos de autismo durante los primeros años de vida de sus hijos. Este estudio señala que los padres son sensibles a cambios en el desarrollo de sus hijos y suelen ser los primeros en llamar la atención clínica sobre los síntomas. Esta sensibilidad parental para identificar cambios en los hijos podría ser transversal a otras patologías. En la misma línea, existen diversas investigaciones que describen las observaciones de madres y padres sobre el desarrollo atípico de sus hijos y su importancia a la hora de determinar un diagnóstico y tratamiento adecuados. Entre ellos, el estudio de Siegel et al. (1988) sobre la identificación parental de síntomas en niños con autismo, muestra que la participación de padres y profesionales en el diagnóstico se puede analizar en tres etapas: (1) aspectos del desarrollo que primero preocuparon a los padres, (2) validación de la preocupación por parte de un profesional, dando como resultado el diagnóstico inicial, y (3) diagnóstico definitivo de autismo. Dentro del punto (1), los aspectos del desarrollo que preocuparon primero a los padres, el 98% de la muestra (n=75) indicó preocupación en el desarrollo del lenguaje, el 84% citó preocupaciones con el desarrollo social y el 34% preocupaciones con hitos motores (los porcentajes suman más del 100% porque los padres informaron que se preocuparon simultáneamente por más de un área del desarrollo). El estudio de Stone, et al. (1994) buscó determinar características conductuales del autismo en la primera infancia y examinar las contribuciones de la observación clínica y los informes de los padres a la identificación temprana del autismo. Los autores plantean que durante una consulta médica pueden no ser evidentes ciertos comportamientos clave en la observación de autismo debido al contexto clínico, que implica una visita relativamente breve o altamente estructurada. En los resultados se aprecia que los informes de los padres y la observación del médico parecen detectar diferentes aspectos de patrones de conducta anormales en esta muestra (n=26). De esta manera, los autores concluyen que la observación del juego y los informes de los padres pueden incorporarse de manera eficiente en el repertorio de herramientas médicas de detección de síntomas.

Respecto al último punto, hay autores que sugieren que los informes de madres y padres sobre el funcionamiento de sus hijos son vistos con cierto escepticismo por los médicos (Diamond & Squires, 1993). Sin embargo, las investigaciones demuestran que los padres pueden proporcionar información precisa sobre el desarrollo y funcionamiento de

sus hijos, especialmente cuando esta información se obtiene sistemáticamente, utilizando instrumentos estandarizados (Ireton & Glascoe, 1995).

El estudio de Snijder, et al. (2021) describe que para reducir el deterioro y mejorar la detección temprana de niños con TEA, es muy importante considerar las experiencias y perspectivas de los padres en el proceso de evaluación clínica y, para maximizar la congruencia entre la evaluación de los padres y la del profesional, existen varias pautas a seguir. Entre ellas, se deben considerar comportamientos observables y frecuentes en los hijos y los padres deben tener las habilidades necesarias para comprender y responder de manera confiable los cuestionarios o las entrevistas (Diamond & Squires, 1993). Estos antecedentes, que acentúan la importancia de considerar lo percibido por los padres en torno a los síntomas presentes en sus hijos, refuerzan los objetivos de explorar estas mismas capacidades parentales en los EMAR.

Respecto a las fases, se recomienda incorporar los informes y percepciones parentales especialmente en la evaluación inicial de los síntomas debido a que los padres tienen un conocimiento amplio respecto a las áreas del desarrollo de sus hijos y pueden brindar una descripción más completa y precisa del repertorio conductual. Además, la participación de los padres para la evaluación es altamente rentable y puede ahorrar valiosos recursos profesionales (Squires, et al. 1990).

Junto con la evidencia que respalda los aportes y beneficios que puede significar el incorporar a los padres en las fases iniciales de detección, es importante tener en consideración factores parentales que podrían generar sesgos o discrepancias a la hora de buscar validez en la información entregada acerca de los hijos. A modo de ejemplo, se ha estudiado que el trastorno por uso de sustancias en los padres y sus problemas de salud mental pueden asociarse con su capacidad para calificar con precisión los síntomas de sus hijos (Bingham, et al. 2003; Hennigan, et al. 2006). En la misma línea, el estudio de Hennigan, et al. (2006) buscó fuentes de sesgo en una muestra clínica de 253 madres con trastornos co-ocurrentes y antecedentes de trauma, que evaluaron a sus hijos. En esta investigación se observa que las evaluaciones maternas sobre el funcionamiento del hijo pueden verse influenciadas por el propio estado psicológico de la madre.

Siguiendo con estos lineamientos, es necesario considerar que la psicopatología de los padres puede influir en los informes sobre la salud mental de los hijos. La hipótesis de

la depresión-distorsión postula que los padres que experimentan depresión tienen más probabilidades de introducir un sesgo negativo al evaluar el comportamiento de sus hijos, lo que resulta en una inflación de los síntomas de salud mental informados en sus hijos. En apoyo, investigaciones previas han demostrado que la depresión y la ansiedad de los padres están asociadas con un exceso de información sobre las conductas problemáticas de los niños (Kelley et al., 2017). Y además de la depresión y la ansiedad, durante los períodos de consumo intenso de sustancias, los padres pueden mostrar menos supervisión de sus hijos (Bountress, Chassin y Lemery-Chalfant, 2016). Este último punto es especialmente relevante, considerando que según la OMS en el primer año de la pandemia por COVID-19, la prevalencia mundial de ansiedad y depresión aumentó un 25% en la población, lo que, según la evidencia descrita previamente, podría significar que existan sesgos en la percepción de los síntomas presentes en los familiares. En definitiva, incorporar a los padres como informantes enriquece la evaluación clínica y la detección de psicopatología (Alexander et al., 2017), por lo tanto, para evitar sesgos se debe buscar que la participación de los familiares en estos procesos se realice de forma confiable y estandarizada.

3.4. Aportes del enfoque de múltiples informantes

Al profundizar sobre la importancia del rol parental en la detección de síntomas iniciales en el ámbito de la salud mental, se vuelve necesario destacar algunos aportes del enfoque de evaluación de múltiples informantes. Este enfoque está respaldado en la idea de que no existen marcadores patognomónicos que indiquen la presencia definitiva de síndromes psicológicos deteriorantes en niños o adolescentes (De los Reyes, 2011), por lo tanto, el enfoque implica la acción de recopilar información significativa por medio de otras fuentes además del propio paciente, lo cual proporciona una comprensión más detallada de la psicopatología (Dirks et al., 2012). De la misma manera, este enfoque considera que las personas pueden presentar síntomas asociados a problemas de salud mental en algunos contextos y no en otros, o en intensidad diferente según el contexto. Por lo tanto, identificar las conductas percibidas desde contextos específicos tales como el hogar, ayuda a que los profesionales de la salud mental puedan evaluar de forma integral los síntomas que se manifiestan a través del tiempo y en contextos diferentes a la consulta médica y en efecto, planificar intervenciones más adecuadas según las necesidades de las

personas (De los Reyes et al., 2015; De los Reyes y Makol, 2021). Entonces, este enfoque implica recoger antecedentes de informantes que comparten relaciones cercanas con los pacientes (Achenbach, 2006), en los que suelen considerarse contextos específicos donde los informantes observan el comportamiento de los pacientes, como pueden ser las interacciones en el hogar o en la escuela. De esta manera los profesionales de salud mental pueden obtener una mirada más completa de las conductas y síntomas a través de contextos en los que se desarrolla habitualmente la persona (Dirks et al., 2012).

En cuanto al enfoque de múltiples informantes en esquizofrenia, se ha considerado que la información de los padres es válida y necesaria desde distintos puntos de vista. En primer lugar, los adolescentes pueden presentar dificultades para proporcionar una descripción de su propio funcionamiento psiquiátrico desde una perspectiva del desarrollo (McConaughy y Achenbach, 1989) debido a la posibilidad de presentar delirios, alteraciones de la percepción o falta de conciencia de enfermedad, como se ha reportado en la evidencia. En segundo lugar, las personas con esquizofrenia suelen tener síntomas de falta de perspicacia, habla desorganizada, suspicacia, problemas de atención y falta de motivación. Características que pueden interferir con la capacidad para describir con precisión sus síntomas y proporcionar un historial psiquiátrico válido (Ho et al., 2004). En consecuencia, los informes de los padres son útiles para compensar información insuficiente sobre los síntomas de la esquizofrenia y, los informes de los propios pacientes continúan siendo necesarios pues otorgan información valiosa respecto a experiencias subjetivas y emociones específicas que sus padres no reconocen (Grills & Ollendick, 2002). A propósito de este punto, un estudio de Lee y Schepp (2011) buscó congruencias y discrepancias entre padres y adolescentes con esquizofrenia en sus correlatos sobre la evaluación del estrés y los síntomas presentes. Se describe que los familiares de adolescentes con esquizofrenia participan activamente en el monitoreo de los síntomas y suelen ser quienes inician la búsqueda de ayuda profesional. Entre los resultados de este estudio se identifican congruencias de bajas a moderadas en la evaluación del estrés y síntomas entre los padres y los jóvenes. Entre los factores que explicaron las discrepancias entre padres e hijos, se encontró la edad de los adolescentes, el tiempo que padres pasaron con sus hijos, número de hospitalizaciones y nivel de discapacidad. Por lo tanto y según estos resultados, se podría plantear que los padres que pasan más tiempo con sus hijos

podrían entregar información más válida, ya que la interacción y comunicación frecuente los ayuda a detectar síntomas con precisión.

Los resultados descritos son congruentes con evidencia que plantea una baja correspondencia entre los datos entregados por los distintos informantes sobre la salud mental de los pacientes (Achenbach, 2011). Lo cual genera diversos debates sobre la validez de la información debido a sesgos o a errores en las mediciones (De los Reyes, 2011). En conclusión, las preocupaciones de los pacientes tenderían a variar contextualmente, lo cual explicaría algunas discrepancias entre los distintos informantes. Así mismo, las discrepancias, que son frecuentes en el enfoque de múltiples informantes, no implican una invalidez del enfoque, si no que reflejan diferentes aspectos del funcionamiento influenciado genética y ambientalmente (Achenbach, 2011). A pesar de las discrepancias, se ha observado que la mejor evidencia sobre validez del enfoque de múltiples informantes existe para las evaluaciones de problemas externalizantes u observables tales como un comportamiento agresivo y disruptivo (De los Reyes, et al. 2015). En consecuencia, las discrepancias entre informantes no deben interpretarse como errores de medición ni trivializarse concluyendo que un informante debe tener razón mientras que otro debe estar equivocado (Achenbach, 2011). Es necesario analizar de forma detallada las causas de esas discrepancias y su valor en el proceso de evaluación.

Para concluir respecto a esta temática, sólo se encontró un estudio respecto al enfoque de múltiples informantes en EMAR. El estudio de Yee et al. (2020) examinó la adaptabilidad y la cohesión, que son marcadores de funcionamiento familiar, a través de informes de jóvenes y sus madres y síntomas clínicos de los jóvenes. Entre los resultados destaca que el grupo con EMAR y sus madres informaron una menor adaptabilidad y cohesión que el grupo control. Estos hallazgos respaldan la evidencia existente de que las familias que presentan jóvenes con EMAR tienen la vulnerabilidad de un funcionamiento familiar que tiende a ser más deficiente.

3.5. Concepto de atribuciones

Para el psicólogo Fritz Heider (1958) las atribuciones son un componente de las relaciones interpersonales y dentro de tales relaciones deben entenderse. Este autor,

considerado como el padre de la teoría de la atribución, postuló que las personas observan a otros y su comportamiento, generando explicaciones y significados en base a creencias, emociones, deseos o rasgos (Crespo, 1982; Malle, 2011). Este autor postuló que, al atribuir, las personas buscan explicar comportamientos y acontecimientos estableciendo relación entre causas internas (atribución disposicional o interna) o externas (atribución situacional o externa) (Malle, 2011). La atribución disposicional o interna tiene relación con inferir que el comportamiento de una persona se debe a factores personales tales como su carácter o rasgos de personalidad. En cambio, la atribución situacional o externa tiene relación con inferir que el comportamiento estaría determinado por causas del contexto, externas a la persona (Al-Pattani, 2015).

Como definición, se plantea que la atribución es la interpretación o explicación que se realiza sobre las causas de un comportamiento o suceso. Específicamente desde la psicología social se ha estudiado que las atribuciones implican inferir explicaciones sobre comportamientos, respondiendo a los ¿por qué? es decir, al realizar una atribución, se asigna una causa a los acontecimientos para comprenderlos (Malle, 2011). Los seres humanos son seres sociales y creadores de significado, lo que trae consigo la atribución. Es decir, está presente en el día a día y es un recurso que las personas utilizan muchas veces sin notar los procesos subyacentes que los llevan a desarrollar inferencias. Así mismo, los investigadores que han profundizado en las atribuciones han especificado que éstas no necesariamente y en todos los casos van a reflejar con precisión la realidad ya que suelen estar teñidas por sesgos y las perspectivas propias de las personas. Sin embargo, las diferencias de percepción y las interpretaciones sesgadas sobre el mundo social representan un área de estudio interesante dentro de la psicología (Al-Pattani, 2015).

3.6. Atribuciones parentales

Las atribuciones parentales dentro del contexto de interacciones de cuidado han sido una temática de interés creciente en la psicología pues se describe que, a través de ellas, los padres otorgan significados a los comportamientos de sus hijos y estas atribuciones guían la forma en que los padres van a responder a esas conductas (Johnston y Ohan, 2005). Dicho de otra manera, las interpretaciones y significados que los padres construyen sobre el comportamiento o síntomas de sus hijos influyen en su comportamiento y en la participación que tendrían en el tratamiento de los hijos. En consecuencia, las atribuciones parentales son un importante factor a considerar en la psicopatología de personas jóvenes, pues además han sido descritas como un predictor de crianza problemática y problemas infantiles continuos (Sawrikar, et al., 2018). Cuando los comportamientos de los hijos representan una amenaza para el sistema de cuidado o un desafío, los significados atribuidos a esos comportamientos influyen en las emociones parentales y la elección de estrategias de afrontamiento (Affleck, et al., 1982). Como se puede apreciar, las atribuciones parentales son complejas y están influenciadas por distintos factores tales como el nivel de estrés, psicopatología, estilos de crianza y los patrones de interacción familiares (Bugental y Corpuz 2019).

El estudio de Giacon, et al. (2019) que buscó comprender las experiencias familiares en el primer episodio psicótico de jóvenes, muestra que durante la fase de inicio de síntomas los padres experimentaron un periodo de incertidumbre y dificultad para comprender los cambios de comportamiento en sus hijos como una posible transición hacia un trastorno mental. Esto especialmente surgió ante la inespecificidad y heterogeneidad de los síntomas en las primeras etapas del trastorno. Por lo tanto, las familias se tomaron un tiempo antes de buscar ayuda experta, lo cual incrementó el DUP, que como ya se describió previamente, es un factor de riesgo ya que empeora el pronóstico al largo plazo (Marchira, et al. 2016). Al respecto un estudio indicó que el DUP promedio puede variar de acuerdo a factores tales como la negación de la enfermedad por parte del individuo y sus familiares, el aislamiento, errores de diagnóstico como falsos negativos, visión distorsionada del tratamiento de salud mental y presencia de síntomas negativos (Souaiby, et al. 2016). En la misma línea, el metasíntesis de Oluwoye, et al. (2020) exploró las experiencias

familiares previas al inicio de la atención del primer episodio de psicosis, identificando específicamente impacto emocional, mala interpretación de los signos, estigma y acceso a los servicios especializados. El 67% de los estudios revisados coincidieron en que los miembros de la familia atribuyen erróneamente los síntomas inespecíficos de la primera fase de la enfermedad, lo que contribuye al retraso en la búsqueda de tratamiento para su ser querido.

En cuanto a la mala interpretación de los signos, antes del tratamiento las familias atribuirían los cambios en los comportamientos a varias explicaciones, incluido el uso de sustancias, el comportamiento típico de los adolescentes o experiencias supersticiosas como posesiones demoniacas o hechicería (Chen, et al., 2016; Giacon, et al., 2019). En general, las atribuciones erróneas de los síntomas pueden explicarse por la falta de conocimiento sobre la psicosis y su presentación inicial y avanzada. De la misma manera cuando los familiares consideran la posibilidad de un trastorno mental surgen dificultades relacionadas al estigma y desconocimiento. Al respecto, los familiares sugieren que las campañas de salud pública para aumentar el nivel de conocimiento y educar a las personas sobre los primeros síntomas serían beneficiosas y reducirían el estigma asociado con la psicosis (Cadario et al. 2012).

Además de lo descrito previamente, en relación con las experiencias revisadas en FEP, los miembros de la familia sufren una variedad de problemas físicos, psicológicos y un impacto emocional significativo, entre los que destacan las alteraciones del sueño, depresión, ansiedad y altos niveles de estrés. La presencia de estos síntomas y la suma de la carga por cuidar al ser querido generan un impacto negativo en la calidad de vida de las personas (Cadario et al. 2012; Onwumere et al. 2016)

En relación con la esquizofrenia, las atribuciones que los miembros de la familia realizan en torno a la enfermedad tienen una gran importancia para comprender el clima emocional familiar, que tiene un impacto en el abordaje de la enfermedad (Barrowclough y Hooley, 2003). En ese sentido, diversas investigaciones plantean que las atribuciones de la familia relacionadas con la idea de que los síntomas de un pariente están bajo su control, generan dinámicas hostiles y de crítica en la relación. Estas atribuciones están relacionadas con mayores recaídas y presencia de sintomatología en un seguimiento de 9 meses (Lopez,

et al. 1999). Esta idea está respaldada en la literatura, donde se ha encontrado que en relación con el rol de familiar cuidador, un concepto en la investigación psicosocial de la psicosis denominado Emoción Expresada (EE), que tiene relación con el clima familiar y las posturas expresadas por los familiares hacia una persona con la enfermedad basado en sus creencias sobre las causas de la enfermedad (Vaughn y Leff, 1985; Barrowclough y Hooley, 2003), está significativamente relacionada con las recaídas en pacientes con esquizofrenia. Específicamente, se describe que a mayor EE, lo que implica mayor nivel de hostilidad y críticas, existen mayores posibilidades de recaídas (Yang, et al. 2004; Domínguez-Martínez et al. 2017). Una mayor EE se inclina hacia la intolerancia a los problemas del familiar, la intromisión y el uso de estrategias rígidas y desadaptativas para enfrentar las dificultades (Barrowclough y Hooley, 2003). La evidencia ha demostrado que la alta EE presente en los cuidadores de personas con esquizofrenia está relacionada con sus atribuciones sobre la enfermedad, sin embargo, poco se conoce respecto a las valoraciones cognitivas y emocionales de los familiares en las primeras etapas de la psicosis que subyacen a este constructo (Domínguez-Martínez, et al. 2017). En estudios que se han centrado en identificar las atribuciones que subyacen una alta EE, se ha encontrado que los familiares tienden a percibir los síntomas como si éstos tuvieran causas internas y controlables por el paciente. Es decir, hacen atribuciones internas, controlables o personales respecto a las conductas y síntomas en comparación con los familiares con baja EE (Barrowclough, et al. 1994; Lopez, et al. 1999).

El estudio de Thompson et al. (2012) buscó un sesgo atributivo de externalización en un grupo EMAR, denominado locus de control del reforzamiento (LOC), que se refiere a la medida en que los individuos creen que pueden controlar los eventos que los afectan. Los investigadores encontraron que el grupo EMAR (n=30) tenía un LOC significativamente más externalizado (control de eventos percibidos como externos a la persona) que el grupo control (n=30). Si bien son escasos los estudios que exploran las atribuciones en EMAR, estos resultados son interesantes y los investigadores plantean que la terapia cognitivo conductual (TCC) y la psicoeducación podrían contribuir a mejorar las atribuciones en el caso de que el LOC tenga incidencia en el desarrollo de un trastorno psicótico.

Por otro lado, el estudio de Domínguez-Martínez et al. (2017) exploró la asociación entre la EE familiar, el sufrimiento de los familiares y las atribuciones de enfermedad en familiares de pacientes con EMAR y primer episodio psicótico (FEP). Los hallazgos mostraron que los cuidadores de EMAR tienden a ser más críticos con sus parientes. Además, estas críticas se relacionaron significativamente con la ansiedad y la depresión, y con varios tipos de atribuciones a la enfermedad. Por último, otro aporte relevante de estos resultados es que los niveles de ansiedad y depresión de los familiares, las emociones negativas sobre el trastorno y las atribuciones de control y culpa hacia el paciente predijeron EE. Estos resultados confirman que las representaciones emocionales y cognitivas de la psicosis están fuertemente vinculadas a las actitudes negativas hacia los pacientes. Lo cual ocurriría incluso en las etapas tempranas de la psicosis.

Los hallazgos revisados en la literatura subrayan la importancia de las intervenciones familiares tempranas que entreguen información educativa adecuada y apoyo psicológico con intervenciones acorde con la etapa de la enfermedad. De esta manera las familias podrán desarrollar herramientas como la comprensión del trastorno en la etapa en la que se encuentre, evitando atribuciones erróneas, también el manejo y expresión de pensamientos y emociones complejas y reducir el estigma y las dinámicas conflictivas (Lopez, et al. 1999; Domínguez-Martínez et al. 2017).

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1. Diseño de investigación

Para cumplir con los objetivos de esta investigación, se realizó un estudio con enfoque mixto, de alcance exploratorio-descriptivo, observacional y retrospectivo. El objetivo fue examinar un fenómeno poco estudiado e indagar sobre el tema desde una perspectiva integradora que permita una comprensión adecuada al respecto.

Para Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) “la meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación, combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales” (p. 610). De esta forma el enfoque mixto implica la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, integrándolos y generando una discusión conjunta que permita realizar inferencias a partir de toda la información recolectada, logrando un mayor entendimiento del fenómeno. Del mismo modo, para Muñoz (2013) el enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio, para responder a un planteamiento del problema o para responder a preguntas de investigación.

El enfoque cualitativo ha aumentado su rigor metodológico y significa importantes contribuciones al enfoque cuantitativo que ha predominado en las investigaciones sobre la salud. Dentro de las contribuciones destaca la comprensión más profunda sobre los procesos de salud y enfermedad que en la actualidad significan una prioridad debido a que los problemas de salud pública están relacionados no sólo a factores biomédicos, sino también a factores sociales, económicos y políticos, lo que vuelve necesario ampliar la perspectiva (Muñoz, 2013). En esta investigación se buscó conocer las tendencias de las respuestas, lo cual se relaciona al enfoque cuantitativo, y también se buscó profundizar en la comprensión respecto a esas tendencias, lo cual se relaciona al enfoque cualitativo. De esta manera, esta investigación tiene un enfoque mixto de diseño secuencial caracterizado por la utilización en primer lugar de una encuesta, y en segundo lugar de una entrevista que permita profundizar en los hallazgos de la encuesta realizada con anterioridad.

4.2. Participantes

Para la investigación se reclutó a 7 familiares de primer grado de pacientes que tuvieran un rango etario de entre 13 a 30 años, que cumplieron con criterios para EMAR según la SIPS/SOPS y que están en seguimiento ambulatorio en la Clínica psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile. Se ha seleccionado ese rango etario ya que según Yung y Nelson (2012) la adolescencia y adultez temprana (13 a 30 años aproximadamente) es el rango de edad de mayor incidencia de aparición de trastornos psicóticos.

Los criterios de inclusión para este grupo fueron (1) ser madre o padre de un/a paciente que cumpla con criterios para EMAR según la SIPS y (2) haber estado presente en el hogar durante el proceso de inicio de síntomas de su hijo/a. Los criterios de exclusión fueron (1) padecer una enfermedad psiquiátrica o neurológica que altere la memoria de mediano-largo plazo y (2) padecer un brote psicótico actual.

Tabla 1. Características de la muestra

CÓDIGO	PARENTESCO	EDAD	EDAD DE HIJO/A	DIAGNÓSTICO ACTUAL DE HIJO/A
01	Padre	51	15	APS
02	Madre	53	21	Síndrome psicótico pasado
03	Madre	64	28	APS
04	Madre	55	23	APS
05	Padre	53	23	APS
06	Madre	36	15	APS
07	Padre	51	22	Esquizofrenia

4.3. Técnicas de recolección de información

4.3.1. Entrevista semi estructurada para Síndromes Prodrómicos (SIPS/SOPS) (versión modificada para su uso con familiares).

Se aplicó una versión modificada de la entrevista SIPS/SOPS (*ver anexo 2*), la cual evalúa 19 síntomas de 4 dominios sintomáticos relacionados a los síntomas psicóticos subumbrales: síntomas positivos (5 ítems), síntomas negativos (6 ítems), síntomas de desorganización (4 ítems) y síntomas generales (4 ítems) (Miller, et al., 2003). El rango de puntuación de la escala de severidad de los síntomas es de 0 a 6, donde una puntuación de 0 representa la ausencia de síntomas y una puntuación de 6 representa un estado muy grave o extremo, como se presenta a continuación.

0	1	2	3	4	5	6
Ausente	Presencia dudosa	Ligero	Moderado	Moderado-grave	Grave	Muy grave

La entrevista SIPS/SOPS ha sido previamente validada para su uso con pacientes y es una de las herramientas más utilizadas en el ámbito de la detección precoz de sujetos EMAR o de alto riesgo clínico (Miller, et al., 2003). Su objetivo es descartar psicosis actual y/o pasada, identificar uno o más de los tres tipos de estados prodrómicos (síndrome psicótico breve e intermitente, síndrome de síntomas positivos atenuados y síndrome de riesgo genético y deterioro funcional) y valorar la gravedad actual de los síntomas prodrómicos. La escala de síntomas prodrómicos (SOPS) describe y valora los síntomas presentes. Esta escala está organizada en cinco secciones primarias: (P) Síntomas Positivos, (N) Síntomas Negativos, (D) Síntomas de Desorganización y (G) Síntomas Generales. En cada sección de la SOPS se enumera un conjunto de preguntas en relación con las secciones seguido de un espacio para registrar las respuestas: Si, No y No información.

La entrevista SIPS/SOPS fue modificada para este estudio por el equipo experto del Laboratorio de Psiquiatría Traslacional (Psiquislab) perteneciente a la Unidad de

Psicosis de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de la Universidad de Chile, con el objetivo de ser aplicada a familiares de primer grado de adolescentes y jóvenes. Las preguntas exploran los cuatro dominios sintomáticos con una escala de respuesta de severidad de síntomas de 0 a 6, como se describió previamente. Los cambios se enfocaron en dirigir las preguntas hacia familiares, sin embargo, el contenido de estas se mantuvo coherente con la SIPS/SOPS original.

Para aplicar este instrumento, se contó con el software Research Electronic Data Capture (Redcap), el cual permite crear y administrar encuestas y bases de datos en línea. El enlace privado de cada encuesta fue enviado a los participantes vía correo electrónico.

A continuación, en la tabla 2 se presentan los 4 dominios sintomáticos y sus respectivos ítems.

Tabla 2. Dominios sintomáticos

Síntomas positivos	Síntomas negativos	Síntomas de desorganización	Síntomas generales
P1: Contenido inusual del pensamiento/ideas delirantes P2: Susplicacia/ideas persecutorias P3: Grandiosidad P4: Percepciones anómalas/alucinaciones P5: Comunicación desorganizada	N1: Anhedonia social N2: Abulia N3: Expresión emocional disminuida N4: Restricción emocional y del yo N5: Pensamiento empobrecido N6: Deterioro en el funcionamiento global	D1: Conducta o apariencia raras D2: Pensamiento extraño D3: Problemas de atención y concentración D4: Deterioro de la higiene personal	G1: Alteraciones del sueño G2: Disforia G3: Alteraciones motoras G4: Tolerancia disminuida al estrés normal

4.3.2. Entrevista en profundidad

Posterior a la aplicación de la SIPS/SOPS, se realizó una entrevista en profundidad con el objetivo de identificar las atribuciones parentales asociadas a los síntomas de EMAR. Para esto se delimitó una lista de tópicos relacionados a los objetivos, los cuales constituyeron el foco de la entrevista (*ver anexo 3*).

Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. (Taylor y Bogdan, 1987, p. 101)

Para Canales (2006) la entrevista en profundidad es una técnica social que implica la comunicación cara a cara entre quien investiga y una persona entrevistada. Así, esta técnica establece una relación de conocimiento dialógico donde el entrevistador utiliza un lenguaje de preguntas abiertas que cumplen la función de orientar el proceso de obtener la información necesaria. De esta manera, la entrevista en profundidad otorga información verbal y no verbal, que en su conjunto son interpretadas en la interacción y van guiando el acceso a la información.

La pauta o guion de la entrevista (*ver anexo 3*) fue construido para orientar el diálogo hacia la profundización retrospectiva de las atribuciones construidas respecto a los síntomas que los participantes reconocieron en sus hijos y que identificaron en la encuesta online respondida previamente. No obstante, las entrevistas se desarrollaron de manera flexible acogiendo lo que los participantes fueron relatando. En ese sentido, la entrevista estuvo basada en un guion semiestructurado que se considera “una guía de temas a tratar, pero en condiciones de flexibilidad y libertad, para ordenar las preguntas y elaborar otras nuevas, que surjan del contenido verbal del entrevistado” (Canales, 2006, p. 230).

La entrevista fue aplicada por la investigadora principal en modalidad online con cada participante de forma individual. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente

transcritas de forma literal para el análisis. La extensión de cada entrevista fue de entre 30 a 45 minutos.

4.4. Procedimiento

El procedimiento de la investigación que permitió cumplir con los objetivos planteados se puede sintetizar de la siguiente manera:

En primer lugar, se reclutó al grupo de estudio a través de la base de datos del laboratorio de psiquiatría traslacional Psiquislab. Se les extendió la invitación a participar en la investigación a través de una llamada telefónica donde se les explicó de forma detallada los objetivos de la investigación, la metodología y los criterios de confidencialidad. Luego de resolver todas las dudas y aceptar, se les envió vía correo electrónico el consentimiento informado (*ver anexo I*). Luego de firmar el consentimiento informado se inició el proceso de encuesta SIPS/SOPS a través de un enlace seguro y privado generado en el software Redcap enviado por correo electrónico a cada participante. Estos datos fueron incorporados automáticamente en la base de datos en base a códigos para su posterior análisis en IBM SPSS Statistics v. 24 y PRISM GRAPHPAD 8.0.

El proceso continuó con la revisión de las encuestas con el objetivo de identificar cuáles fueron los síntomas que cada participante describió identificar en el pasado. De esta manera, la pauta de entrevista estaría dirigida a profundizar en torno a esos resultados. Posteriormente se inició el proceso de las entrevistas individuales mediante la plataforma Zoom. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas de forma literal.

El proceso de análisis de los datos se desarrolló por una parte con el análisis cuantitativo de las respuestas de la SIPS/SOPS que permitiera identificar las frecuencias de cada grupo de síntomas. En otras palabras, se buscó conocer la cantidad de veces que se presentó cada uno de estos grupos de síntomas y así identificar cuales fueron los síntomas detectados por los participantes en sus hijos/as.

Luego, para continuar con el análisis de contenido de las entrevistas se realizó una lectura detallada de cada documento para identificar y destacar aquellas citas que aludían

a temáticas relevantes para el problema de investigación. Posteriormente se agruparon las citas con el objetivo de generar tópicos diferenciados. Luego se revisó con detalle cada uno de los tópicos para posteriormente generar categorías matrices y subcategorías emergentes que implicaron un mayor nivel de abstracción e integración de la información. Finalmente, para responder a las preguntas de investigación se llevó a cabo una integración interpretativa de todos los datos.

4.5. Análisis de datos

4.5.1. Análisis cuantitativo

El análisis cuantitativo de los datos fue realizado en IBM SPSS Statistics v. 24 y en PRISM GRAPHPAD 8.0. Se realizó un análisis de estadística descriptiva para identificar las características de la muestra y las frecuencias de las puntuaciones de los dominios sintomáticos: (P) Síntomas Positivos, (N) Síntomas Negativos, (D) Síntomas de Desorganización y (G) Síntomas Generales, con el objetivo de identificar el grado de presencia y severidad de los síntomas de los hijos. Por último, para graficar los resultados se creó una figura de cada dominio sintomático que muestra la distribución de las frecuencias.

4.5.2. Análisis cualitativo

Para analizar las narrativas obtenidas mediante las entrevistas, se utilizó la técnica de análisis de contenido temático a través de la construcción de categorías emergentes que se definieron tras la transcripción literal de las entrevistas, que posteriormente fueron leídas en detalle y analizadas mediante la condensación sistemática del texto para ir construyendo citas, tópicos y categorías matrices, con el objetivo final de realizar una integración interpretativa de la información.

El análisis de contenido temático tiene por objetivo estudiar el contenido manifiesto y posteriormente latente aplicado a diferentes tópicos. Por lo tanto, la inducción en términos cualitativos surge desde la lectura rigurosa del documento, intentando identificar ejes centrales o categorías temáticas principales del texto (Díaz, 2018). Según Krippendorff

(1990, p. 28) el análisis de contenido es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto. Del mismo modo, Bardin (1996) lo conceptualiza como el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones que busca obtener indicadores por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido permitiendo la inferencia de conocimientos relativos al contexto de estos mensajes (p.32). Por lo tanto, permite acceder a aquel contenido que facilita el proceso de conocer en profundidad diversos fenómenos de la vida social (Abela, 2018). En concordancia con los planteamientos descritos, Canales (2006) describe que este proceso permite identificar aquellas representaciones que le otorgan sentido y coherencia a lo comunicado a través de un procedimiento que consiste en resumir, clasificar e interpretar la información. Integrando lo que proponen los autores en la literatura, se desarrolló un análisis de contenido siguiendo los pasos que se detallan a continuación:

- A) Transcripción literal y lectura detallada de cada una de las entrevistas.
- B) Registro de temáticas emergentes relevantes y citas relacionadas a esas temáticas, lo que permitió crear una lista de temas tentativos.
- C) Agrupación de las citas generando tópicos diferenciables en cada una de las entrevistas.
- D) Identificación de las categorías que se repitieron entre las distintas entrevistas, lo que permitió generar las cinco categorías matrices: (1) Representaciones retrospectivas sobre los síntomas, (2) Cambios percibidos en el estado mental del hijo/a, (3) Atribuciones psicológicas, (4) Búsqueda de ayuda y (5) Impacto personal.
- E) A partir de las categorías matrices, separación de los textos agrupándolos en subcategorías emergentes.
- F) Revisión de las categorías y subcategorías que posteriormente permitieron realizar el análisis interpretativo del contenido.

4.6. Consideraciones éticas

A cada participante se le entregó el consentimiento informado en el cual se detallan los objetivos de la investigación, el detalle de los procedimientos y el criterio de confidencialidad. La información de los/las participantes fue manejada de forma confidencial en base a códigos anónimos. Además, en el consentimiento se detallan los potenciales usos de los resultados de esta investigación y la voluntariedad de la participación que implica que la persona puede retirar su participación comunicándolo a la investigadora sin que ello signifique ningún perjuicio. Por último, a cada participante se le entregó el Manual Psicoeducativo para comprender los Estados Mentales de Riesgo (Psiquislab e Imhay, 2018) como una herramienta psicoeducativa con información respecto a los EMAR.

5. RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados de los análisis a partir de las preguntas de investigación: ¿Cuáles son los síntomas que madres y padres de jóvenes con EMAR detectaron retrospectivamente? Y ¿Cuáles fueron las atribuciones parentales asociadas a los síntomas de EMAR presentes en los hijos?

En primer lugar, se exponen los resultados del análisis cuantitativo donde se observan las características de la muestra y los gráficos de distribución de frecuencias. Posteriormente se desarrollan los resultados del análisis cualitativo correspondiente al análisis de contenido, para finalmente realizar una síntesis de resultados y conclusiones.

5.1. Resultados del análisis cuantitativo

Para realizar los análisis estadísticos de los resultados se utilizó el software IBM SPSS v. 24.0 y el software PRISM GRAPHPAD 8.0. En las tablas a continuación se presentan las características de la muestra. La edad promedio del grupo fue de 52 años y el promedio de años de educación fue de 16 años (*ver tabla 3*). En cuanto al sexo, 4 participantes fueron mujeres (57.1%) y 3 participantes fueron hombres (42.9%) (*ver tabla 4*).

Tabla 3. Descripción de la muestra: edad y años de educación.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EDAD	7	36	64	51.8	8.2
AÑOS DE EDUCACIÓN	6	12	17	16	2

Tabla 4. Descripción de la muestra: sexo.

	Frecuencia	Porcentaje
SEXO FEMENINO	4	57.1
SEXO MASCULINO	3	42.9
TOTAL	7	100

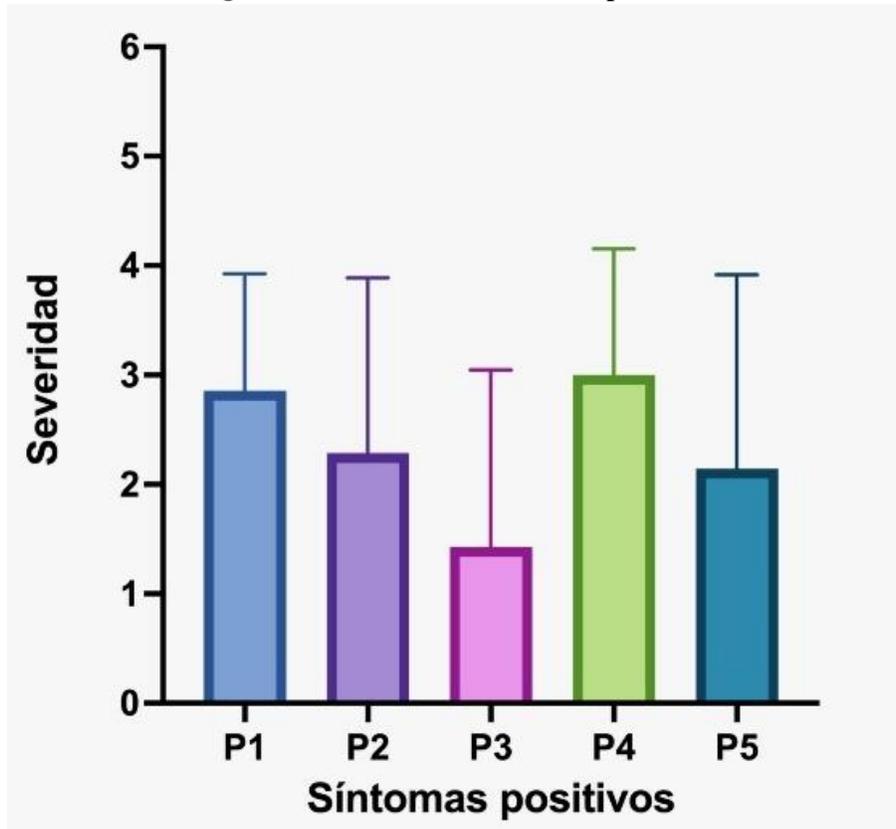
A continuación, se presenta el análisis de frecuencias por cada grupo de síntomas. Las figuras muestran el dominio sintomático en el eje X y la presencia/severidad en el eje Y. La severidad fue puntuada en una escala de 0 a 6, donde 0 es ausente, 1 es presencia dudosa, 2 es ligero, 3 es moderado, 4 es moderado-grave, 5 es grave y 6 es muy grave.

En la figura 1 se presentan los síntomas positivos donde se aprecia que los síntomas de Percepciones anómalas (P4) fueron los que se percibieron como más severos y los de Grandiosidad (P3) como menos severos. El ítem de Contenido inusual del pensamiento/ideas delirantes (P1) estuvo presente y generó un resultado de severidad similar al ítem P4. En cuanto a los puntajes de severidad percibida, el ítem P4 alcanzó un puntaje máximo de 4 (moderado-grave) en una escala de 6 (muy grave).

El ítem de Percepciones anómalas (P4) incluye alteraciones de la percepción tales como alucinaciones, pseudoalucinaciones, distorsiones auditivas, visuales, somáticas, olfatorias o gustativas, ilusiones y anomalías perceptivas no psicóticas.

El ítem de Grandiosidad (P3) investiga sobre la grandiosidad psicótica, no psicótica y la autoestima elevada. Incluye opiniones personas exageradas y sentido irreal de superioridad, expansividad o fanfarronería y delirios de grandiosidad que influyen en la conducta.

Figura 1. Frecuencias síntomas positivos



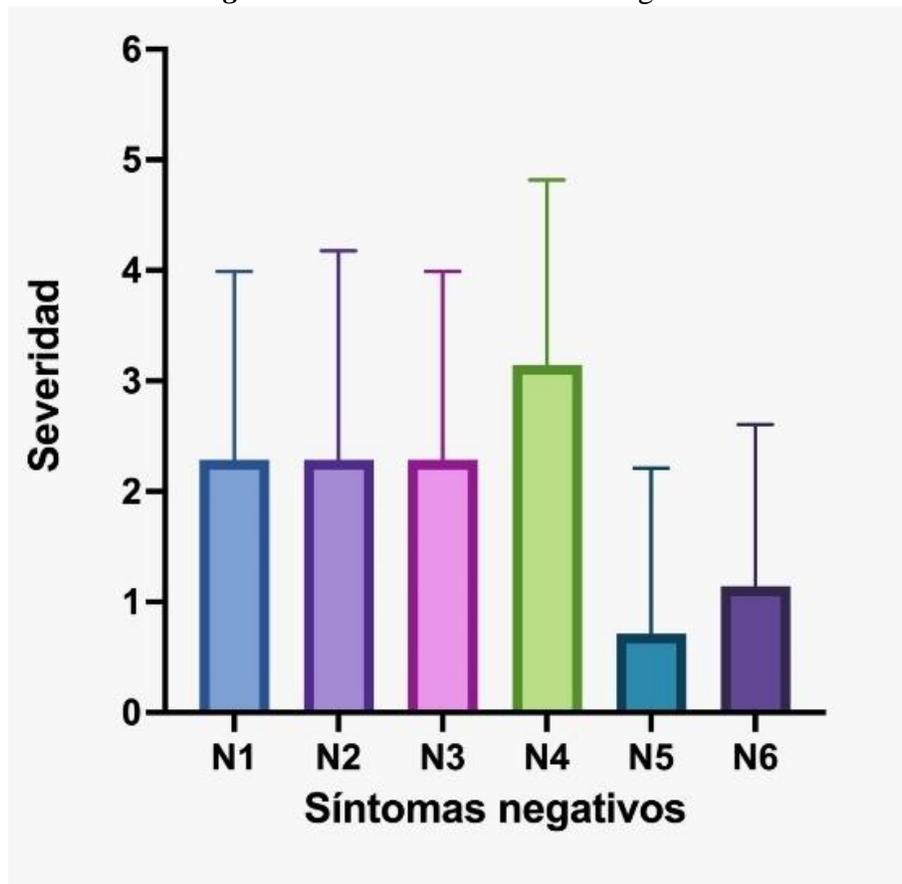
La figura 2 muestra las frecuencias del grupo de síntomas negativos donde se aprecia que los síntomas de Restricción emocional y del yo (N4) fueron los que se percibieron como más severos, alcanzando un puntaje máximo de 5 (grave) y los de Pensamiento empobrecido (N5) como menos severos.

El ítem de Restricción emocional y del yo (N4) incluye experiencias emocionales y sentimientos menos reconocibles y genuinos; sensación de distancia al comunicarse; ausencia de emociones o dificultad para sentir felicidad o tristeza; pérdida de interés o aburrimiento; cambio notorio, irreal o extraño; despersonalización y pérdida de sentido del yo.

El ítem de Pensamiento empobrecido (N5) incluye incapacidad para dar sentido a frases familiares o captar la esencia de una conversación cotidiana; contenido verbal estereotipado que implica menos fluidez, espontaneidad y flexibilidad del pensamiento que se evidencia por el contenido repetitivo y simple del pensamiento, rigidez y dificultad para considerar posiciones alternativas; frases y palabras simples con escasez de oraciones subordinadas y dificultad en el

pensamiento abstracto-simbólico evidenciado por una dificultad para clasificar, formar generalizaciones e ir más allá del pensamiento concreto y egocéntrico en la resolución de problemas.

Figura 2. Frecuencias síntomas negativos

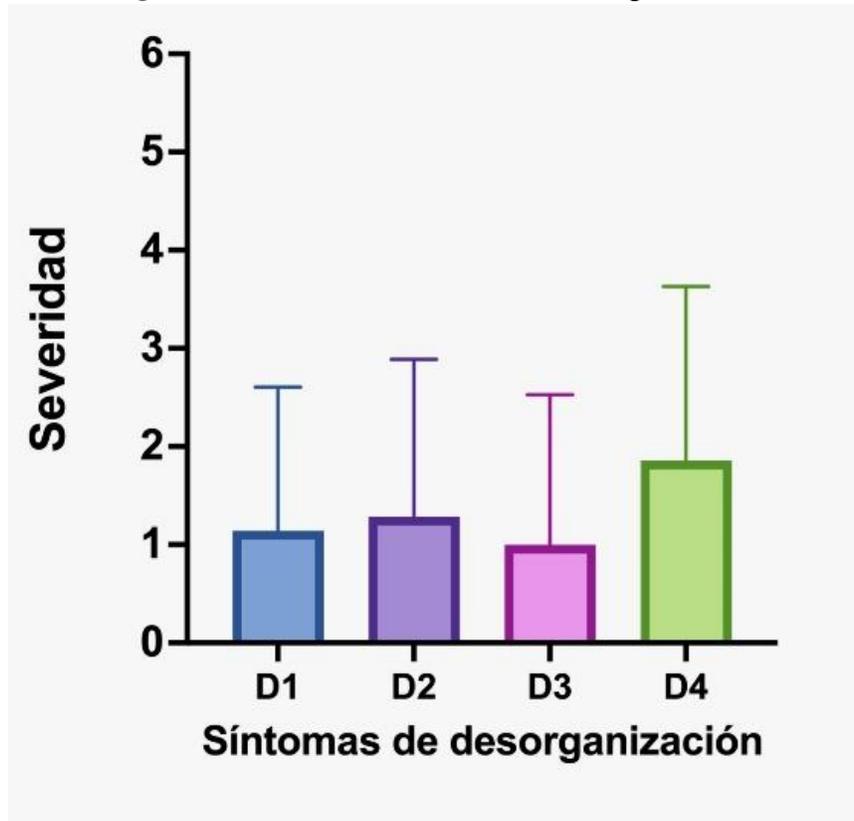


En la figura 3 se presentan los síntomas de desorganización donde se aprecia que los síntomas de Deterioro de la higiene personal (D4) fueron los que se percibieron como más severos, obteniendo como puntaje máximo 4 (moderado-grave) y los de Atención y concentración (D3) como menos severos.

El ítem de Deterioro de la higiene personal (D4) incluye un deterioro en la higiene y los cuidados personales, lo que se evidencia en un abandono del aseo personal y la preocupación por la apariencia.

El ítem de Atención y concentración (D3) incluye dificultad para mantenerse alerta, pobre concentración, distraibilidad a estímulos; dificultad para mantener o cambiar la atención a nuevos estímulos y dificultades con la memoria a corto plazo.

Figura 3. Frecuencias síntomas de desorganización



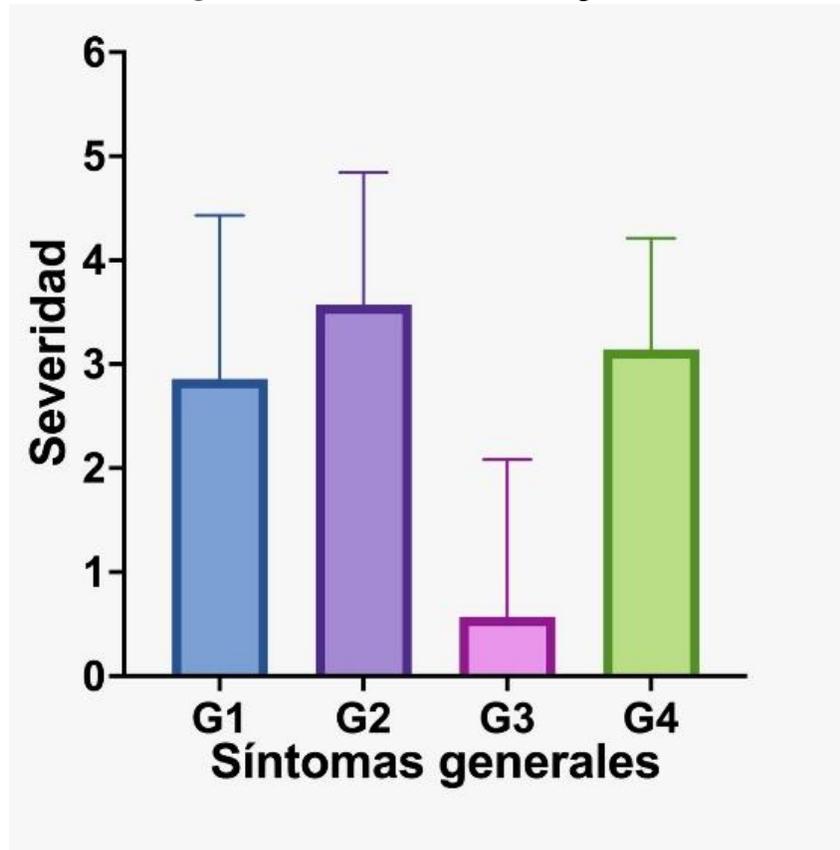
La figura 4 muestra los síntomas generales donde se aprecia que los síntomas de Disforia (G2) fueron los que se percibieron como más severos, presentado como puntaje máximo 5 (grave) y los de Alteraciones motoras (G3) como menos severos.

El ítem de Disforia (G2) incluye un interés disminuido por actividades placenteras; problemas para dormir; alteración en el apetito; pérdida de energía; dificultad para concentrarse; ideas de suicidio; sentimientos de minusvaloración y/o de culpa; ansiedad, pánico o miedos; irritabilidad, hostilidad o rabia; inquietud, agitación o tensión y un humor inestable.

El ítem de Alteraciones motoras (G3) considera una conducta patosa o torpe, falta de coordinación o dificultad para ejecutar actividades; desarrollo de nuevos movimientos tales como

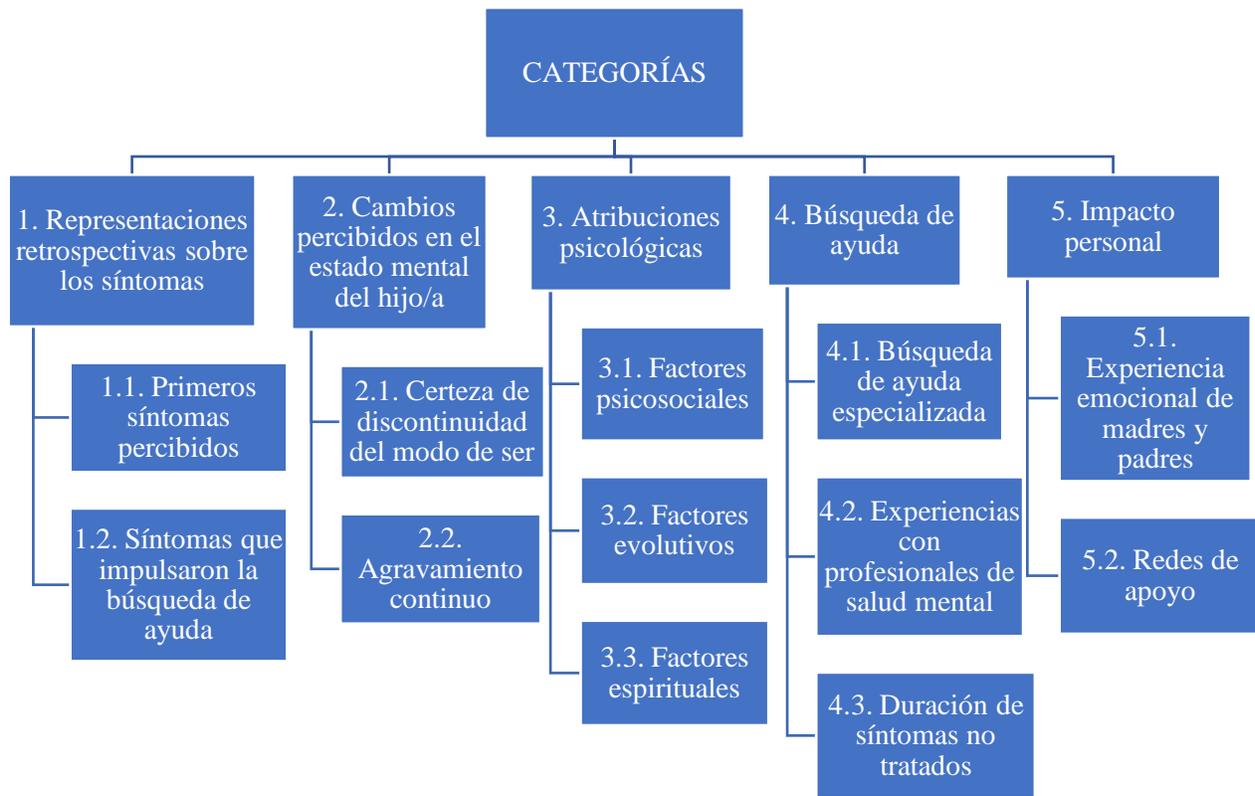
hábito nervioso, estereotipias, posturas o formas particulares de hacer algo; bloqueos motores o catatonía; pérdida de destrezas automáticas; rituales motores compulsivos y movimientos discinéticos de la cabeza, la cara o las extremidades.

Figura 4. Frecuencias síntomas generales



5.2. Resultados del análisis cualitativo

A partir de las preguntas de investigación: ¿Cuáles son los síntomas que madres y padres de jóvenes con EMAR detectaron retrospectivamente? Y ¿Cuáles fueron las atribuciones parentales asociadas a los síntomas de EMAR presentes en los hijos?, se realizó un análisis de contenido según la metodología detallada en el marco metodológico que permitió generar cinco categorías matrices, a partir de las cuales se establecieron subcategorías emergentes que se describen a continuación:



1. Representaciones retrospectivas sobre los síntomas

Esta categoría hace referencia al conjunto de conductas o síntomas que madres y padres recuerdan haber identificado en sus hijos en el pasado y que posteriormente resultaron ser parte del cuadro clínico. Los fenómenos conductuales o emocionales que los padres recuerdan y que forman parte de esta categoría, son recordados percibidos como cambios en la conducta habitual y en general produjeron preocupación desde un inicio, pero en grados variables. Estas conductas o manifestaciones adquieren la categoría de “síntoma” una vez que han sido puestos en contexto mediante el proceso diagnóstico llevado a cabo por los profesionales de salud mental. Se hace una diferenciación entre los primeros síntomas percibidos y los síntomas que impulsaron la búsqueda de ayuda, ya que se identificó en las narrativas de los participantes esta diferencia relacionada al nivel de gravedad y preocupación que les generaron estos dos grupos de síntomas. A partir de esto,

se describen a continuación dos subcategorías: Primeros síntomas percibidos y Síntomas que impulsaron la búsqueda de ayuda.

1.1. Primeros síntomas percibidos

Los primeros síntomas percibidos, en el ejercicio de recordar y enjuiciar retrospectivamente que implicó la situación de entrevista, fueron conductas que generaron ensimismamiento, inestabilidad en el estado de ánimo y empobrecimiento de las relaciones sociales. Se describen estados de desconfianza, poca comunicación, cambios de humor notorios e inestabilidad emocional reflejada en cambios bruscos de humor, ataques de ira e intolerancia. Lo que destaca en el recuerdo es una disminución en la comunicación, distanciamiento de amigos y familia, además de la tendencia de los hijos a pasar más tiempo en sus habitaciones. Los participantes mencionaron ver a sus hijos decaídos o desanimados, tristes, melancólicos, menos aseados y sin motivación.

Los estados de desconfianza fueron identificados por los participantes a partir de conversaciones con sus hijos, quienes expresaron sentirse preocupados, observados y perseguidos, lo que desencadenó conductas como solicitar más de un celular o tener más de un correo electrónico para proteger su privacidad. Según lo descrito por los participantes, había una idea de que otras personas buscaban hacerles daño y esa idea colaboró al distanciamiento de amigos y familiares.

Al parecer los cambios de humor fueron evidentes e incluso, los estados de enojo o furia estaban muchas veces desajustados al contexto, los participantes describieron agresividad verbal, explosividad e incluso odio hacia ellos.

Las conductas descritas en esta subcategoría se describen como reiterativas, es decir que ocurrieron de forma continua durante un periodo de tiempo, pero al parecer no fueron percibidas como extremas o peligrosas, por lo tanto, no movilizaron a madres y padres a buscar ayuda de forma inmediata.

- *Su poca y nula sociabilización, su poca y nula comunicación (...) Su estado depresivo (SUJETO 1, PAG 1, PARRAFO 2).*
- *Había una desconfianza hacia las personas (...) pensaba que lo observaban por correo electrónico, por celular (SUJETO 2, PAG 1, PÁRRAFO 4).*

- *Noté estos cambios de humor muy marcados, drásticos (...) no se justificaba con la forma en que se estaba comportando, mucha irritabilidad (SUJETO 6, PAG 1, PARRAFO 1).*

Si hacemos la traslación de estas representaciones al ámbito clínico, tendríamos una descripción retrospectiva de síntomas tales como: aislamiento, retraimiento social, ánimo deprimido, inestabilidad emocional, irritabilidad e ideas paranoides.

1.2. Síntomas que impulsaron la búsqueda de ayuda

Esta subcategoría, a diferencia de la anterior, incluye representaciones heterogéneas percibidas como peligrosas o extremas y, que por lo tanto sí impulsaron la búsqueda de ayuda por parte de madres y padres. Estas conductas se acompañaban de los síntomas descritos en la subcategoría 1.1.

Algunos participantes describieron haber observado reiteradamente conductas extremas y dañinas en sus hijos, algunas de ellas percibidas como extrañas. Estas conductas fueron cortes en las extremidades, pérdida de cabello, convulsiones y comerse la ropa, las cuales generaron una preocupación por la vida e integridad física de sus hijos. En algunos casos estas conductas fueron significadas por los participantes como manifestaciones extremas de ansiedad y de ánimo deprimido.

Algo similar ocurre con la evocación de ideas reiterativas -por parte de los hijos- descritas como extrañas o extremas, que abarcan desde el expresar sentirse perseguidos y observados durante la noche; escuchar voces que decían cosas negativas; sentir que al dormir alguien les tocaba las extremidades; hasta el pensar -por parte del hijo- que la causa de sus cambios emocionales bruscos y conductas agresivas estaban provocadas por un tumor cerebral.

- *Me contó que se había cortado. Se había autolesionado los brazos. Ahí fue que dije ya, necesito con urgencia ayuda profesional (SUJETO 6, PAG 2, PARRAFO 7).*
- *El hecho de comerse la ropa, de un signo de ansiedad prácticamente extremo (SUJETO 1, PAG 3, PARRAFO 10).*
- *Empezó a expresar eso como que tenía voces, una voz mala y una buena. Entonces de repente ella hablaba que le decían cosas malas. Y bueno después contaba que estaba acostada y sentía que le tomaban las manos, la cara, los pies (...) o que la*

estaban mirando, observando. Expresaba eso muchas veces (SUJETO 6, PAG 3, PARRAFO 13).

Si hacemos la traslación de estas representaciones al ámbito clínico, tendríamos una descripción retrospectiva de síntomas tales como: conductas autolesivas, alopecia, pica, convulsiones, alucinaciones e ideación paranoide.

2. Cambios percibidos en el estado mental del hijo/a

Esta categoría alude a las representaciones de discontinuidad que padres y madres describieron en relación con el comportamiento y estado mental de sus hijos. Se identifica en las narrativas un antes y un después en el comportamiento y la forma de ser de los hijos y, además se identifica el reconocimiento de un agravamiento continuo que se caracterizó por un aumento en las conductas percibidas como peligrosas o extremas y un empobrecimiento en el desarrollo social.

A partir de esta categoría se describen dos subcategorías: Certeza de discontinuidad del modo de ser y agravamiento continuo.

2.1.Certeza de discontinuidad del modo de ser

En la narrativa de los participantes se identificó convicción respecto a un cambio evidente en sus hijos. Un quiebre, un antes y un después, un cambio significado como repentino y abrupto. En el recuerdo destaca el aislamiento continuo, el dejar de comunicarse con el resto, que se ejemplifica metafóricamente como estar en un mundo aparte. También el eliminar amigos, manifestar constantemente tristeza, desmotivación y reaccionar de forma agresiva cuando madres y padres buscaron comprender e indagar en estos cambios.

- *(...) conociendo y aceptando a mi nueva hija y tratar de apoyarla en este nuevo equilibrio de rescatar algunas cosas de la antigua X con la nueva X. No sé cómo explicarlo de otra forma (SUJETO 6, PAG 3, PARRAFO 21).*
- *Era muy diferente al hijo que uno, bueno como papá uno lo denota y lo sabe. Era muy diferente a sus actitudes anteriores (SUJETO 1, PAG 1, PARRAFO 1) (...) De todas maneras que es un quiebre (SUJETO 1, PAG 1, PARRAFO 3).*

2.2. Agravamiento continuo

Además de la certeza de un cambio descrito en la subcategoría 2.1., el curso de los síntomas o cambio de comportamiento es descrito bajo la idea de un agravamiento continuo, por el cual padres y madres describieron un aumento en su preocupación. Según las narrativas, aumentó gradualmente la gravedad e intensidad de los primeros síntomas identificados retrospectivamente y también de los síntomas que impulsaron la búsqueda de ayuda. Esto aparentemente desencadenó un mayor monitoreo por parte de madres y padres hacia hijos debido a conductas que abarcan desde un empeoramiento en el estado de ánimo, mayor presencia de llanto, crisis de pánico, angustia recurrente y aumento en el aislamiento, hasta conductas como comenzar a hablar con familiares fallecidos o describir escuchar voces que incitaban de forma explícita al suicidio.

En términos clínicos, se podría describir un agravamiento en cuanto al aislamiento, ánimo deprimido, ideas paranoides, irritabilidad, alucinaciones y un alto riesgo de suicidio.

- *Su estado mental era de preocupación (...) y no era una actitud que fuese decreciendo si no que una actitud que fue incrementándose durante los días (SUJETO 1, PAG 1, PARRAFO 1).*
- *Esto significó un cuidado las 24 hrs del día (SUJETO 4, PAG 3, PÁRRAFO 13) (...) cuando me dijo estoy escuchando voces dije ay no, esta cuestión se está colocando color de hormiga, hay que actuar rápido (SUJETO 4, PAG 4, PÁRRAFO 14).*

3. Atribuciones psicológicas

Esta categoría hace referencia a las explicaciones y significados que los participantes describieron acerca de los cambios presentes en los hijos. Ante los comportamientos observados en sus hijos, los participantes buscaron causas que explicaran aquello que les llamó la atención y que les preocupaba. A partir de esos relatos surgió una diversidad de temáticas que se detallan en tres subcategorías: Factores psicosociales, factores evolutivos y factores espirituales.

3.1. Factores psicosociales

Dentro de las atribuciones de causas que explicarían los síntomas presentes en los hijos, un importante factor desencadenante, según los padres, sería la pandemia por COVID-19. Es decir, el contexto de riesgo sanitario habría causado un impacto en los jóvenes a partir de medidas como cuarentena y el distanciamiento físico de sus pares, lo que según lo descrito por los participantes generó, desde su perspectiva, una crisis a nivel psicológico y un quiebre en las rutinas previas de sus hijos.

Dentro de esta subcategoría también encontramos atribuciones de posible causa ciertos cambios a nivel familiar que ocurrieron a partir de la mala relación parental y en dos casos el divorcio parental, que implicó para el hijo, la mudanza o separación física de uno de los progenitores. Estas experiencias de conflicto familiar y separación, según lo atribuido por los participantes, generaron un fuerte impacto a nivel emocional en sus hijos que, sin poder interactuar con sus pares, tuvieron que vivir ese proceso aislados.

Así también, en un caso se menciona como factor desencadenante el ser hijo adoptado, que conlleva un fuerte impacto emocional al sentir que no se pertenece a la familia y, que el desconocer la ascendencia generaría la idea de tener una identidad incompleta en la persona.

Además de los factores psicosociales descritos, destaca en el recuerdo la fuerte influencia que habría tenido el grupo de pares, específicamente amigos y parejas, en los hábitos, la forma de pensar y la forma de expresarse. En ese sentido aparece también la percepción de una falta de límites y de control parental que se reflejó en no supervisar donde y con quien estaba el/la hijo/a, lo que habría generado una relación conflictiva entre jóvenes y sus familiares.

A nivel psicológico se percibe como un factor de riesgo el tener una personalidad vulnerable, influenciable o una timidez excesiva que implicó que otras personas impusieran su voluntad sobre el/la hijo/a. Por último, en un caso se atribuye la posible enfermedad psiquiátrica como causa de los síntomas, específicamente la posibilidad de tener esquizofrenia que explicaría síntomas como las alucinaciones.

- *La pandemia nos produjo algunas crisis psicológicas, por el hecho del encierro, por romper rutinas (SUJETO 1, PAG 2, PARRAFO 5) (...) y súmale quizás el divorcio (SUJETO 1, PAG 2, PARRAFO 6).*
- *(...) quizás esto del encierro también le estaba afectando, echara de menos a sus pares (SUJETO 6, PAG 1, PARRAFO 1) (...) y ya no estaba conmigo toda la semana, dormía en la casa del papa. Entonces también pensé me debe echar de menos, debe estar enojada, me pasé ese rollo (SUJETO 6, PAG 1, PARRAFO 5).*
- *(...) Si, de las amistades que podían manejar sus emociones. Es que así lo hicieron. Así se hizo, manejaban muy fácil sus emociones. Ella era muy vulnerable. A pesar de tener 19 o 23 años era muy influenciable. Por lo que te decía endenante po, de repente parece que los niños adoptados sintieran que no le importan a nadie y son muy influenciables y si tu no les pones limites... (SUJETO 3, PAG 4, PÁRRAFO 10).*

3.2. Factores evolutivos

Da la impresión de que los familiares significan la adolescencia como una etapa compleja del desarrollo que implicaría fuertes cambios como la búsqueda de mayor privacidad y autonomía, cambios en los intereses, cambios físicos y hormonales, inconformidad con las reglas de la casa e incertidumbre por el futuro. Estos aspectos implican manifestaciones a nivel conductual que se reflejaron en dinámicas de conflictos y discusiones frecuentes a nivel familiar.

- *Casi una tormenta perfecta porque estamos hablando del desarrollo de la edad del niño, que ya por si es complicado (SUJETO 1, PAG 2, PARRAFO 6).*
- *Al comienzo quizás yo dije, o sea pensé dentro de mi bueno debe ser la edad, está entrando en la preadolescencia, cambios hormonales, se indispuso (SUJETO 6, PAG 1, PARRAFO 1).*

3.3. Factores espirituales

Uno de los aspectos que surge como explicación al comportamiento inusual o extraño es la posesión espiritual. Por una parte, se significa la presencia de convulsiones y crisis disociativas como el efecto del control que un ser maligno habría ejercido en la

persona. Del mismo modo, en dos casos los participantes atribuyen habilidades espirituales especiales en sus hijos que les permitieron ver y hablar con familiares fallecidos. Dicho de otra manera, existiría un don o una habilidad especial que explicaría algunos síntomas como las alucinaciones y las convulsiones.

- *Pensé ¿estará poseída? Era como que había un mal dentro o un ser adentro. Hicimos de todo (...) hemos investigado en vidas pasadas, todas esas áreas que también la medicina la tiene aparte (SUJETO 5, PAG 1, PARRAFO 3).*
- *He tenido evidencias que me han hecho entender lo especial, o el don que tiene para poder tener esas comunicaciones con sus abuelos que ya están fallecidos (SUJETO 5, PAG 2, PARRAFO 6).*

4. Búsqueda de ayuda

Esta categoría considera las diversas experiencias de buscar ayuda, incluyendo ayuda profesional especializada y el intervalo de tiempo entre el inicio de síntomas y el inicio de un tratamiento psiquiátrico. Esta categoría incluye tres subcategorías: Búsqueda de ayuda especializada, experiencias con profesionales de salud mental y duración de síntomas no tratados.

4.1. Búsqueda de ayuda especializada

La búsqueda de ayuda, no en todos los casos implicó acudir en primera instancia a un especialista en salud mental. Las distintas atribuciones movilizaron hacia la búsqueda de distintos especialistas que incluyen desde medicina general, dermatología y psicología, hasta chamanes y maestros espirituales. Respecto a esto último, el tratamiento espiritual significó una serie de técnicas de sanación que abarcaron desde realizar limpiezas energéticas hasta el uso de marihuana y de kambó, una sustancia tóxica secretada por una rana del amazonas.

A pesar de lo anterior, se concluye que en última instancia todos los casos consultaron con especialistas de la psiquiatría y la psicología debido a que el tratamiento espiritual no funcionó.

- *Fuimos al doctor general y él nos derivó a dermatólogo y a psiquiatra (SUJETO 4, PAG 2, PÁRRAFO 7).*

- *Hicimos limpiezas, sanadores que trabajaron con ella (...) Hemos hecho estudios de vidas pasadas (...) Nosotros hemos probado el kambó, probamos con la marihuana, con aceite de marihuana, hemos hecho todo lo posible (SUJETO 5, PAG 2 Y 5, PARRAFO 5, 6 Y 15).*

4.2. Experiencias con profesionales de salud mental

En el relato emergen contenidos emocionales a propósito de las experiencias en la atención con profesionales de salud mental. Según parece, tras consultar con especialistas existió una sensación de confusión e incertidumbre que, acompañado del desconocimiento o ideas erróneas respecto a las enfermedades mentales como la esquizofrenia, generó temor en los participantes. Por ejemplo, se describe que al buscar en internet sobre los síntomas presentes en sus hijos encontraron diagnósticos alarmantes.

Por otro lado, se describe que, una vez iniciado el tratamiento psiquiátrico, ha existido escaso control del tratamiento debido a la poca disponibilidad de horas de atención, lo que generó molestia y disconformidad en los familiares. Adicionalmente, junto a esta sensación de molestia, surge en el recuerdo una sensación de haber sido excluidos del tratamiento de sus hijos, sobre todo de aquellos que son mayores de edad.

Por último, es interesante cómo se describe que la heterogeneidad de los síntomas característico de los EMAR generó una dificultad para encontrar especialistas por área, lo que en algunos casos resultó en diagnósticos confusos o múltiples cambios de profesional tratante.

- *La primera doctora dijo que posiblemente era esquizofrenia. Después empecé a buscar otro doctor que también recomendaron. Y también, pero no dan, así como certeramente, si no que dicen qué puede ser (SUJETO 2, PAG 7, PÁRRAFO 35).*
- *Hace mucho tiempo que no la ve, como pa controlar la pastilla. Yo creo que es importante que le haga control sobre eso, pero no hay control porque no hay horas (SUJETO 3, PAG 6, PÁRRAFO 15).*
- *Además, el informe que nos dio vino a ser hace muy poco tiempo (...) La psiquiatra no nos había dicho nada. Ahí yo siento que estuvimos como medios separados (SUJETO 4, PAG 3, PÁRRAFO 9).*

- *Ha sido como pucha probamos con esto 2 años y no, resulta que no, esta otra chica, no. Se dedica solo a 1 cosa y la dejo parada (...) Después la más joven, menos experiencia, pero aborda esto que son los abusos sexuales, pero no la otra parte... (SUJETO 5, PAG 4, PARRAFO 10).*

4.3. Duración de síntomas no tratados

Esta subcategoría comprende el intervalo de tiempo entre la detección de los primeros síntomas hasta la consulta con especialistas de salud mental. Este tiempo varía entre los participantes, quienes describieron desde 2 semanas, 1 mes y medio a 2 meses, 3 meses, hasta 4 a 6 meses. La variación en el tiempo que les tomó consultar se debió a dos factores principalmente, por una parte, los participantes describieron dificultad para encontrar horas con especialistas de la psiquiatría, lo que significó un tiempo de espera. Y, por otro lado, el factor predominante fue que al comienzo los síntomas no fueron significados como signos graves o extremos, por lo tanto, según parece, decidieron ir a consultar tras percibir un agravamiento continuo, lo que aumentó la preocupación.

- *Entre 4 a 6 meses. Estuvo de cumple y tenía más días buenos que malos entonces estaba bien. Pero ya a fines de año era como más marcado y ahí me empecé a preocupar y ya empezando 2021 de frentón paso lo que paso cuando se lesionó y ahí tomé la decisión (SUJETO 6, PAG 3, PARRAFO 12).*

5. Impacto personal

Esta categoría emerge a partir de un conjunto de constructos personales relacionados a emociones en torno a los síntomas identificados en los hijos.

Esta categoría incluye las siguientes subcategorías:

5.1. Experiencia emocional de madres y padres

Los relatos describen haber sentido tristeza, preocupación y angustia intensas debido al desconocimiento sobre los problemas de salud mental de sus hijos. A partir de la búsqueda de un diagnóstico se generó un temor respecto al futuro académico, personal y social de sus hijos. Entre los efectos de las emociones descritas, algunos

participantes describieron haber sido diagnosticados con ansiedad y/o depresión, lo que significó el inicio de un tratamiento y la búsqueda de sentirse mejor para poder ayudar a sus hijos.

Otras emociones que surgieron en los relatos fueron el temor y la culpa. El temor se relacionó a la sensación de no reconocer a los hijos a partir de sus cambios y no entender lo que les estaba pasando, verse enfrentados a algo totalmente desconocido. Y la culpa estaría relacionada con la sensación de haber cometido un error o haber fallado como madre/padre y con el hecho de no tener los medios económicos suficientes para conseguir la alternativa de ayuda más rápida y de mejor calidad posible.

En más de un relato se narra la diferencia entre la enfermedad psiquiátrica y el resfrío común. Se describió que, en este último, la solución es conocida y los resultados son relativamente manejables con un buen cuidado, mantenerse abrigado/a, tomar una pastilla para los malestares y esperar a sentirse mejor. En cambio, para los participantes la enfermedad psiquiátrica sería desconocida, no comprendían las causas ni los cuidados y temían por el resultado, el diagnóstico. Según lo descrito se podría hipotetizar que los participantes sintieron emociones displacenteras a partir de su desconocimiento, lo que generó la idea apresurada de la enfermedad y sus consecuencias.

En esta misma línea, se realiza en el relato una comparación de su experiencia con la fuerza sobrenatural de un padre que logra levantar un auto para salvar a su hijo atrapado. Lo que por lo visto representa un esfuerzo extraordinario que posteriormente habría generado secuelas a nivel emocional.

- *Me produjo una depresión también, que tuve que tratarla post, porque en ese minuto lo más importante era poder tomar las mejores decisiones para que mi hijo pudiera estar mejor (...) me afectó mucho y tuve un tratamiento con algunos fármacos que me pudieron ayudar a dormir mejor (SUJETO 1, PAG 5, PARRAFO 16).*
- *Muy preocupada. Preocupada, angustia. Empieza uno a ir a las sesiones y empiezan a dar como un diagnóstico, pero no 100% certero y uno empieza... en el*

fondo uno entra como en un laberinto y no haya pa donde ir. Eso me pasó a mi (SUJETO 2, PAG 6, PÁRRAFO 34).

- *Me asusté. Me preocupé, no entendía lo que estaba pasando, no se. La culpa. Uno se siente culpable, como lo pude haber evitado, o como se provocó (SUJETO 6, PAG 4, PARRAFO 19).*

5.2. Redes de apoyo

Los relatos sugieren que, durante esta experiencia desconocida, ante la cual se experimentaron diversas emociones displacenteras, fue necesaria la ayuda y el acompañamiento tanto de profesionales como de personas significativas (familia y amigos). Los profesionales cumplirían un rol en el proceso de comprender los síntomas y entregar la información adecuada para disminuir la angustia e incertidumbre. Y las personas significativas donde se describió a familiares y amigos, cumplirían un rol en el acompañamiento emocional y en la recomendación de profesionales. Destaca en las narrativas la necesidad familiar de apoyo psicoeducativo sobre todo en la etapa inicial del tratamiento.

- *Es muy complicado poder llevarla, y uno no puede llevarla solo (...) Este no es una enfermedad que solamente dañe a la persona. Es a todo el entorno y todo el entorno necesita apoyo científico y médico, porque esto afecta a todos. No solamente a la persona que está viviendo eso (SUJETO 1, PAG 7, PARRAFO 19).*

6. DISCUSIÓN

Según los resultados cuantitativos y en base a los puntajes máximos alcanzados en la severidad de los síntomas presentes, se identifican en el dominio de Síntomas Positivos los de percepciones anómalas/alucinaciones (P4), alcanzando un puntaje máximo de 4 (moderado-grave) que implica la presencia de alteraciones de la percepción tales como alucinaciones, pseudoalucinaciones, ilusiones, experiencias sensoriales vívidas y otras experiencias perceptivas inusuales. Es decir, el familiar identificó que hubo un cambio en la forma de percibir ciertos estímulos.

Por otro lado, en el dominio de Síntomas Negativos, los síntomas de restricción emocional y del yo (N4) fueron percibidos con mayor nivel de severidad, alcanzando un puntaje de 5 (grave). Este ítem está relacionado con el aplanamiento afectivo, dificultades para distinguir y expresar emociones, experiencias emocionales menos reconocibles, distancia al comunicarse con los demás, ausencia de emociones o despersonalización. Es decir, el familiar identificó que la persona estaba menos afectiva de lo habitual y que presentaba dificultades para expresar emociones.

Continuando, en el dominio de Síntomas de Desorganización fueron los síntomas de deterioro de higiene personal (D4) los que alcanzaron un nivel de 4 (moderado-grave), es decir el familiar notó en su hijo/a una pérdida en el interés por mantenerse limpio, aseado y/o bien vestido. En cuanto al dominio de Síntomas Generales fueron los de disforia (G2) los más severos con puntaje 5 (grave), que tiene relación con una disminución en el interés por actividades placenteras, alteraciones del sueño y/o apetito, pérdida de energía, ideas de suicidio, ansiedad, irritabilidad, humor inestable, entre otras características. Es decir, el familiar notó a su hijo/a de peor ánimo, triste, irritable, ansioso/a o con ideas de dañarse a sí mismo/a o a otras personas. Por último, es relevante destacar que, a modo general y observando todos los resultados, los únicos ítems que alcanzaron un puntaje de 5 en una escala de 0 a 6 fueron restricción emocional y del yo (N4), alteraciones del sueño (G1) y disforia (G2). Según estos resultados y en concordancia con el primer objetivo de investigación, los participantes detectaron distintos síntomas retrospectivamente, sin embargo, se identifica la percepción de un mayor nivel de severidad en el dominio de síntomas generales, específicamente alteraciones del sueño y alteraciones del ánimo y en el dominio de síntomas negativos, específicamente el aplanamiento afectivo. A pesar de haber identificado síntomas retrospectivamente, resalta la puntuación de severidad otorgada a los mismos. Cabe destacar que en ninguno de los casos hubo puntuación de 6 (percibido como muy grave), lo que, en conjunto con el análisis cualitativo, podría relacionarse con que los síntomas percibidos al comienzo no activaron la búsqueda de ayuda.

En cuanto a los resultados cualitativos y al primer objetivo específico de esta investigación, se identifica que los familiares de primer grado detectaron primero los

síntomas del estado de ánimo, específicamente tristeza e irritabilidad, así como también aislamiento e ideas paranoides o desconfianza hacia el ambiente y otras personas. A pesar de haber detectado primero este grupo de síntomas, los participantes describieron que la búsqueda de ayuda profesional se activó posteriormente ante la intensificación en la gravedad de las conductas y estados del ánimo. Parece ser que las conductas percibidas como dañinas o peligrosas fueron las que impulsaron la búsqueda de ayuda debido al temor de los padres por la vida e integridad física de sus hijos.

Respecto al segundo objetivo específico de investigación, se identifica heterogeneidad en el intervalo de tiempo que transcurrió entre la detección de los primeros síntomas y la primera consulta psiquiátrica, sin embargo, todos los participantes informaron un intervalo menor a un año. Los resultados abarcan intervalos desde las 2 semanas hasta los 6 meses. Se infiere que en esta muestra el inicio de tratamiento comenzó antes del primer año de inicio de síntomas, lo cual es relevante ya que, según la evidencia existente, la duración de síntomas de riesgo estaría relacionada con peores resultados clínicos, un funcionamiento general reducido (Staines, et al., 2021) y un mayor riesgo de transición a psicosis (Nelson, et al., 2013). Algo similar sucede en la esquizofrenia, donde se ha registrado que un mayor intervalo de tiempo de síntomas no tratados se relaciona positivamente con una peor respuesta al tratamiento, control de síntomas y resultado funcional general (Murru y Carpiello, 2018). Al hablar de intervalo de tiempo sin tratamiento, es necesario reconocer aspectos relacionados con factores extrínsecos como el acceso a servicios de salud mental, pues en el relato de algunos participantes surgió como tópico el acceso limitado a estos servicios debido a causas económicas y/o de disponibilidad de agendas.

Respecto al tercer objetivo específico que abarca las atribuciones parentales sobre los síntomas, se identificó principalmente la atribución a factores psicosociales tales como los efectos de la pandemia por COVID-19 que implicó aislamiento, un mayor uso de redes sociales y alteraciones en las rutinas previas. También se atribuyen factores evolutivos relacionados a la adolescencia como etapa evolutiva compleja por los múltiples cambios que significa. Se podría plantear desde una perspectiva socio-cultural y a partir de las atribuciones encontradas en el análisis de contenido, que en algunos casos estos síntomas podrían ser confundidos con el desarrollo normal adolescente, lo cual concuerda con

hallazgos revisados, los cuales describen que los miembros de la familia a menudo atribuyen erróneamente los signos y la naturaleza inespecífica de los primeros síntomas presentes (Oluwoye, et al. 2020). Por último, destaca la atribución a factores espirituales donde se concibe la posesión de un ente maligno como una posible explicación inicial a los síntomas. Este último punto es relevante porque refuerza la iniciativa de educar con la información adecuada que evite atribuciones erróneas y/o estigmatizantes en distintos contextos tales como el hogar, las escuelas y los servicios de salud respecto a los primeros signos de la psicosis y las herramientas de detección e intervención disponibles, evitando tratamientos sin la evidencia suficiente como se identificó en uno de los relatos de esta investigación, donde un participante describió que inicialmente como familia utilizaron marihuana, kambó, entre otras alternativas antes de recurrir al tratamiento psiquiátrico.

En relación con los aportes del enfoque de múltiples informantes, se reconoce la relevancia de establecer programas de psicoeducación dirigidos a la población general, que permitan una mayor comprensión acerca de la salud mental. En otros países latinoamericanos, como Brasil, ya se ha comenzado a implementar programas para concientizar sobre salud mental en el sistema educativo. En Brasil el proyecto Cuca-legal incorpora a los docentes como agentes activos, se les capacita con información adecuada para identificar síntomas de riesgo en salud mental y derivar a los estudiantes a centros de salud. Es decir, se busca que las personas que más interactúan con personas jóvenes tengan la capacidad de detectar e informar sobre los primeros síntomas. Esto contribuye a reducir el estigma asociado al proceso de buscar ayuda, facilita el acceso a servicios y además genera beneficios a nivel académico relacionados con la prevención de fracaso y abandono escolar (Brietzke, et al., 2011). Relacionado al rol de la familia, se sugieren nuevos estudios respecto al entorno familiar y su relación con el desarrollo de EMAR, pues en los resultados de esta investigación se identifican algunos aspectos relacionados al funcionamiento familiar tales como relaciones conflictivas u hostiles y una línea interesante sería identificar si esas dinámicas tienen un efecto en los síntomas presentes en los hijos, pues en la literatura se ha asociado que la comunicación constructiva familiar se asocia con mejor funcionamiento, mientras que la comunicación conflictiva se asocia con un aumento en los síntomas. Así también, el funcionamiento familiar ha sido descrito como un factor protector en la búsqueda de ayuda de personas con EMAR (Wang, et al., 2015). Los

hallazgos de esta investigación sugieren futuras indagaciones respecto a la validez del enfoque de múltiples informantes en EMAR. Respecto a esto, un aspecto que apareció durante el análisis de contenido fue el tópico de desacuerdo parental respecto a los síntomas, donde algunos participantes describieron diferencias en la percepción que ambos progenitores tuvieron sobre la gravedad de los síntomas, lo cual concuerda con la literatura revisada sobre congruencias y discrepancias entre informantes, que plantea que muchas veces existe una baja congruencia entre datos de distintos informantes respecto a la salud mental de los pacientes (Achenbach, 2011; De Los Reyes et al., 2015). Este aspecto podría tener incidencia en los procesos de búsqueda de ayuda por parte de los familiares de primer grado y para conocer mejor este fenómeno, se requiere de nuevos estudios que comparen puntos de convergencia y divergencia entre distintos informantes.

El hecho de que los familiares de primer grado son quienes suelen iniciar la búsqueda de ayuda genera la necesidad de informar adecuadamente a madres y padres sobre cómo diferenciar síntomas de conductas normales del desarrollo adolescente. En el caso de la esquizofrenia, los familiares suelen reconocer mejor los síntomas que los propios adolescentes, pues esta enfermedad tiene como característica la ausencia de conciencia de enfermedad y la pérdida de contacto con la realidad, por lo que los familiares deben ser educados para detectar señales de riesgo con precisión (Lee y Schepp, 2011).

7. CONCLUSIÓN

Se concluye que una mejor comprensión de las atribuciones parentales es clave para entender de mejor manera las acciones que los padres inician (o no) una vez que identifican los primeros síntomas en sus hijos basándose en las explicaciones e inferencias que establecen en torno a sus creencias, emociones, y perspectivas.

Se determina que los padres logran detectar síntomas retrospectivamente y que los primeros síntomas que detectaron en sus hijos fueron principalmente los que están categorizados en el dominio de síntomas negativos. Entre estos síntomas destaca el aplanamiento afectivo, la disminución de expresión emocional, pérdida de motivación, ánimo deprimido y aislamiento. A pesar de que los padres notaron estos síntomas iniciales,

al comienzo no los consideraron de gravedad, por lo tanto, no consultaron de forma inmediata con servicios de salud mental. Posteriormente, ante el agravamiento continuo de estos síntomas y la aparición de otros, se activa la búsqueda de ayuda. Entre los síntomas que aparecen de forma posterior y, que en suma con los ya descritos, impulsaron la búsqueda de ayuda se encuentran ideas suicidas, alteraciones de la percepción, conductas bizarras o desorganizadas e ideación paranoide. Los padres describieron tener certeza de que hubo un cambio evidente en sus hijos y que las características de agravamiento y de persistencia los llevaron a sentir temor y/o preocupación. Estos resultados son interesantes y generan proyecciones para nuevas investigaciones que profundicen respecto a responder por qué las conductas catalogadas en el dominio de síntomas negativos se percibieron en un primer momento, pero no movilizaron la búsqueda de ayuda. Posiblemente las atribuciones parentales realizadas al comienzo de los síntomas tienen un rol en este aspecto y se sugiere profundizar en nuevas investigaciones con un mayor N respecto a esta temática. Entre las atribuciones que podrían haber retrasado la búsqueda de tratamiento se encuentra atribuir los síntomas iniciales a la etapa normal adolescente, el confinamiento por la pandemia, las dinámicas familiares de conflicto y factores espirituales.

Los resultados concuerdan con la literatura revisada que propone que los familiares cuidadores de personas jóvenes con FEP o esquizofrenia experimentan un impacto personal a nivel físico, psicológico y especialmente emocional. Lo que impulsa la necesidad de establecer programas de acompañamiento e intervención familiar. Por último, la heterogeneidad presente en las atribuciones parentales respecto a los síntomas de EMAR, demuestra la necesidad apremiante de establecer programas de psicoeducación dirigidos a la población general que permitan entregar información adecuada y basada en la evidencia para generar una mejor comprensión acerca de la salud mental. Se espera continuar desarrollando esta área de estudio para contribuir en la importante tarea de la prevención y detección temprana de enfermedades mentales graves tales como la esquizofrenia.

8. REFERENCIAS

- Abela, J. A. (2018) Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. Universidad de Granada. *Mastor* <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
- Achenbach, T. M. (2006) As others see us: Clinical and research implications of cross-informant correlations for psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 94 –98. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0963-7214.2006.00414.x>
- Achenbach T. M. (2011) Commentary: Definitely more than measurement error: but how should we understand and deal with informant discrepancies? *J Clin Child Adolesc Psychol*. 40(1):80-6. doi: 10.1080/15374416.2011.533416. PMID: 21229445.
- Addington, J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Cornblatt, B., McGlashan, T. H., Perkins, D. O., Seidman, L. J., Tsuang, M., Walker, E. F., Woods, S. W., Heinssen, R., y North American Prodrome Longitudinal Study (2007) North American Prodrome Longitudinal Study: a collaborative multisite approach to prodromal schizophrenia research. *Schizophrenia bulletin*, 33(3), 665–672. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl075>
- Affleck, G., Allen, D., McGrade, B. J., y McQueeney, M. (1982) Maternal causal attributions at hospital discharge of high-risk infants. *American journal of mental deficiency*, 86(6), 575–580.
- Albert, N., Melau, M., Jensen, M., Hastrup, L. H., Hjorthøj, C., y Nordentoft, M. (2017) The effect of duration of untreated psychosis and treatment delay on the outcomes of prolonged early intervention in psychotic disorders. *NPJ Schizophrenia*, 3(1), 34. <https://doi.org/10.1038/s41537-017-0034-4>.
- Almonte, C. y Montt, M. E. (2019) *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Tercera edición, Mediterraneo.
- Al-Pattani, P. (2015) Social psychology attribution. *Open University Malaysia*. DOI:10.13140/RG.2.1.1565.4880
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

- Bagnato, S., Neisworth, J., y Munson, S. (1989) Linking developmental assessment and early intervention- Curriculum-based prescriptions. Rockville, MD: Aspen.
- Bakhtin, M. M. (1993) Toward a philosophy of the act. Austin: University of Texas Press.
- Bardin, L. (1996) Análisis de contenido. Segunda edición, Akal.
- Barrowclough, C., y Hooley, J. M. (2003) Attributions and expressed emotion: a review. *Clinical psychology review*, 23(6), 849–880. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(03\)00075-8](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(03)00075-8)
- Barrowclough, C., Johnston, M., y Tarrier, N. (1994) Attributions, expressed emotion, and patient relapse: An attributional model of relatives' response to schizophrenic illness. *Behavior Therapy*, 25(1), 67–88. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80146-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80146-7)
- Bingham, C. R., Loukas, A., Fitzgerald, H. E., y Zucker, R. A. (2003) Parental ratings of son's behavior problems in high-risk families: convergent validity, internal structure, and interparent agreement. *Journal of personality assessment*, 80(3), 237–251. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8003_03
- Bountress, K., Chassin, L., y Lemery-Chalfant, K. (2017) Parent and peer influences on emerging adult substance use disorder: A genetically informed study. *Development and psychopathology*, 29(1), 121–142. <https://doi.org/10.1017/S095457941500125X>
- Brietzke, E., Araripe Neto, A. G., Dias, A., Mansur, R. B., y Bressan, R. A. (2011) Early intervention in psychosis: a map of clinical and research initiatives in Latin America. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 33 Suppl 2, s213–s224. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462011000600007>
- Bugental, D. B., y Corpuz, R. (2019) *Parental attributions*. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (3 ed., Vol. 3, pp. 722– 761). New York: Routledge.
- Cadario, E., Stanton, J., Nicholls, P., Crengle, S., Woulides, T., Gillard, M., y Merry, S. N. (2012) A qualitative investigation of first-episode psychosis in adolescents. *Clinical child psychology and psychiatry*, 17(1), 81–102. <https://doi.org/10.1177/1359104510391860>
- Canales, M. (2006). *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios*. Santiago: LOM Ediciones.

- Chen, F. P., Gearing, R. E., DeVylder, J. E., y Oh, H. Y. (2016) Pathway model of parental help seeking for adolescents experiencing first-episode psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 10(2), 122–128. <https://doi.org/10.1111/eip.12159>
- Colizzi, M., Lasalvia, A. y Ruggeri, M. (2020) Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *Int J Ment Health Syst* 14, 23 <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00356-9>
- Crespo, E. (1982) Causal attribution processes. *Studies in Psychology*, 3:12, 33-45, DOI: 10.1080/02109395.1982.10821327
- De Los Reyes, A. (2011) Introduction to the special section: More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40:1–9. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.533405>
- De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A. G., Burgers, D. E., y Rabinowitz, J. (2015) The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*, 141(4), 858–900. <https://doi.org/10.1037/a0038498>
- De Los Reyes, A., y Makol, B. A. (2021) Interpreting convergences and divergences in multi-informant, multi-method assessment. In J. Mihura (Ed.), *The Oxford handbook of personality and psychopathology assessment*, 2nd ed. Oxford.
- Diamond, K., y Squires, J. (1993) The Role of Parental Report in the Screening and Assessment of Young Children. *Journal of Early Intervention*, 17(2), 107-115. <https://doi.org/10.1177/105381519301700203>
- Diaz, C. (2018) Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. *Rev. gen. inf. doc.* 28(1), 119-142. <http://dx.doi.org/10.5209/RGID.60813>
- Dirks, M. A., De Los Reyes, A., Briggs-Gowan, M., Cella, D. y Wakschlag, L. S. (2012) Annual research review: embracing not erasing contextual variability in children's behavior theory and utility in the selection and use of methods and informants in developmental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 53(5), 558-74. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02537.x.

- Domínguez-Martínez, T., Medina-Pradas, C., Kwapil, T. R., y Barrantes-Vidal, N. (2017) Relatives' expressed emotion, distress and attributions in clinical high-risk and recent onset of psychosis. *Psychiatry research*, 247, 323–329. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.048>
- Fusar-Poli, P., y Schultze-Lutter, F. (2016) Predicting the onset of psychosis in patients at clinical high risk: practical guide to probabilistic prognostic reasoning. *Evidence-based mental health*, 19(1), 10–15. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102295>
- Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., Barale, F., Caverzasi, E., y McGuire, P. (2012) Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of general psychiatry*, 69(3), 220–229. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1472>
- Giacon, B., Vedana, K., Martin, I., Zanetti, A., Fendrich, L., Cardoso, L., y Galera, S. (2019) Family experiences in the identification of the first-episode psychosis in young patients. *Archives of psychiatric nursing*, 33(4), 383–388. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.04.004>
- Glascoc, F. P., y MacLean, W. E. (1990) How Parents Appraise Their Child's Development. *Family Relations*, 39(3), 280–283. <https://doi.org/10.2307/584872>
- Goin-Kochel, R. P. y Myers, B. J. (s/f) Parental Report of Early Autistic Symptoms: Differences in Ages of Detection and Frequencies of Characteristics Among Three Autism-Spectrum Disorders. *Journal on developmental disabilities*, 11(2), 21-39.
- Grimes, K. E. y Mullin, B. (2006) MHSPY: A Children's Health Initiative for Maintaining At-Risk Youth in the Community. *JBHSR* 33, 196–212. <https://doi.org/10.1007/s11414-006-9013-7>
- Grills, A. E., y Ollendick, T. H. (2002) Issues in parent-child agreement: the case of structured diagnostic interviews. *Clinical child and family psychology review*, 5(1), 57–83. <https://doi.org/10.1023/a:1014573708569>
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1037/10628-000>
- Hennigan, K. M., O'Keefe, M., Noether, C.D., Rinehart, D. y Russell, L. A. (2006) Through a mother's eyes: Sources of bias when mothers with co-occurring disorders assess their children. *The*

Journal of Behavioral Health Services & Research. 33:87–104. DOI: 10.1007/s11414-005-9005-z

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018) *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial Mc Graw Hill Education.

Ho, B. C., Flaum, M., Hubbard, W., Arndt, S., y Andreasen, N. (2004) Validity of symptom assessment in psychotic disorders: information variance across different sources of history. *Schizophrenia Research*, 68(2–3), 299–307. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2003.07.006>

Howes, O. D., Whitehurst, T., Shatalina, E., Townsend, L., Onwordi, E. C., Mak, T., Arumham, A., O'Brien, O., Lobo, M., Vano, L., Zahid, U., Butler, E., y Osugo, M. (2021) The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects meta-analysis. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(1), 75–95. <https://doi.org/10.1002/wps.20822>

Instituto Nacional de la Juventud. (2018) Novena Encuesta Nacional de Juventud. Santiago, Chile. <https://www.injuv.gob.cl/9encuesta>

Ireton, H. y Glascoe, F. P. (1995) Assessing children's development using parents' reports: The Child Development Inventory. *Clinical Pediatrics*, 34(5), 248-255. <https://doi.org/10.1177/000992289503400504>

Jantzen, C. (2013) Experiencing and experiences: A psychological framework. Handbook on the experience economy. P. 146-167 DOI:10.4337/9781781004227.00013

Johnston, C., y Ohan, J. L. (2005) The importance of parental attributions in families of children with attention-deficit/hyperactivity and disruptive behavior disorders. *Clinical child and family psychology review*, 8(3), 167–182. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-6663-6>

Kelley, M. L., Bravo, A. J., Hamrick, H. C., Braitman, A. L., White, T. D., y Jenkins, J. (2017) Parents' Reports of Children's Internalizing Symptoms: Associations with Parents' Mental Health Symptoms and Substance Use Disorder. *Journal of child and family studies*, 26(6), 1646–1654. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0677-9>

Krippendorff, K. (1990) *Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica*. Paidós comunicación

- Lee, H., y Schepp, K. G. (2011) Multiple informants in assessing stress and symptoms in adolescents with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 25(2), 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.06.004>
- Lieberman, J. A., Perkins, D., Belger, A., Chakos, M., Jarskog, F., Boteva, K., y Gilmore, J. (2001) The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biological psychiatry*, 50(11), 884–897. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01303-8](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01303-8)
- López, S. R., Nelson, K. A., Snyder, K. S., y Mintz, J. (1999) Attributions and affective reactions of family members and course of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 108(2), 307–314. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.108.2.307>
- Maijer, K., Begemann, M., Palmen, S., Leucht, S., y Sommer, I. (2018) Auditory hallucinations across the lifespan: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 48(6), 879–888. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002367>
- Malle, B. F. (2011) *Attribution Theories: How People Make Sense of Behavior*. En Chadee, D. (E.d.) *Theories in social psychology* (pp. 72-95) Wiley-Blackwell
- Marchira, C. R., Supriyanto, I., Soewadi, S., y Byron, J. G. (2016) The association between duration of untreated psychosis in first psychotic episode patients and help seeking behaviors in Jogjakarta, Indonesia. *International Journal of Culture and Mental Health*, 9(2), 120–126. <https://doi.org/10.1080/17542863.2015.1103276>.
- McConaughy, S. H., y Achenbach, T. M. (1989) Empirically based assessment of serious emotional disturbance. *Journal of School Psychology*, 27(1), 91–117. [https://doi.org/10.1016/0022-4405\(89\)90035-6](https://doi.org/10.1016/0022-4405(89)90035-6)
- McGorry, P. D., Tanti, C., Stokes, R., Hickie, I. B., Carnell, K., Littlefield, L. K., y Moran, J. (2007) headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation--where young minds come first. *The Medical journal of Australia*, 187(S7), S68–S70. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01342.x>
- McGrath, J. J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Chiu, W. T., de Jonge, P., Fayyad, J., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C.,

- Kovess-Masfety, V., Lepine, J. P., Lim, C. C., Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., Ochoa, S., ... Kessler, R. C. (2015) Psychotic Experiences in the General Population: A Cross-National Analysis Based on 31,261 Respondents From 18 Countries. *JAMA psychiatry*, 72(7), 697–705. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0575>
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Cannon, T., Ventura, J., McFarlane, W., Perkins, D. O., Pearlson, G. D., y Woods, S. W. (2003) Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophrenia bulletin*, 29(4), 703–715. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007040>
- Muñoz, C. (2013) Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Rev Chil Salud Pública*; 17 (3): 218-223. DOI:10.5354/0717-3652.2013.28632
- Murru, A., y Carpinello, B. (2018) Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: A review. *Neuroscience letters*, 669, 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2016.10.003>
- Nelson, B., Yuen, H. P., Wood, S. J., Lin, A., Spiliotacopoulos, D., Bruxner, A., Broussard, C., Simmons, M., Foley, D. L., Brewer, W. J., Francey, S. M., Amminger, G. P., Thompson, A., McGorry, P. D., y Yung, A. R. (2013) Long-term follow-up of a group at ultra high risk ("prodromal") for psychosis: the PACE 400 study. *JAMA psychiatry*, 70(8), 793–802. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1270>
- Oluwoye, O., Cheng, S., Fraser, E., Stokes, E. y McDonnell, M. (2020) Family Experiences Prior to the Initiation of Care for FirstEpisode Psychosis: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *J Child Fam Stud*. doi:10.1007/s10826-019-01695-z
- Onwumere, J., Shiers, D. y Chew-Graham, C. (2016) Understanding the needs of carers of people with psychosis in primary care. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(649), 400–401. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X686209>

- Organización Mundial de la Salud OMS. (2022) *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide* <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Platz, C., Umbricht, D. S., Cattapan-Ludewig, K., Dvorsky, D., Arbach, D., Brenner, H. D. y Simon, A. E. (2006) Help-seeking pathways in early psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(12), 967–974. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0117-4>
- Roth W y Jornet A. (2013) Toward a Theory of Experience. *Science education* 98(1). <https://doi.org/10.1002/sce.21085>
- Rössler, W., Salize, J., y Knapp, M. (1998) Die Kosten der Schizophrenie [The costs of schizophrenia]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 66(11), 496–504. <https://doi.org/10.1055/s-2007-995290>
- Sawrikar, V., Hawes, D. J., Moul, C., y Dadds, M. R. (2018) The role of parental attributions in predicting parenting intervention outcomes in the treatment of child conduct problems. *Behaviour research and therapy*, 111, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.004>
- Siegel, B., Pliner, C., Eschler, J., y Elliott, G. R. (1988) How children with autism are diagnosed: difficulties in identification of children with multiple developmental delays. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, 9(4), 199–204.
- Silva, H. (2012) *La esquizofrenia de Kraepelin al DSM-V*. Segunda edición, Mediterráneo.
- Silva, H. y Jerez, S. (2014) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM 5. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(1), 9-15.
- Snijder, M. I., Langerak, I. P., Kaijadoe, S.P., Buruma, M., Verschuur, R., Dietz, C., Buitelaar, J. y Oosterling, I. (2021) Parental Experiences with Early Identification and Initial Care for their Child with Autism: Tailored Improvement Strategies. *J Autism Dev Disord* <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05226-y>
- Souaiby, L., Gaillard, R., y Krebs, M. O. (2016) Duration of untreated psychosis: A stateof- art review and critical analysis. *Encéphale*, 42(4), 361–366. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.09.007>.

- Staines, L., Gajwani, R., Gross, J., Gumley, A. I., Lawrie, S. M., Schwannauer, M., Schultze-Lutter, F., y Uhlhaas, P. J. (2021) Duration of basic and attenuated-psychotic symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis: pattern of symptom onset and effects of duration on functioning and cognition. *BMC psychiatry*, 21(1), 339. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03267-2>
- Stone, W. L., Hoffman, E. L., Lewis, S. E., y Ousley, O. Y. (1994) Early recognition of autism. Parental reports vs clinical observation. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 148(2), 174–179. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1994.02170020060010>
- Squires, J. K., Nickel, R., y Bricker, D. (1990) Use of parent-completed developmental questionnaires for child-find and screening. *Infants and Young Children*, 3(2), 46–57. <https://doi.org/10.1097/00001163-199010000-00007>
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós
- Thompson, A., Papas, A., Bartholomeusz, C., Nelson, B., y Yung, A. (2013) Externalized attributional bias in the Ultra High Risk (UHR) for psychosis population. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 200–205. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.017>
- Vaughn, C. y Leff, J. (1985) *Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness*. Guilford Press, New York.
- Wang L, Shi J, Chen F, Yao Y, Zhan C, Yin X, et al. (2015) Family Perception and 6-Month Symptomatic and Functioning Outcomes in Young Adolescents at Clinical High Risk for Psychosis in a General Population in China. *PLoS ONE* 10(9):e0138361. doi:10.1371/journal.pone.0138361
- Wong, D., Pugh, K., y Dewey Ideas Group at Michigan State U. (2001) Learning science: A Deweyan perspective. *Journal of Research in Science Teaching*, 38(3), 317–336. [https://doi.org/10.1002/1098-2736\(200103\)38:3<317::AID-TEA1008>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1098-2736(200103)38:3<317::AID-TEA1008>3.0.CO;2-9)
- Yang, L. H., Phillips, M. R., Licht, D. M., y Hooley, J. M. (2004) Causal Attributions About Schizophrenia in Families in China: Expressed Emotion and Patient Relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4), 592–602. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.4.592>

- Yee, C. I., Vargas, T., Mittal, V. A., y Haase, C. M. (2021) Adaptability and cohesion in youth at clinical high-risk for psychosis: A multi-informant approach. *Schizophrenia research*, 228, 604–610. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.11.039>
- Yung, A. R., y McGorry, P. D. (1996) The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 30(5), 587–599. <https://doi.org/10.3109/00048679609062654>
- Zumalabe, J. M. (1990) *La importancia de la experiencia subjetiva en el estudio de la personalidad. Un enfoque fenomenologico-cognitivo*. Anuario de Psicología (45), Universitat de Barcelona. Pp 23-42.

9. ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Detección y atribuciones de los síntomas de estados mentales de alto riesgo (EMAR) por familiares de primer grado.

Invitación a participar: Le estamos invitando a participar voluntariamente en esta investigación que busca conocer la capacidad de detección y las atribuciones asociadas a los síntomas de EMAR por parte de familiares de primer grado de adolescentes y jóvenes, a modo de generar conocimiento respecto a la detección temprana de estos grupos de riesgo. Esta investigación tiene gran importancia para la prevención y detección temprana de enfermedades de salud mental en personas jóvenes.

ANTES DE TOMAR LA DECISIÓN DE PARTICIPAR LEA ATENTAMENTE ESTE DOCUMENTO

Objetivos: Esta investigación tiene por objetivo conocer las atribuciones y la sensibilidad de los familiares a la hora de detectar síntomas de EMAR en etapas tempranas.

Procedimientos: Si Ud. acepta a participar le realizaremos una encuesta online llamada SIPS/SOPS-Modificada para familiares, que recoge diferentes conductas o síntomas que podrían haber estado presentes en algún momento en el desarrollo de su hijo/a. Luego de responder la encuesta, la investigadora se pondrá en contacto con usted para realizar una entrevista breve con el fin de profundizar en temáticas de la encuesta previamente respondida y experiencias personales. Esta entrevista será grabada para facilitar el análisis posterior. La grabación es confidencial y sólo será utilizada por la investigadora principal.

Duración: Su participación en la investigación durará el tiempo que le tome responder la encuesta y la entrevista, lo que significará aproximadamente 1 hora.

Riesgos: Esta investigación no comprende un riesgo para su salud física ni psicológica.

Costos: Nada de lo realizado en este estudio tendrá algún costo para usted.

Beneficios: Además del beneficio que significa generar conocimiento en el área de salud mental,

podrá optar sin costo, a una sesión de seguimiento o una sesión psicoeducativa con un/a profesional de la salud mental miembro del equipo Psiquislab. Por último, la investigadora le enviará vía mail el *Manual Psicoeducativo para comprender los Estados Mentales de Riesgo: Guía para pacientes y sus familiares*. Este manual es un material psicoeducativo que contribuye a comprender mejor las conductas o síntomas que pueden presentar las personas jóvenes.

Compensación: Ud. no recibirá ningún tipo de compensación económica por participar de este estudio.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio (información personal y sus respuestas) será conservada en forma anónima y bajo estricta confidencialidad ante investigadores.

Uso potencial de los resultados de esta investigación: Los resultados de esta investigación podrían ser eventualmente usados para su publicación en revistas médicas o en reuniones de investigación. En ninguna de estas actividades saldrá información personal de usted o de su familia.

Información adicional: Usted o el médico tratante de su hijo/a serán informados si durante el proceso de entrevista aparece información nueva relevante que pueda aportar al tratamiento.

Voluntariedad: Su participación es voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador, sin que ello signifique ningún perjuicio para usted.

Derecho del participante: Ud. Recibirá una copia íntegra y firmada de este documento. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con:

- **Investigadora principal: Ps. Mariel Labra Farías / Mariel.labraf@gmail.com**
- **Tutor: Dr. Pablo Gaspar / Psiquislab@heuch.cl**

Conclusión: Después de haber leído y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en la investigación.

NOMBRE PARTICIPANTE

FIRMA

FECHA

NOMBRE INVESTIGADORA

FIRMA

FECHA

ANEXO 2: ENCUESTA

SIPS/SOPS-MODIFICADA PARA MADRES Y PADRES

DATOS GENERALES DEL FAMILIAR:

Nombre:

Parentesco:

Madre	Padre
-------	-------

Sexo:

Edad:

Estimado Sr. / Sra.,

Usted ha sido contactado/a desde la Clínica *Psiquiátrica de la Universidad de Chile* para responder esta encuesta con fines de investigación. Su ayuda será fundamental para mejorar la detección de personas con Estados Mentales de Alto Riesgo (EMAR).

Las preguntas que le haremos a continuación pretenden comprender qué tan significativos eran los síntomas de su hijo/a antes de que los médicos hicieran algún diagnóstico de EMAR u otro. En base a esto, por favor responda las siguientes preguntas:

N=NO	NI= NO INFORMACIÓN	S= SI
------	-----------------------	-------

GRUPO 1

- ¿Notó si su hijo/a tenía la sensación de que algo extraño o malo le estaba ocurriendo y que no podía explicarlo o entenderlo? __
- ¿O que dudara si lo que vivía era real o imaginario? __
- ¿O de que las personas a su alrededor le parecían extrañas? __
- ¿O que su forma de experimentar el tiempo cambiara? ¿Anormalmente rápido o lento? __
- ¿O que viviese los acontecimientos como si ya los hubiese vivido antes? __

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(psicótico)

GRUPO 2:

- ¿Notó si su hijo/a tenía la sensación de que alguien ejercía control sobre sus pensamientos? ___
- ¿O que sus pensamientos pudiesen ser puestos o sacados de su cabeza? ___
- ¿O que sus pensamientos podían ser oídos en voz alta? ___
- ¿O de que otras personas o el/ella podían leer la mente? ___
- ¿O que la TV o radio se intentara de comunicar con él/ella? ___

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(psicótico)

GRUPO 3:

- ¿Notó que su familiar tuviera firmes convicciones sobre religión, filosofía o política? ___
- ¿O que fantaseara mucho? ___
- ¿O que sus supersticiones afectaran su conducta? ___
- ¿O que la gente pensara que sus ideas eran raras? ___
- ¿O que pudiese predecir el futuro? ___

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(psicótico)

GRUPO 4:

- ¿Notó si su hijo/a tenía ideas o creencias inusuales o extrañas sobre su cuerpo o salud? __
- ¿Sobre no existir realmente? __
- ¿Sobre cómo ser bueno o merecer ser castigado? __

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(psicótico)

GRUPO 5:

- ¿Notó que su hijo/a sintiera que las cosas que pasan a su alrededor tenían un significado especial solo para él/ella? __
- ¿O que tuviese la sensación de ser el centro de atención de la gente? __

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(psicótico)

GRUPO 6:

- ¿Notó a su hijo/a desconfiado de otras personas por que podrían pensar de él/ella cosas negativas? __
- ¿O que estuviese desconfiado/a hacia otros? __
- ¿O que tuviese que poner gran atención en el ambiente para sentirse seguro/a? __
- ¿O que sintiera que lo/a observan o controlan? __
- ¿O que la gente le podía hacer daño? __

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(psicótico)

GRUPO 7:

- ¿Notó que su hijo/a refiriera tener dones o talentos especiales? ___
- ¿O que actuara sin mediar las consecuencias (como en fiestas)? ___
- ¿O que sus planes o metas no fueran realistas? ___
- ¿O que fuera escogido/a por Dios para una misión especial? ___

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(psicótico)

GRUPO 8:

- ¿Notó si su hijo/a tenía la sensación de que su mente le jugaba malas pasadas? ___
- ¿Estar más sensible a los sonidos, escuchar ruidos inusuales, escuchar cosas y luego darse cuenta que no hay nada, oír sus propios pensamientos u oír una voz que otros no puedan oír? ___
- ¿Tener sensaciones corporales de hormigueo, presión, dolor, quemaduras frío, entumecimiento, vibraciones, electricidad o molestia? ___
- ¿Sentir olores que el resto no percibe? ___

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(psicótico)

GRUPO 9:

- ¿Notó que su hijo/a tuviera problemas para hacerse entender? ___
- ¿O que perdiera fácilmente el hilo de lo que decía? ___

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(psicótico)

GRUPO 10:

- ¿Notó que su hijo/a prefiriera estar más solo de lo habitual respecto a su familia y amigos? __
- ¿Que prefiera evitar dinámicas sociales en su tiempo libre? __
- ¿O que se junte con amigos o familiares con baja frecuencia? __

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(extremo)

GRUPO 11:

- ¿Noto si su hijo/a tiene problemas para motivarse para hacer las cosas? __
- ¿O que le cueste realizar las actividades diarias normalmente? __
- ¿O que la gente tenga que insistirle para hacer las cosas? __

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(extremo)

GRUPO 12:

- ¿Notó a su hijo/a menos afectivo o menos conectado/a a la gente de lo que solía estar?

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado- grave)	(grave)	(extremo)

GRUPO 13:

- ¿Notó que su hijo/a tuviera emociones menos intensas de lo que solía? ¿O que sintiera que fuera insensible? __
- ¿O que le cueste distinguir las diferentes emociones-sentimientos? __
- ¿O que lo viera emocionalmente aplanado? __
- ¿O que sintiera una desconectado de sí mismo o su vida? __

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado- grave)	(grave)	(extremo)

GRUPO 14:

- ¿Notó que su hijo/a tuviese dificultades para entender lo que dice la gente? __
- ¿O que la gente utiliza palabras que el/ella no comprende? __

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado- grave)	(grave)	(extremo)

GRUPO 15:

- ¿Notó si su hijo/a tenía más dificultades en desarrollar un trabajo que lo habitual? __
- ¿O que empeorase en los estudios o su trabajo? __

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(extremo)

GRUPO 16:

- ¿Notó a su hijo/a más involucrado/a en aficiones, intereses o coleccionismos extraños o excéntricos? __

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(extremo)

GRUPO 17:

- ¿Notó que su hijo/a tuvo ideas inusuales, extrañas o ilógicas? __

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(extremo)

GRUPO 18:

- ¿Notó a su hijo/a con dificultades para concentrarse o para fijar la atención? __
- ¿O se distraía con facilidad por cosas o conversaciones paralelas? __

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(extremo)

GRUPO 19:

- ¿Notó si su hijo/a perdió el interés por mantenerse limpio y bien vestido? __

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(extremo)

GRUPO 20:

- ¿Notó que su hijo/a tuviera problemas para dormir o que se sintiera cansado durante el día?
__

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(extremo)

GRUPO 21:

- ¿Notó que su hijo/a estuviese de peor ánimo, triste, irritable, ansioso/a o con ideas de dañarse a sí mismo/a o a otros? __

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(extremo)

GRUPO 22:

- ¿Notó que su hijo/a tuviera falta de coordinación, posturas o movimientos anormales, pérdida de las destrezas motoras o bloqueos motores? __

Especificar:

0	1	2	3	4	5	6
(ausente)	(dudoso)	(ligero)	(moderado)	(moderado-grave)	(grave)	(extremo)

				grave)		
--	--	--	--	--------	--	--

GRUPO 23:

- ¿Notó que su hijo/a estuviera más estresado que la mayoría de la gente un día normal? ___
- ¿O desconcertado/a por cosas inesperadas? ___
- ¿O abrumado/a por actividades cotidianas? ___

Especificar:

0 (ausente)	1 (dudoso)	2 (ligero)	3 (moderado)	4 (moderado- grave)	5 (grave)	6 (extremo)
----------------	---------------	---------------	-----------------	---------------------------	--------------	----------------

ANEXO 3: ENTREVISTA

PAUTA DE ENTREVISTA PARA MADRES Y PADRES

Título de la investigación: Detección y atribuciones de los síntomas de estados mentales de alto riesgo (EMAR) por familiares de primer grado

1. De las primeras conductas que usted notó en su hijo/a en el pasado, ¿Qué es lo que usted recuerda que le preocupara más en ese momento?
2. ¿A que atribuía usted esa conducta en ese momento? ¿Qué explicación le dio?
3. ¿Qué fue lo que finalmente les hizo ir a consultar con un especialista?
4. ¿Cómo describiría que fue el proceso de buscar ayuda profesional?
5. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que usted notó los primeros síntomas o conductas hasta que buscaron ayuda profesional?
6. ¿Qué sintió usted ante los síntomas que identificó en su hijo/a?
Si aparece temor o preocupación: ¿Qué le generó temor o preocupación?