

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

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

Margarita Loubat O.<sup>1</sup>

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

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

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

## Introducción

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

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

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

Recibido: 12/06/2012

Aprobado: 27/07/2012

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

<sup>1</sup> Universidad de Santiago de Chile, Hospital Clínico. Dr. Félix Búlnes.

perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile<sup>1</sup>.

Para la construcción del taller, se consideraron intervenciones familiares e hipótesis relevantes vinculadas a la temática de la esquizofrenia: el modelo vulnerabilidad-estrés de Zubring y Spring (1997); varios estudios experimentales inspirados en ese modelo que Muela y Godoy<sup>2</sup> analizan entregando conclusiones respecto de los aspectos que las intervenciones familiar deben incluir; elementos comunes considerados esenciales para alcanzar eficacia provenientes de otros modelos terapéuticos familiares que se han destacado (Lam, en Vallerina y Lemos<sup>3</sup>; y, dado los objetivos del taller, se tomaron los resultados de una investigación preliminar sobre estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres frente a los primeros episodios psicóticos de sus hijos, cuyos resultados arrojan que una aproximación activa, analítica y racional del problema por parte de los padres del joven afectado, se correlaciona con la adherencia a tratamiento de sus hijos; los padres que afrontan planificadamente y controlan la respuesta emocional provocada por el problema, se transforman en agentes favorecedores del tratamiento<sup>4</sup>. Este estudio se desarrolló en el marco del programa “Tratamiento de Personas desde Primer Episodio Esquizofrenia”, de la Salud Pública de Chile<sup>1</sup>.

## Método

Estudio explicativo, en base a un diseño pre-experimental, con medidas pre y post intervención en un solo grupo<sup>5</sup>.

## Pacientes

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

## Instrumentos

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

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

## Análisis de Datos

El análisis se hizo mediante el software estadístico SPSS 10.0 para Windows. Las herramientas usadas fueron de nivel descriptivo y correlacional: medidas de tendencia central, variabilidad y distribuciones de frecuencia. Acorde a las características de los datos, los análisis correlacionales se realizaron con medidas no paramétricas, se empleó la prueba *t de student* a fin de comparar los resultados entre el pre y post test y determinar la efectividad del tratamiento.

## Procedimiento

El taller se aplicó previa firma de consentimiento informado, tuvo una duración de 12 sesiones, de 2 horas cada una y una frecuencia semanal. Se realizó previamente una entrevista motivacional a los padres<sup>6</sup>. La muestra se distribuyó aleatoriamente en 5 talleres con 12 participantes en cada uno.

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

## Resultados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Discusión

En este estudio, se buscó la promoción de estrategias de afrontamiento –en los padres– que beneficien el tratamiento de episodios psicóticos en la etapa inicial de la esquizofrenia, como también contener el estrés, la ansiedad y manifestaciones depresivas de los progenitores. Se desea aportar a la hipótesis de Birchwood<sup>7</sup> respecto del “período crítico” en etapa inicial de la patología, fase relevante para el tratamiento, pues se producirían cambios significativos a nivel neurobiológico como psicosocial, lo que determinaría el pronóstico de la enfermedad<sup>8</sup>.

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

ramente Conductual (sólo descargar la tensión). Estos resultados se correlacionan con la adhesión a tratamiento, según un estudio mencionado<sup>4</sup>. También, se observa diferencias estadísticamente significativas Post intervención, en la estrategia Reacción Depresiva (incapacidad para resolver el problema y aceptar consecuencias), o sea el Taller ayudo a reducir la utilización de esta Estrategia de Afrontamiento. Los hallazgos son coherentes con otras investigaciones que muestran que una intervención temprana permite el desarrollo de estrategias más adaptativas para enfrentar esos episodios a nivel familiar, lo que no ocurriría con familias con enfermos más crónicos<sup>9</sup>. Respecto del *Estrés* se observa que existen diferencias estadísticamente significativas y la Aplicación Post obtiene una media inferior al de la Aplicación Pre, lo cual indica que el Taller sirvió para disminuir la Sintomatología de Estrés en los sujetos de la muestra. Respecto de la *Ansiedad*, no existen diferencias significativas en las aplicaciones Pre y Post intervención; no obstante, se observa una reducción en los valores promedios en las dimensiones y en la ansiedad. En este sentido se redujo el Estado-Ansiedad, la dimensión de Rasgo-Ansiedad y la Ansiedad Total. La *Depresión* tuvo un comportamiento similar, sin embargo, al comparar las medias se observa una reducción de ésta tras la aplicación del Taller, reduciéndose el valor promedio. Hubo 100% de adhesión a tratamiento por parte de los 55 jóvenes. No obstante, respecto de la muestra inicial (60), hubo 3 casos de hospitalización por descompensación del joven y en 2 casos hubo cambio del proyecto terapéutico, por lo tanto, los padres dejaron de asistir al taller. Se señala que el programa “Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio Esquizofrenia” cuenta con rescate de pacientes. La evaluación del taller muestra que la intervención contribuye al afrontamiento de la crisis y su principal aporte es la promoción y/o mantención de estrategias, por parte de los padres, que se correlacionan con la adhesión a tratamiento. No obstante, considerando otros estudios sobre carga familiar y emoción expresada por parte de la familia<sup>10</sup>, los grupos psico-educativos breves pueden no ser suficientes para afrontar la crisis asociada a la experiencia.

## Resumen

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

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

## Referencias bibliográficas

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

---

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