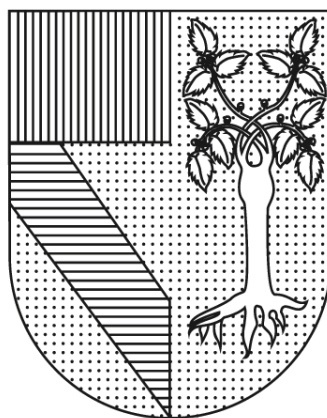


# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

---

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**“RELACIÓN DEL APEGO Y LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS CON LA SEVERIDAD  
DE LA PSICOSIS TEMPRANA EN JÓVENES MEXICANOS”**

**TESIS PROFESIONAL**  
QUE PRESENTAN  
**EDNA REGINA SÁNCHEZ CUEVAS**  
**MARÍA FERNANDA SÁNCHEZ**  
**SCHIMMELFENNIG**  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**ESPECIALISTAS EN PSICOLOGÍA**  
**CLÍNICA Y SALUD**

DIRECTOR DE TESIS: MTRA. NURIA LANZAGORTA PIÑOL

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO

2025

## Dedicatoria

Quiero dedicar este trabajo en primera instancia a mis papás por ser mi apoyo en cada momento de este camino, es gracias a ustedes que estoy donde estoy y las palabras no me bastan para agradecerles todo el apoyo que me han dado, sin ustedes nada de esto hubiera sido posible. Este trabajo es para ustedes y por ustedes.

A mis abuelitos, con mucho cariño también les dedico el proyecto porque siempre fueron y han sido mis más grandes admiradores durante toda mi vida.

A mi compañera de tesis y mi amiga más cercana por estar conmigo en esta montaña rusa que es hacer una tesis. Pudimos sacar este trabajo con esfuerzo, memes y chismes para liberar el estrés. No hubiera podido (ni hubiera querido) hacer este trabajo sin ti. Que bonito vivir este camino académico, entre otros, contigo.

Finalmente, me gustaría dedicar el proyecto a nuestra asesora de tesis y al jurado sinodal por apoyarnos con su experiencia, sus observaciones y su ayuda en momentos de frustración. Gracias por cada una de sus correcciones, por ustedes también es que este proyecto pudo llegar a su culminación.

Dedico el proyecto a mi familia que ha estado presente a lo largo de mi vida, siempre acompañándome, ustedes forman parte de quien soy y han dejado en mí enseñanzas que han marcado este camino profesional. Sin ustedes no hubiera logrado llegar a donde estoy ahora.

A mi papá, aunque ya no está, siempre está presente en mi mente, en mis logros y todos los momentos importantes en mi vida. A pesar de que su pérdida marcó un antes y un después en mi vida, ha sido también mi fuente de mayor inspiración, con todo mi cariño y gratitud.

A las personas, que por diferentes motivos no pueden estar presentes pero que han formado parte de mi vida en este último período, por estar a mi lado en cada momento, por tu paciencia, apoyo, por creer en mí y darme ánimos cuando yo me quería dar por vencida, gracias por estar, de la manera más sincera e incondicional.

A mi compañera de tesis y amiga, que siempre está presente en los momentos difíciles, en especial, la travesía de hacer una tesis, se que sin ti nuestro camino a lo largo de estos 5 años no hubiera sido igual.

A nuestra asesora, Nuria, nuestra maestra Aracely y todos quienes han formado parte de este trabajo, gracias por toda la paciencia y confianza en nosotras, su dedicación ha sido parte fundamental para alcanzar esta meta.

**RELACIÓN DEL APEGO Y LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS CON LA SEVERIDAD  
DE LA PSICOSIS TEMPRANA EN JÓVENES MEXICANOS**

# Índice

<b>Resumen</b>	<b>1</b>
<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>Marco teórico</b>	<b>7</b>
Capítulo 1: Psicosis de inicio temprano	7
Capítulo 2: Trauma infantil (experiencias adversas)	17
Capítulo 3: Apego y psicopatología	21
<b>Antecedentes</b>	<b>29</b>
<b>Planteamiento del problema</b>	<b>32</b>
<b>Objetivos</b>	<b>35</b>
General	35
Específicos	35
<b>Hipótesis</b>	<b>35</b>
<b>Definición de Variables</b>	<b>36</b>
<b>Método</b>	<b>38</b>
Diseño de estudio	38
Participantes	38
Procedimiento	40
Instrumentos	41
Análisis de los datos	47
<b>Resultados</b>	<b>48</b>
<b>Discusión</b>	<b>57</b>
<b>Referencias</b>	<b>62</b>
<b>Anexos</b>	<b>72</b>
Consentimiento informado	72

# **Relación del Apego y las Experiencias Adversas con la Gravedad de la Psicosis Temprana en Jóvenes Mexicanos**

## **Resumen**

**Antecedentes:** Se ha observado que en adultos con psicosis, diferentes experiencias de vida y el apego pueden tener un efecto sobre el surgimiento y pronóstico de su trastorno, sin embargo no existe información específica de sus efectos en población infantil.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre el estilo de apego y las experiencias adversas de la vida en la gravedad de la enfermedad en pacientes entre 12 y 18 años con psicosis de inicio temprano atendidos en una clínica privada de la CDMX.

**Método:** se realizó una investigación original, observacional, transversal y analítica en un solo grupo, derivado de la población de un proyecto mayor. La población estuvo conformada por 70 jóvenes mexicanos de entre 12 y 18 años, a quienes se les aplicaron el Inventario de Apego con Padres y Pares, el Cuestionario de Experiencias Adversas de la Infancia, la Escala de Evaluación Global y la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica, para que a partir de una regresión múltiple se pudieran obtener los resultados.

**Resultados:** El modelo de regresión obtenido, mostró una asociación significativa entre algunas características del apego seguro y ansioso así como algunas experiencias adversas (como vivir en una familia con abuso de sustancias o la sensación de que no hay nadie que quiera al paciente) con la gravedad de la psicosis.

**Conclusiones:** No se ha visto una asociación entre los tipos de apego con la gravedad de la psicosis. Sin embargo, se vio un impacto en la gravedad a raíz de las experiencias adversas en la infancia.

**Palabras clave:** Psicosis de inicio temprano, apego, experiencias adversas, regresión múltiple

## Introducción

La psicosis de inicio temprano se refiere a un conjunto de cuadros psicóticos que aparecen antes de los 18 años. La epidemiología de la psicosis temprana no ha sido totalmente señalada debido a que la mayoría de los estudios se centran en la población adulta, y no diferencian entre psicosis de inicio temprano y psicosis en adultos, o bien se centran en un sólo diagnóstico (esquizofrenia, por ejemplo). Sin embargo, se ha estimado que la psicosis temprana afecta a un 1% de jóvenes mundialmente (Martín & Payá, 2016).

Si hablamos de manera local, de acuerdo con una investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, en el 2016 se realizaron 64 diagnósticos de esquizofrenia en niños y adolescentes de México. Si bien el número presentado es de una sola institución y pareciera ser ínfimo relacionado con el porcentaje a nivel mundial, nos permite identificar la cantidad de población que se ve afectada por el trastorno. Identificar si las experiencias adversas y el tipo de apego predicen la gravedad de la psicosis nos puede ayudar a comprender algunos factores que facilitan la identificación oportuna de la psicosis temprana (Márquez et al, 2017).

Los efectos en quienes padecen este tipo de patología son vastos como: alteraciones cognitivas relacionadas con el efecto de menor dopamina a nivel cerebral, menor rendimiento cognitivo, dificultades familiares y en algunos casos necesidad de un cuidador, aislamiento, dificultad en las relaciones sociales y para llevar a cabo las actividades cotidianas, efectos que reducen la calidad de vida de los pacientes y que suelen aumentar entre mayor gravedad se presente (Enríquez & Ochoa, 2019; Fares, et al., 2021). Para mitigar todos estos efectos es que se

apunta a la importancia de la detección y tratamiento temprano en el pronóstico de la enfermedad (Martín & Payá, 2016).

La etiología de la psicosis es variada, sin embargo, al hablar de la adversidad en la infancia -física, mental y/o sexual-, se observa que ésta se presenta tres veces más en los pacientes con psicosis que en los individuos sin ningún tipo de patología mental (Misiak et al., 2017).

De esta forma, las experiencias adversas como el maltrato infantil en pacientes con psicosis traen como consecuencia problemas en el funcionamiento social, además de creencias negativas sobre sí mismos y sobre los demás (Fares et al., 2021). También se ha señalado que exponerse a altos niveles de estrés de forma temprana puede tener como resultado que los pacientes tengan una peor adaptación social, con pobre relaciones interpersonales y esquemas cognitivos desadaptativos (Ortega et al., 2020). Adicionalmente, se ha observado que el trauma temprano y la negligencia afectan las funciones de regulación del estrés y el eje hipotálamo-hipófisis-glándula adrenal -HPA- (Carr et al., 2018). Aunado a lo anterior, se ha encontrado que las experiencias adversas tempranas pueden detonar la psicosis debido a que aumentan la probabilidad de traumas posteriores o hacen a los pacientes más sensibles a éstas (Latester et al., 2012).

Un aspecto vinculado a las experiencias tempranas es el tipo de apego. Se ha encontrado que al desarrollar un tipo de apego inseguro hay mayor probabilidad de que la psicosis se desarrolle a una menor edad (Matthews et al., 2014). En un estudio, al comparar la población conformada por pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno

esquizoafectivo o psicosis de Países Bajos, Israel o Reino Unido y los sujetos control, encontraron que hay una predominancia de patrones de apego inseguro, mayormente desorganizado y evitativo, que se han asociado con un peor pronóstico funcional (Chatziioannidis et al., 2019 en Korver-Nieberg et al. 2014 y Gumley et al., 2014). Estos aspectos pueden ser detectados desde etapas tempranas en pacientes con psicosis de inicio temprano (Chatziioannidis et al., 2019).

La importancia de este proyecto se debe a que considera una población poco estudiada a nivel mundial (jóvenes entre 12 y 18 años) y su diseño permitió describir la influencia que tienen las experiencias adversas y el tipo de apego sobre la gravedad de la psicosis. La medición de cada variable se realizó utilizando instrumentos de fácil aplicación con adecuadas propiedades psicométricas: para las experiencias adversas se utilizó el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (Nevárez y Ochoa, 2022); el apego se midió con el Inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA) (Pardo et al., 2006) y, finalmente, la gravedad de la psicosis se midió con la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y la Escala Breve de Calificación Psiquiátrica (BPPRS) (Ahuir et al., 2009).

Consideramos que este estudio aporta conocimiento para comprender cómo abordar la psicosis y qué posibles variables precursoras son relevantes para hacer una intervención integral.

Encontrar qué relación existe entre la gravedad de la psicosis, la presencia de experiencias adversas en la vida y su relación con los estilos de apego como factores de riesgo ayudará a

identificar de forma oportuna estas variables con el fin de que la población pueda estar atenta a estos signos para predecir la probabilidad de que un trastorno psicótico aparezca.

## Marco teórico

### Capítulo 1: Psicosis de inicio temprano

#### *Trastornos psicóticos*

La psicosis es un término utilizado para referirse a un grupo de trastornos mentales graves que se asocian principalmente con la pérdida de contacto con la realidad (Martín & Payá, 2016) y se relacionan con la alteración de las funciones mentales superiores (Pedrero & Debbane, 2017).

*Síntomas y manifestaciones clínicas de psicosis.* Este grupo de síndromes presentan diferentes síntomas y manifestaciones clínicas que se conceptualizan en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión revisada (DSM-V-TR). Dentro del manual, todos los trastornos psicóticos se clasifican dentro del espectro de la esquizofrenia. Este espectro incluye trastornos como la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos y la personalidad esquizotípica, que se caracterizan por anomalías en uno o más de los siguientes dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía), así como síntomas negativos (APA, 2022). Aunado a lo anterior, este tipo de trastornos se asocian con alteraciones en atención, memoria, funciones ejecutivas y cognición social (Pedrero & Debbane, 2017).

Dentro del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos podemos encontrar los síntomas positivos y negativos. Los primeros hacen referencia a los que generan una hiperactivación en el circuito dopaminérgico especialmente en los ganglios basales en los que se desarrollan los delirios, alucinaciones, pensamiento y comportamiento motor desorganizados.

Por su parte, los síntomas negativos hacen referencia a un déficit dopaminérgico en circuitos límbico-corticales que se puede observar como una expresión emocional disminuida y abulia, es decir, la disminución en la voluntad para llevar a cabo las actividades que se realizan día con día (Rojo, 2019).

Los delirios se definen como creencias fijas susceptibles de cambio. Existen varios tipos los cuales pueden ser: persecutorios (que uno va a ser perjudicado), referenciales (ciertos estímulos del ambiente se refieren a nosotros), somáticos (referente a la salud y el funcionamiento de los órganos), religiosos y de grandeza (cuando las habilidades propias son excepcionales), etc. (APA, 2022).

Las alucinaciones son percepciones (visuales, auditivas o de otros sentidos) de objetos o acontecimientos sin la presencia de estímulos externos. Son vívidas, claras y no aparecen o desaparecen por control voluntario (APA, 2022).

En cuanto al pensamiento desorganizado, éste se infiere por el discurso del individuo en el que puede haber cambios de tema, con respuestas poco relacionadas con las preguntas que se le hacen. Por otro lado, el comportamiento motor desorganizado se refiere a la marcada disminución con la reactividad del entorno. Existe una resistencia a ciertas instrucciones, ausencia de respuesta motora, movimientos estereotipados repetidos, mirada fija, muecas, mutismo y ecolalia (APA, 2022).

*Tipos de trastornos psicóticos dentro del espectro.* Todos los síntomas mencionados anteriormente forman parte de los criterios establecidos por el DSM-V-TR para la identificación y diagnóstico de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, teniendo diferentes

especificaciones dependiendo del trastorno del que se hable siendo la duración del mismo la principal diferencia entre cada uno.

El trastorno delirante implica la aparición de delirios durante al menos un mes sin haber presencia de otro síntoma psicótico, no cumple con el criterio A del DSM-5-TR para esquizofrenia, el funcionamiento no está muy alterado, si hubo episodios maníacos o depresivos estos fueron breves en comparación con períodos delirantes y no se atribuye a sustancias o afecciones médicas (APA, 2022).

El trastorno psicótico breve puede durar entre un día y desaparece en el transcurso de un mes, hay presencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado y/o comportamiento muy desorganizado o catatónico (APA, 2022).

Por su parte el trastorno esquizofreniforme se caracteriza por tener un cuadro como el de la esquizofrenia, pero su duración es de mínimo un mes y menos de 6 meses, presencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico y/o síntomas negativos. Se debe de haber descartado el trastorno esquizoafectivo y trastornos del estado del ánimo con características psicóticas y no se atribuye el trastorno a sustancias o afecciones médicas (APA, 2022).

En cuanto a la esquizofrenia, para poder hacer un diagnóstico se debe contar con una duración de al menos 6 meses e incluye al menos un mes con síntomas en fase activa, como delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatonía, así como presencia de síntomas negativos; el funcionamiento en alguna de las áreas principales de la persona está muy por debajo en comparación a como se estaba antes del inicio del trastorno, se descartaron previamente el trastorno esquizoafectivo y trastornos del estado de

ánimo con características psicóticas y no se puede adjudicar a efectos de una sustancia o a alguna afección médica (APA, 2022).

Finalmente, el trastorno esquizoafectivo se caracteriza por un periodo de enfermedad en el que hay un episodio mayor del estado del ánimo y al mismo tiempo se cumple el criterio A de esquizofrenia (presencia de alucinaciones, delirios, lenguaje desorganizado, síntomas negativos y comportamiento desorganizado o catatónico), los delirios o las alucinaciones duran mínimo 2 semanas en ausencia del episodio mayor del estado del ánimo (APA, 2022).

*Fases de la psicosis.* Al hablar de la psicosis, tomando en cuenta las investigaciones y estudios que se han hecho recientemente, se ha ido consolidando la idea de un trastorno que pasa por diferentes fases. La primera de éstas es la fase premórbida en la cual se presenta cierta vulnerabilidad endofenotípica y factores de riesgo sin deterioro psicosocial. Después, una fase prodrómica temprana con una experiencia subjetiva, deterioro psicosocial inicial, deterioro en la calidad de vida y el rendimiento. Posterior a esto, se encuentra la fase prodrómica tardía con síntomas psicóticos breves y finalmente, una cuarta fase con síntomas psicóticos prolongados volviéndose muy susceptible a convertirse en esquizofrenia (Rojo, 2019).

Sin embargo, es importante mencionar que estos estudios e investigaciones aún presentan muchas dudas al identificar una fase temprana donde solo se presenta algún tipo de vulnerabilidad fenotípica para así comenzar a reducir los factores de riesgo, es una medida que aún es utópica porque muchos pacientes siguen sin presentar alguna fase previa al diagnóstico de psicosis, es decir, siguen sin presentar ciertos rasgos que se podrían traducir en riesgo de psicosis.

*Epidemiología de la psicosis.* Al hablar de la epidemiología de la psicosis en general, se sabe que este trastorno afecta aproximadamente al 2-3% de la población mundial (Pedrero & Debbane, 2017). En estudios se ha reportado que la incidencia de la esquizofrenia radica en un rango de 15.2/100,000 hasta 100/100,000 personas (Simon et al. 2017). Se reporta también el inicio de un pico de inicio entre las edades de 15 a 24 años, en ese sentido 33% de pacientes con esquizofrenia tuvieron un inicio del trastorno antes de los 18 años (Peña, 2020).

### ***Psicosis de Inicio Temprano***

Particularmente, la psicosis de inicio temprano se define como un grupo de cuadros heterogéneos y graves de síntomas psicóticos que aparecen antes de que los individuos cumplan 18 años (Martín & Payá, 2016), lo cual se considera un signo de peor pronóstico y evolución. Además, implica un peor funcionamiento global comparándola con la psicosis en adultos debido a que esto se asocia a un inicio insidioso, antecedentes familiares positivos, retraso en el desarrollo, ajuste premórbido deficiente, mayor duración del primer episodio de psicosis, mayor gravedad de los síntomas y un peor funcionamiento psicosocial (Díaz et al., 2015).

Sin embargo, para que disminuya la probabilidad que presenta un cuadro más grave se debe tener una adecuada identificación de los síntomas, por lo que la familia toma un papel primordial para el diagnóstico y posterior tratamiento. Cuanto más tiempo se lleve el cuadro sin tratar, aumenta la posibilidad de tener una mayor gravedad de los síntomas (Oluwoye et al., 2019). Es común que la aparición de los síntomas ocurran al final de la adolescencia y en muchos casos no es diagnosticado hasta entre dos e incluso cinco años después del inicio de los

síntomas, lo cual agrava la evolución de la enfermedad (Pedrero & Debbane, 2017). No obstante, no solo la familia toma un papel importante, sino que se ha observado que las estrategias de intervención temprana en psiquiatría pueden llegar a tener un impacto positivo en los resultados a largo plazo de los trastornos mentales graves (Díaz et al., 2015).

*Diagnóstico de la psicosis de inicio temprano.* Para realizar el diagnóstico de este grupo de trastornos, se siguen los mismos criterios expuestos en el apartado anterior. Sin embargo, hay algunas variaciones en la fenomenología que se caracterizan por un inicio insidioso, síntomas negativos, alucinaciones, poca sistematización de delirios persecutorios y mayor desorganización (Ricardo-Ramírez, 2023).

La psicosis de inicio temprano se asocia con un pobre funcionamiento premórbido y retraso en el desarrollo. Además, al menos un tercio de los casos presenta alguna deficiencia en la socialización, lo cual comienza desde la fase prodrómica presentando retraimiento social, disminución del rendimiento académico, comportamientos e ideas inusuales y extrañas, así como cambios en el afecto.

*Epidemiología en la psicosis de inicio temprano.* La epidemiología de la psicosis de inicio temprano es poco conocida por la falta de estudios sistemáticos, además de los problemas metodológicos en la investigación. Sin embargo, se ha reportado que la psicosis de inicio temprano afecta al 1% de la población en general (Ricardo-Ramírez, 2023), siendo más frecuente en varones. Sin embargo, a medida que sigue el adolescente, la prevalencia se acerca poco a poco a la de los adultos y las diferencias por sexo se vuelven más leves (Martín & Payá, 2016).

En especial, al hablar de la presencia de síntomas psicóticos se puede encontrar que en niñas, niños y adolescentes es alta, 17% en niñas y niños entre 9 y 12 años y 7.5% en

adolescentes entre 13 y 18 años. No obstante, cuando se llega al diagnóstico definitivo la prevalencia baja al 5.6% (Ricardo-Ramírez, 2023). Aunado a lo anterior, en otras investigaciones se hace referencia a que los trastornos psicóticos se encuentran entre las 10 principales causas de discapacidad entre los 10 a 24 años de edad y son unos de los más costosos en Europa (Pedrero & Debbane, 2017), por lo que se les pone cada vez mayor atención a los mismos. Particularmente, en niños y adolescentes los diagnósticos más comunes que se pueden encontrar son los trastornos esquizoafectivos y los trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos, pero el diagnóstico más común globalmente es el trastorno psicótico no especificado (Martín & Payá, 2016).

### ***Etiología de la psicosis***

Los trastornos psicóticos, son un grupo de afecciones con multicausalidad, sin embargo, a pesar de que se han logrado determinar algunas de las mismas aún queda mucho que descubrir porque si tenemos que pensar en ciertos factores determinantes esto sigue siendo desconocido (Pedrero & Debbane, 2017).

Uno de los modelos más importantes para explicar la psicosis es el modelo multifactorial del neurodesarrollo en el que se consideran factores biológicos y ambientales destacando el proceso de maduración del Sistema Nervioso Central (SNC) como parte de los reguladores de vulnerabilidad. La poda neuronal excesiva durante la adolescencia (González, 2023) puede ser una de las causas relacionadas con la actividad dopaminérgica o catecolaminérgica de una activación prolongada del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (Martín & Payá, 2016). El efecto

de la poda neuronal puede deberse a que esta, podría interferir con el desarrollo del cerebro de forma que se afecta la cognición, la percepción y el comportamiento (van Os et al., 2017), de igual forma algunas disfunciones dopaminérgicas podrían estar implicadas porque son la vía común de la psicosis, donde es habitual encontrar una disfunción frontotemporal (Rojo, 2019).

Además, se han hecho estudios sobre cómo la genética está implicada en la etiología de la psicosis, en casos de heredabilidad gemelar moderada y heredabilidad de variación de un solo nucleótido, siendo el síndrome de delección 22q11, es decir, el síndrome velocardiofacial, uno de los principales asociados con problemas de conducta, cognitivos y psiquiátricos (Ricardo-Ramírez, 2023).

Sin embargo, la genética solo representa una parte de la etiología de la psicosis. Otro punto importante a mencionar es que una de las situaciones que origina el inicio de los síntomas en la pubertad y la adolescencia está relacionado con la gran diversidad de cambios que ocurren durante esta etapa y todas las hormonas que se secretan, lo cual puede afectar algunos procesos cerebrales (Pedrero & Debbane, 2017).

En este sentido, el ambiente también toma relevancia en este apartado. La evidencia explica que los factores genéticos y los ambientales no están separados unos de otros sino que interactúan de forma dependiente para la aparición de la psicosis de inicio temprano (Taylor et al., 2022). El modelo de vulnerabilidad-estrés, se fundamenta en que existen diferentes factores biológicos y ambientales en el origen de esta patología tomando en cuenta dos tipos de vulnerabilidad, la innata que se refiere a la vulnerabilidad genética que se mencionó anteriormente y la adquirida, que habla de todos los otros factores ambientales que se desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad. Es decir, este modelo

plantea la existencia de ciertos acontecimientos vitales estresantes que van a funcionar como desencadenantes (Martín & Payá, 2016), tales como la violencia intrafamiliar y otros tipos de violencia, la disfunción familiar, así como ciertas condiciones sociales como la pobreza y/o los desastres naturales (Casas et al., 2021). Además, uno de los mayores predisponentes de la psicosis es la vulnerabilidad genética que interactúa con diferentes factores ambientales, mismos que se expondrán a continuación (Loewy et al., 2019).

### ***Factores agravantes de los estados psicóticos***

Al hablar de los factores de riesgo en la psicosis de inicio temprano se consideran: trauma infantil (exposición a eventos adversos), el aislamiento social, la urbanicidad, el deterioro cognitivo, una edad paterna avanzada, complicaciones en el embarazo y el nacimiento, infección o inflamación en el primer trimestre del embarazo o deficiencias nutricionales prenatales (Ricardo-Ramírez, 2023; Rojo, 2019).

Por su parte, así como se ha mencionado con anterioridad, lo que forma parte de un peor pronóstico al hablar de psicosis es el diagnóstico de la enfermedad antes de los 18 años, pues el inicio temprano, en comparación con la psicosis en adultos, trae consigo mayores síntomas negativos. Aunado a lo anterior, algunas investigaciones más recientes encuentran que la edad de inicio temprano se asocia con mayor carga familiar de psicosis, consumo de marihuana, alteraciones cognitivas y mayor cronicidad (Martín & Payá, 2016).

*Trauma infantil (exposición a eventos adversos).* Se ha encontrado que la exposición a eventos adversos durante la infancia es más frecuente en personas con psicosis en individuos sanos (Loewy et al., 2019). En otros estudios se ha encontrado y se considera importante

mencionar que el trauma infantil y adversidades que se presentan comúnmente en los jóvenes requieren ser conceptualizados y tomados en cuenta para que una intervención temprana funcione de mejor manera y así pueda ser una enfermedad tratable (Martín & Payá, 2016).

*Autoestima.* Otros de los factores estudiados en cuanto a la psicosis es la inflexibilidad psicológica y la autoestima. Respecto a cómo afectan los síntomas, se encontró que estas dos variables relacionadas (la inflexibilidad psicológica predice la autoestima) influyen en el funcionamiento social de los pacientes con psicosis, esto es, que los pacientes con psicosis no pueden deshacerse de pensamientos negativos hacia sí mismos lo que contribuye a tener dificultad con los síntomas y por ende, se ha observado que la autoestima tiende a relacionarse negativamente con la severidad de la psicosis (González, et al., 2021).

*Urbanidad.* Otro factor que se ha considerado es si la urbanización tiene un efecto en agravar o atenuar los síntomas de la psicosis, los resultados que se han obtenido han sido variados. La relación con la urbanidad y la psicosis difiere dependiendo del país en el que te encuentres, lo que se explica por la diferente cohesión social, el control y el aislamiento de áreas rurales, diferentes dietas, climas y exposición a patógenos. Si bien, podría ser que el vivir en una región urbana tenga sus ventajas como el acceso a sistemas de salud, también se puede estar expuesto a diferencias económicas que no permitan el acceso a dicho sistema de salud. (Fett et al., 2019).

*Deterioro cognitivo.* En general, la información que se tiene en cuanto a la cognición en pacientes con psicosis es muy variada, pues algunos investigadores han encontrado alteraciones y otros no han encontrado deterioro. Sin embargo, se ha identificado una relación entre tener un inicio más temprano del trastorno, menor estatus socioeconómico, la presencia de síntomas

negativos y una menor capacidad cognitiva (Amoretti et al., 2021) la cual puede estar relacionada con una pobre velocidad de procesamiento, base de los déficits cognitivos que pueden presentar los pacientes con esquizofrenia (McCleery et al., 2014). Todo esto, que se vuelve parte de los factores que indica el pronóstico de los pacientes psicóticos (Rojo, 2019).

*Factores prenatales.* Se han estudiado factores prenatales que propician la aparición de trastornos psicóticos, entre estos factores se encuentran: una edad parental debajo de los 20 y arriba de los 35; cualquier psicopatología que puedan presentar los padres; también se ha observado que a partir del tercer embarazo aumenta el riesgo, así como la presencia de cualquier infección materna como herpes simple tipo II, estrés, hipertensión y déficits nutricionales de la madre (Davies et al., 2020).

## **Capítulo 2: Trauma infantil (experiencias adversas)**

### ***Definición del trauma (experiencias adversas)***

Existen múltiples variables mediadoras al hablar de la aparición de sintomatología psicótica; entre ellas, como se mencionó anteriormente, se encuentra el trauma infantil, al que también se le denomina comúnmente experiencias adversas en la infancia. Se explica como acontecimientos de la vida del sujeto que se caracterizan por su intensidad presentando incapacidad para responder a ellas de manera adecuada y provocan desorganización en la psique. Es decir, todas las exposiciones continuas a circunstancias que se encuentran fuera del control de los niños y que afectan su bienestar se les denomina trauma infantil (Casas et al., 2021).

El trauma infantil genera una exposición continua al estrés y una ausencia de protección por parte del adulto, lo que genera distrés, es decir, una exposición al estrés de manera prolongada (Casas et al., 2021; Kalmakis & Chandler, 2014), la cual afecta diversas estructuras cerebrales. Además, aumenta la incidencia de síntomas positivos y negativos de psicosis así como psicopatología de manera general (Jin et al., 2022).

*Clasificación del trauma infantil.* El trauma infantil considera diferentes tipos de experiencias adversas entre las que se incluye la exposición a violencia en el contexto familiar. Ésta se refiere al abuso físico, sexual, emocional, negligencia física y emocional, así como el castigo físico y ciertas condiciones sociales como hospitalizaciones, pobreza, *bullying* y los desastres naturales (Casas et al., 2021; Kalmakis & Chandler, 2014). Estos se consideran los factores de riesgo más importantes para el comienzo de algún trastorno de salud mental (González et al. 2023).

### ***Consecuencias de las experiencias adversas en la salud mental***

El trauma en la infancia y en la adolescencia (Alameda et al., 2021) por sí mismo genera alteraciones a lo largo de la vida de los pacientes que aumentan el riesgo de padecer algún trastorno de salud mental (Enríquez & Ochoa, 2019), así como una gran cantidad de problemas psicológicos como depresión, ansiedad, psicosis, agresión física, ideación suicida, trastornos de conducta y uso de sustancias (Sandoval, 2022). Así mismo, afectan el desarrollo social, afectivo y cognitivo del niño (González et al. 2023). Sin embargo, se ha encontrado que la adolescencia es un momento del desarrollo en el que se es más sensible a las experiencias adversas, incluso más que en la primera infancia (Martínez et al. 2022).

Aunado a lo anterior, se ha encontrado que un tercio de los adolescentes que padecen algún problema de salud mental se adjudica a experiencias tempranas de adversidad y mientras más expuesto se esté más se aumenta la probabilidad de padecer algún tipo de alteración de las mencionadas anteriormente, así como problemas de autoestima y regulación emocional. Además, esto aumenta la probabilidad de desarrollar conductas destructivas como violencia interpersonal y dirigida en años posteriores al momento en el que se vivió el trauma (González et al. 2023).

De esta manera, el trauma infantil se considera un estresor crónico (Fares et al., 2021), lo que afecta y se asocia con cambios estructurales y funcionales del cerebro y los sistemas neurobiológicos que son sensibles al estrés, como el sistema límbico (Enríquez & Ochoa, 2019), predisponiendo la presencia de alteraciones en la función mental. Estos cambios se presentan al mantener altos niveles de estrés en los primeros años de vida, lo que generará un incremento de la respuesta del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) (Brañas et al., 2022) y provocará un aumento en la reacción al estrés de forma posterior.

Asimismo, en diferentes estudios se ha encontrado la relación que tienen las experiencias adversas con una mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas tanto físicas como mentales durante la adultez (Enríquez & Ochoa, 2019). Aquí es donde el trauma infantil juega un papel primordial en el curso y etiología de los trastornos psicóticos (Fares et al., 2021).

### ***Experiencias adversas y su relación con la psicosis***

El trauma infantil ha sido descrito como un factor de riesgo para la psicosis. (Brañas et al., 2022). Las experiencias infantiles negativas y positivas a lo largo del crecimiento de las

personas con trastornos psiquiátricos con diferentes diagnósticos se relacionan entre sí, se puede hacer énfasis en experiencias como negligencia emocional y el abuso. (Martínez et al. 2022). Especialmente, se reportó que las experiencias que involucran la intención de hacer daño, es decir, abuso de cualquier tipo, estaban fuertemente relacionadas con la aparición de síntomas psicóticos (García et al. 2022).

Se ha observado una alta prevalencia de traumas infantiles en adultos con psicosis, lo que se relaciona con la tesis de que entre más trauma infantil, se presentan más síntomas psicóticos y un peor funcionamiento (Enríquez & Ochoa, 2019).

Rey et al. (2022) refieren algo similar respecto a que una historia de eventos traumáticos en la infancia supone un incremento en el riesgo de síntomas psicóticos en la edad adulta y una experiencia traumática puede incrementar el riesgo de los síntomas psicóticos. Se ha llegado a la conclusión de que diferentes tipos de trauma pueden llevar a diferentes síntomas psicóticos, además, las experiencias adversas pueden afectar diferentes tareas de cognición (Brañas et al., 2022).

En cuanto a la gravedad que se ha registrado a partir de las experiencias adversas, es importante recalcar que los pacientes tienen mayor riesgo de padecer un trastorno secundario a la psicosis. De igual forma, los pacientes con psicosis tendrán síntomas significativamente más graves (Jin et al., 2022), especialmente síntomas positivos. Además, se encontró una relación entre el número de experiencias adversas y una edad más temprana del inicio del trastorno, más episodios depresivos y mayor riesgo de suicidio (Aas et al., 2023).

### **Capítulo 3: Apego y psicopatología**

#### *Apego*

El apego se define como la capacidad de las personas para construir y mantener vínculos emocionales con otros seres humanos. En él se busca seguridad y protección de las principales figuras en la infancia y consisten en un lazo irremplazable, específico y discriminativo a través de las interacciones que se dan entre madre e hijo (Mónaco et al., 2021), o en ocasiones con algún otro con quien se logre mantener un vínculo de manera sólida (Meier, 2020). Sin embargo, sea la relación que se forme como la principal, será la relación de apego más temprana con un mecanismo humano universal (Fourment et al., 2022) que se desarrolla durante el primer año de vida (Pineda, 2021).

El apego toma relevancia a lo largo de la vida ya que ayuda a formar un entorno en el que el niño se pueda sentir aceptado, con apoyo y confianza por parte de la figura con la que se tiene un vínculo (Laland, 2017). Es de vital importancia que exista una respuesta sensible por parte de los cuidadores, es decir, capacidad para notar e interpretar las señales del bebé y responder de manera adecuada a ellas (Fourment et al., 2022).

El apego es relevante cuando se consideran funciones como la protección y socialización en los momentos en los que el niño se siente cuidado y en momentos donde puede tener otras figuras con las que se puede relacionar en su entorno. No obstante, la relación de apego primaria no solo tiene impacto en las relaciones que se establecen con los cuidadores sino también en la calidad de las que podrá tener siendo adulto (Jurado, Sánchez & San Martín, 2018).

Existen cuatro diferentes hipótesis que han sido de ayuda para desarrollar la idea que gira en torno al apego: universalidad, es decir, que siempre los niños se van a apegar a algún cuidador; la normatividad, que establece que en ambientes donde no se ponga en peligro la vida los niños tendrán cercanía con alguien del entorno; la sensibilidad, en la que se hace referencia a que los niños tendrán un tipo de apego seguro dependiendo las características de cuidado que se presenten; y la competencia, que habla de que los tipos de apego seguro desarrollan mayores niveles de competencia sociocognitiva (Fourment et al., 2022).

Desde la neuropsicología y el funcionamiento cerebral, diversos estudios han constatado que existen diferentes mecanismos cerebrales y hormonales que subyacen a los estilos de apego. El eje HPA tiene relación con el estrés, y si no está bien regulado, puede responder con exceso de activación y algunas dificultades en la infancia. Además, los sistemas de placer y recompensa que se relacionan con la dopamina ayudan a la especie a producir satisfacción o ayudan a regular nuestras relaciones sociales. Al activarse la función cortical de la oxitocina, también se posibilita la relación del niño con el cuidador (Hanoos, 2020).

Para Bowlby, el apego es una necesidad básica cuya condición formará parte de los procesos evolutivos del niño, dado que existe un sistema conductual innato orientado a la búsqueda de seguridad y protección a través de figuras con las que se establecen fuertes y duraderos vínculos (Kneer & Guzmán, 2019). A lo anterior, se puede decir que se da ante situaciones de estrés para así obtener seguridad y protección (Holmes y Slade., 2018, como se cita en Hanoos, 2020). Por su parte, para Bartholomew y Horowitz (1998; como se cita en

Hannos, 2020), partiendo de la base de Bowlby y Ainsworth, establecen cuatro estilos de apego: seguro, ansioso, evitativo y temeroso, en donde se resalta la ansiedad y la evitación.

### ***Estilos de apego***

El apego se considera relativamente estable a lo largo del tiempo (Mathews et al., 2014). Los estilos de apego van a reflejar las diferencias individuales en las creencias de uno mismo y los demás que se han formado desde una edad temprana (Trucharte et al., 2019).

Al hablar de los tipos de apego se destaca la importancia la sensibilidad y capacidad de respuesta ante las necesidades del niño. Se consideran dos clasificaciones principales: el apego seguro y el inseguro (Santana 2022). Mary Aisworth (como se cita en Carreón y Sarwat, 2020) afirma que la calidad del apego de un bebé o cualquier acompañante cercano depende de la clase de atención que ha recibido a lo largo de su infancia.

Entre las características principales de los estilos de apego, se encuentra un estilo de apego seguro y el apego inseguro, el cual se puede dividir en apego evitativo, apego desorganizado y apego ambivalente (Pineda, 2021).

El apego se considera “seguro” si existe un equilibrio entre las conductas de apego y las conductas de exploración (Fourment et al., 2022). Además, se puede observar en los niños cuando ven que sus madres son una fuente desde la cual pueden explorar su entorno, sabiendo que su mamá va a estar ahí para cubrir sus diferentes necesidades. (Santana 2022).

Si el cuidador es percibido como no disponible, indiferente e insensible, se hará uso de estrategias hiperactivadoras que pueden llevar a un apego inseguro ambivalente o algunas

estrategias de desactivación que desarrollan un estilo de apego inseguro evitativo. El estilo de apego desorganizado es en el que se utilizan estrategias de hiperactivación y desactivación donde se presentan interacciones temerosas con los cuidadores (Mathews et al., 2014).

Cuando las personas tienen figuras de cuidado ausentes o con respuestas inconsistentes, desarrollan un apego inseguro que se caracteriza por modelos mentales negativos de sí mismos y de los demás (Mónaco et al., 2021). El apego inseguro se puede dividir en diferentes clasificaciones: el tipo de apego inseguro-evitativo nos habla de que son niños que exploran el ambiente sin recurrir a su madre. Sin embargo, el mayor tema con estos pacientes es que manifiestan grandes conflictos en relación con sus emociones. Son pacientes que saben estar solos, y no suelen buscar el apoyo de mamá cuando vuelve a buscarlos, lo que se traduce en su vida futura (Santana 2022).

La siguiente clasificación es el apego de tipo inseguro-ambivalente; son niños que presentan gran cantidad de preocupación y angustia, muestran respuestas fuertes de ansiedad, enfado y evitación. No obstante, sus madres son cercanas por momentos y muy distantes en otros, lo que lleva a los niños a una falta de autonomía y mayor dependencia (Santana 2022).

Por último, en el apego inseguro-desorganizado se muestran confusos, es decir, pueden ser cercanos o lejanos en momentos lo cual los lleva a conductas desorganizadas (Santana 2022). Además de esto, es común que los niños tengan conductas temerosas, una situación de “miedo sin solución” lo cual causa comportamientos conflictivos como: conducta contradictoria e indicadores de recelo o desconfianza (Korver-Nieberg et al., 2015).

Este tipo de apego suele tener relación con la negligencia, el maltrato y familias con padres sin límites adecuados como las amenazas y castigos, abuso por parte de los cuidadores o

violencia intrafamiliar. Cada uno de estos factores de riesgo puede contribuir al desarrollo de un apego desorganizado lo cual se ha visto que tiene relación con algunos trastornos mentales (Korver-Nieberg et al., 2015).

Comprender el estilo de apego y su influencia ayuda a entender un poco más sobre la etiología, la trayectoria y la recuperación de la psicosis (Mathews et al., 2014), como se explicará a continuación.

### ***El apego en la salud mental***

En diferentes estudios y a lo largo de la historia de la psicología, se ha observado que las vivencias en los primeros años de vida tienen un gran impacto en la vida de los seres humanos. Es lógico pensar que un apego inseguro generará ciertas alteraciones como enfermedades crónicas y dificultades en el desarrollo cognitivo y socioemocional (Pineda, 2021), lo que aunado a otros factores puede dar lugar a la presencia de alguna psicopatología. Al mismo tiempo, un apego seguro podrá ir forjando adultos sanos con las estrategias para formar vínculos saludables.

Además de esto, se ha observado que la psicopatología se puede desarrollar a lo largo de la infancia causando en los individuos limitaciones para afrontar las situaciones de vida y las relaciones interpersonales, lo que a su vez genera múltiples dificultades psicológicas (Meier, 2020). En estudios sobre trastornos alimentarios, se encontró que el rechazo, la escasa calidez emocional y la influencia de los estilos parentales forman parte de los factores que los hacen más

prevalentes en la población. De la misma manera, en cuanto a la depresión y la ansiedad, se habla de una falta de apoyo y comprensión por parte del padre (Meier, 2020).

En otros estudios, Kimelman (2019) concluye que un estilo de apego inseguro generará una sobrerrepresentación del mismo en la población clínica. Esto se relaciona particularmente con personas que tienen rasgos ambivalentes, son impulsivos, dependientes y suelen tener trastornos ansiosos. Por su parte, las personas con apego evitativo son solitarios y hostiles, no suelen solicitar ayuda y presentan trastornos de conducta que van progresando. En cuanto al apego desorganizado, este mismo autor señala que suelen cursar con trastorno límite de personalidad, disociativos y abuso de alcohol.

Asimismo, Carreón y Sarwat (2020) hacen referencia a la relación entre madre e hijo que se puede considerar patológica. Cuando la figura de apego muestra rechazo, ambivalencia y actitudes contradictorias hacia el niño o niña puede presentar ciertas alteraciones en el tipo de apego e ir gestando un trastorno de personalidad (Carreón & Sarwat, 2020).

Como conclusión y tomando como referencia a uno de los autores mencionado anteriormente, podemos decir que existe una predisposición a que el paciente experimente sentimientos de vacío, pobre manejo de la separación, desconfianza y sentimiento de pérdida tras la separación de su madre, perdiendo el vínculo de apego (Meier, 2020).

### ***El apego y su relación con la psicosis***

El apego, investigado en pacientes con psicosis tanto en edad adulta como infantil, ha surgido como posible mediador psicológico para el desarrollo del trastorno (Mikulincer &

Shaver, 2007). Se puede confirmar la asociación entre la sintomatología psicótica y el apego inseguro, en esta misma línea se puede pensar el apego inseguro como factor de riesgo para desarrollar psicosis (Ansón, 2023).

Se encontró en la investigación de Fett et al. (2016) que el tipo de apego inseguro funge como predecesor a la aparición de pensamientos paranoides. De igual forma, este estilo de apego se relaciona con una peor evolución de los síntomas, peor calidad de vida y peor adherencia al tratamiento (Ansón, 2023).

Por su parte, el apego ansioso es el que se ha visto más relacionado con paranoia, específicamente preocupación, mayor afecto negativo, pensamientos negativos hacia uno mismo y mayor sensibilidad interpersonal. Sin embargo, esta asociación es independiente de la gravedad del trastorno (Lavin et al., 2019).

En cuanto a la relación que tiene el apego evitativo con la paranoia, se encontró que se percibe una visión negativa de otros, minimización del afecto y retraimiento social, además se comprobó que este estilo de apego inseguro tiene un rol en el desarrollo y/o mantenimiento de la paranoia (Lavin et al., 2019).

El apego ansioso se puede relacionar con síntomas psicóticos y afectivos, mientras que el evitativo se asocia con síntomas positivos como paranoia y alucinaciones (Korver-Nieberg et al., 2015).

En general el apego inseguro cobra importancia clínicamente pues se puede tomar en cuenta para prevenir la paranoia en la psicosis (Lavin et al., 2019). También se ha visto una correlación positiva entre el apego ansioso y la severidad de los síntomas del trastorno (Strand, 2014).

### *Apego y las experiencias adversas*

Las experiencias en la infancia se han visto como predictores tanto de apego seguro como de apego inseguro, en sí el estilo se va a formar a partir de las experiencias que haya vivido la persona, visto de esta manera, experiencias positivas suelen tener relación con el apego seguro y experiencias adversas para los niños y niñas suelen tener relación con otros tipos de apego inseguro.

En su investigación, Yilmaz et al. (2022) encontraron que hay una correlación positiva entre las experiencias adversas y el apego inseguro, mientras que esta correlación fue negativa cuando se trató de apego seguro. Así, el apego seguro se comportó como un factor protector de experiencias traumáticas o adversas (Barazzone et al., 2018). Específicamente hablando del apego inseguro se vio que había un mayor número de personas con apego ansioso, en comparación con el evitativo, haciendo una comparación relacionando la cantidad de trauma que habían sufrido con el tipo de apego desarrollado. En otras palabras, es más común desarrollar apego ansioso cuando se viven experiencias adversas (Yilmaz et al. 2022).

Las personas con apego inseguro son menos capaces de resolver eventos traumáticos ya que eso implica volver atrás y resolver otros eventos que no han sido asimilados. Por su parte, las personas con apego evitativo suelen contener emocionalmente frente a la adversidad, evitan la intimidad y son autosuficientes emocionalmente, por lo que disminuyen el apoyo social y la compasión. En cuanto al apego ansioso, tienden a ampliar el sufrimiento en lugar de silenciarlo y tienen dificultades para enfrentarse a la adversidad (Blasco et al., 2021).

Se ha estudiado qué tipos de trauma afectan a cada tipo de apego, en ese sentido se observó que vivir un trauma sexual y emocional tiene mayor efecto en el desarrollo del apego inseguro en comparación con que los cuidadores hayan sido negligentes o hubieren ejercido violencia física. (Yilmaz et al., 2022).

### **Antecedentes**

Se han hecho diferentes estudios que integran, de cierta forma, las variables de este estudio: el tipo de apego, las experiencias adversas en la infancia y la gravedad de la psicosis. Entre estos estudios está el de Lowey et al. (2019) en el que buscaban observar el funcionamiento de pacientes con alto riesgo para desarrollar psicosis y trauma infantil. Para ello, reclutaron a 103 personas clasificadas con alto riesgo clínico, entre 12 y 30 años y utilizaron para medir el trauma el Inventario de Detección de Eventos Traumáticos para Niños (TESI-C), el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ), la Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos (SIPS), la Escala de Funcionamiento Global (GAF), la Escala de Evaluación de Síntomas de Riesgo de Psicosis (SOPS) y la Presencia de Síntomas Psicóticos (POPS). Encontraron que la mayoría de las experiencias traumáticas sucedieron antes del diagnóstico del síndrome de alto riesgo clínico. Los pacientes con antecedentes de trauma mostraron alteraciones perceptivas significativas y el número de eventos traumáticos interpersonales se correlacionó positivamente con más síntomas.

Por su lado, Gabínio et al. (2018) realizaron un estudio que buscaba evaluar los patrones de apego en participantes con esquizofrenia con relación a sus experiencias traumáticas en la

niñez, los síntomas psicóticos y algunas comorbilidades. Participaron 20 pacientes, de quienes no se especifica el rango de edades, diagnosticados con esquizofrenia de un hospital psiquiátrico de Brasil. Para cumplir con su objetivo, utilizaron pruebas como la Entrevista Diagnóstica para Psicosis y Trastornos Afectivos (DI-PAD), la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS), la Entrevista de Pánico y Esquizofrenia (PaSI), el Cuestionario de Estructura de Relaciones (ECR-RS) y la versión corta del Inventario de Autoinforme de Trauma Temprano (ETISR-SF). En sus resultados describen que los niños con una vida emocional inestable son más vulnerables a desarrollar psicopatología, de igual forma observaron que a mayor severidad de apego ansioso, mayor frecuencia de traumas en etapas tempranas ( $p=.04$ ) así como correlaciones positivas y significativas del trauma temprano con más síntomas comórbidos y con la presencia de ataques de pánico.

Aunado a lo anterior, Ho et al. (2021), estudiaron a 1020 adultos de Irlanda y encontraron una asociación entre desastres naturales que pusieron en riesgo la vida de los pacientes ( $\beta = .14$ ,  $p = .006$ ) y la negligencia física y psicológica ( $\beta = .20$ ,  $p < .001$ ) con los síntomas psicóticos. Ante estos datos, solamente la negligencia física o emocional fungieron como predictores de psicosis. Además, identificaron que tener trastorno de estrés post traumático se relaciona positiva y moderadamente con la psicosis en hombres ( $r = .46$ ,  $p < .001$ ) y mujeres ( $r = .44$ ,  $p < .001$ ). También observaron que, mientras que las mujeres están más expuestas a abuso sexual y emocional, los hombres estaban expuestos a violencia física. Estos datos los obtuvieron a partir de instrumentos como el *International Trauma Exposure Measure* (ITEM) que mide la exposición al trauma, el *International Trauma Questionnaire* (ITQ), que ayuda a medir síntomas

de trastorno por estrés postraumático y el *Adolescent Psychotic-like Symptom Screener* (APSS) para medir síntomas asociados a la psicosis.

En un estudio de Chatziioannidis et al. (2019) en Grecia, los autores coincidieron con el artículo de Ho et al. (2021). Compararon 63 pacientes con psicosis y 61 controles, cuyas edades no son mencionadas. Los pacientes con psicosis tenían 11.6 veces más probabilidades de haber sufrido trauma y el trauma mostró un efecto positivo sobre los síntomas positivos como las alucinaciones. Observaron que, específicamente la antipatía y la negligencia por parte de la madre (apego inseguro), fue la variable con mayor impacto en el desarrollo de psicopatología. Esto lo obtuvieron a partir de pruebas como el "*Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire*" (CECA.Q), *The Experience in Close Relationships-Revised Questionnaire*" (ECR-R) y la versión griega de la escala PANSS.

En la investigación de Ascone et al. (2019), a partir de comparar 60 pacientes con psicosis y 40 controles entre 18 y 65 años, encontraron que el grupo de pacientes con psicosis obtuvo mayores puntuaciones en las variables de apego ansioso y apego evitativo (entre otras variables) todos con valores  $p < 0.05$ . Con base en sus hallazgos pudieron explicar que los pacientes con psicosis mostraban de forma significativa mayor apego ansioso. Para obtener sus resultados utilizaron la escala PANSS, el *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ) y la *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ) para evaluar el apego en los adultos.

Finalmente, Pena-Garijo et al. (2021) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de hacer un análisis de red para evaluar la interacción de variables como apego, cognición y síntomas psicóticos, para lo cual evaluaron una muestra de 25 adultos diagnosticados con algún trastorno

psicótico de acuerdo al DSM-5. Utilizaron la versión reducida del CAMIR, la escala PANSS, la *Screen for Cognition Impairment Psychiatric Scale* (SCIP-S), la versión en español de “Hinting Task”, la PERE (Prueba de Evaluación de Reconocimiento de Emociones) y la *Beads Task*. Encontraron que los nodos centrales de análisis fueron el apego seguro, la autoeficacia y la psicopatología en general. Los índices centrales tuvieron una correlación de al menos .70, esto como indicador de la exactitud de la red. Describen que el apego seguro puede actuar como factor protector ante el desarrollo de psicosis cuando ya hay otro tipo de vulnerabilidad detrás. Encontraron una conexión negativa entre el trauma infantil y el apego seguro y describen que los patrones de apego y las experiencias tempranas son factores relevantes en cuanto a vulnerabilidad para desarrollar psicosis. En concreto, encontraron que tener apego ansioso está relacionado con síntomas negativos y con psicopatología en general.

En suma, la revisión de la literatura sugiere que presenciar varias experiencias traumáticas, la negligencia por parte de los padres o cuidadores primarios y el estilo de apego tienen un impacto en el desarrollo y la severidad de la psicosis de inicio temprano.

### **Planteamiento del problema**

La psicosis es un problema de salud mental que implica la pérdida de contacto con la realidad, así como otras manifestaciones clínicas como alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento (Martín & Payá). Particularmente, la psicosis de inicio temprano se considera parte del grupo de trastornos mentales graves, cuya característica principal es que los síntomas psicóticos aparecen antes de los 18 años. En la psicosis temprana se presentan mayores alteraciones en los periodos previos al inicio de los síntomas, de forma insidiosa y con peor

pronóstico (Martín & Payá). Este padecimiento ha sido un problema poco explorado a nivel mundial y por ende en población Mexicana, pues la mayoría de los estudios se basan en población adulta.

Por sí sola, la psicosis de inicio temprano trae consigo una peor *prognosis* y mayor severidad en comparación con la psicosis de inicio en la adultez (Coulon en Coulon et al., 2020). Los síntomas tanto positivos como negativos tienden a ser mayores en este tipo de población (Coulon et al., 2020). Se ha observado que los factores que aumentan la gravedad de la psicosis son tener dificultades premórbidas, mayor severidad en síntomas, especialmente síntomas negativos, y no tener un tratamiento oportuno (Díaz et al., 2015). Si bien los anteriores son agravantes del trastorno, investigar la influencia de otro tipo de variables en la severidad que puede adquirir la psicosis sigue siendo relevante para comprender mejor esta patología.

La adversidad temprana es un constructo que, en el campo de la psicosis, suele referirse a estar expuesto a eventos potencialmente traumáticos, como abuso (sexual, físico y emocional), negligencia (física y emocional), acoso o separación temprana, generalmente antes de los 18 años. Por su parte, un estilo de apego seguro está asociado con una capacidad para manejar el estrés, confort con la autonomía y la capacidad de formar relaciones con los demás, mientras que el apego inseguro puede llevar a relaciones disfuncionales, evitación emocional y de comportamiento (Mathews, et al. 2014). La teoría del apego brinda un marco útil para la comprensión de las dificultades en las relaciones interpersonales de las personas con psicosis (Mathews et al., 2014).

A pesar del vínculo aceptado entre el abuso infantil y los síntomas psicóticos positivos, los hallazgos entre otras adversidades, como un estilo de apego disfuncional, no han sido estudiados (Mathew et al., 2014). Para esto, la teoría del apego propone que el funcionamiento psicológico y la regulación del afecto están influenciados por el vínculo que formamos con los demás. Las relaciones tempranas con los padres o cuidadores establecen las bases para los estilos de apego (Fourment et al., 2022). Estos estilos se proponen para explicar cómo nos relacionamos con los demás durante nuestra vida y pueden ser modificados por las relaciones y eventos que experimentamos a lo largo de nuestra existencia. Por otro lado, las experiencias adversas de la infancia se asocian con un cuadro clínico más grave de trastornos mentales (Aas et al., 2023). En general, los pacientes que han informado múltiples traumas infantiles tienen una edad de inicio de psicopatología más temprana, más episodios depresivos, mayor riesgo de haber tenido al menos un intento de suicidio en comparación con los individuos sin experiencias traumáticas infantiles (Alameda et al., 2021), aspecto que también ha sido poco estudiado en las psicosis.

Derivado de lo anterior, surge la pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación del estilo de apego y las experiencias adversas de la vida con la gravedad de la sintomatología en pacientes mexicanos con psicosis de inicio temprano con edades entre los 12 y 18 años?

## **Objetivos**

### **General**

Determinar la asociación entre el estilo de apego y las experiencias adversas de la vida sobre la gravedad de los síntomas en pacientes entre 12 y 18 años con psicosis de inicio temprano atendidos en una clínica privada de la Ciudad de México.

### **Específicos**

Describir las características de los estilos de apego en pacientes con psicosis de inicio temprano, a través del Inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA).

Evaluar la gravedad de los síntomas de la psicosis en los jóvenes mexicanos entre 12 y 18 años con psicosis de inicio temprano mediante la Escala de Evaluación de la Actividad Global y la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica.

Describir la presencia de experiencias adversas en los jóvenes mexicanos entre 12 y 18 años con psicosis de inicio temprano por medio del cuestionario de Experiencias Adversas de la Infancia.

## **Hipótesis**

HT: El estilo de apego de tipo inseguro y una mayor exposición a experiencias adversas de la vida de los jóvenes mexicanos se asocian a una mayor severidad en la sintomatología de la psicosis de inicio temprano.

HO: El estilo de apego de tipo inseguro y una mayor exposición a experiencias adversas de la vida de los jóvenes mexicanos no se asocian a una mayor severidad en la sintomatología de la psicosis de inicio temprano.

### Definición de Variables

Variable	Definición		Nivel de medición y valores que asume	Instrumento
	Conceptual	Operacional		
Gravedad de la Psicosis (dependent e)	La gravedad de una enfermedad está determinada por la severidad que se presenta y por la interacción de otras enfermedades que nos expresa el peso total que está teniendo la enfermedad en un paciente (Puig et al., 1996).	La Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica se utilizará para determinar qué síntomas están presentes en los pacientes y la gravedad de los mismos (Sánchez et al. 2005).	Escalar Esta versión de la escala divide los ítems en síntomas positivos y síntomas negativos y, a su vez asume un puntaje total que se puede situar entre los valores de 18 y 126 (Sánchez et al. 2005).	La Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica
		La Escala de Evaluación de Actividad Global consta de diferentes niveles de funcionamiento de los pacientes donde una puntuación de 100 indica una actividad satisfactoria del paciente en sus diferentes áreas y 20 hace referencia a que el paciente puede dañarse a sí mismo o a otras personas y señala presencia de alteraciones en la comunicación y problemas en la	Escalar Asume valores del 0 al 100 donde 0 se considera que la información es inadecuada y obtener 100 de indica que el paciente tiene una actividad satisfactoria en sus diferentes áreas. En otras palabras, mientras mayor sea la puntuación mayor será el funcionamiento global del paciente (Ahuir et al, 2009).	Escala de Evaluación de la Actividad Global

Variable	Definición		Nivel de medición y valores que asume	Instrumento
	Conceptual	Operacional		
		higiene personal (Ahuir et al, 2009).		
Estilo de apego (independiente)	El apego es la interacción entre un niño y sus padres que, por medio de un intercambio racional, va a permitir que el niño construya creencias sobre los demás y sobre sí mismos (Holmes y Slade en Hanoos, 2020).	El estilo de apego se medirá con el Inventario de Apego para Padres y Pares, con el que se pueden determinar los tipos de apego seguro, evitativo y ambivalente (Pardo et al. 2006).	Nominal  Para obtener los tipos de apego se deben clasificar los resultados de las subescalas en alto, medio o bajo a partir de los siguientes rangos.  El inventario permite identificar si el tipo de apego que presentan los participantes es de tipo seguro, evitativo o ambivalente (Vega & Sánchez, 2011).	Inventario de apego para padres y pares (IPPA)
Experiencias Adversas (independiente)	Las experiencias adversas de la infancia son eventos o circunstancias que el niño no puede controlar y que van a afectar de forma negativa el bienestar del niño. Las experiencias adversas se pueden dividir en tres categorías 1. Experiencias relacionadas con la violencia 2. Situaciones que pueden generar disfunción familiar 3. Condiciones sociales (Casas, et al 2021).	Las experiencias adversas se medirán a partir del Cuestionario de Experiencias Adversas de la Infancia y brindará la cantidad de experiencias que se han vivido dependiendo de los factores y subfactores (Nevárez y Ochoa, 2022).	Escalar  Se puntúa del 0 al 10 y se enumera la ausencia o presencia de distintas formas de experiencias adversas. Mientras más puntuación, más presencia de experiencias adversas en la infancia (Nevárez y Ochoa, 2022).	El cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia

## **Método**

### **Diseño de estudio**

La investigación que se llevó a cabo fue original con un diseño de estudio observacional, transversal y analítico (Feinstein, 1985), en un grupo de pacientes con psicosis de inicio temprano de 12 a 18 años. Este estudio se derivó de un proyecto mayor titulado “Arquitectura Genética de la Psicosis de inicio Temprano en Mexicanos” (EPIMex).

### **Participantes**

Para esta investigación se utilizó una submuestra no probabilística del estudio principal. Las características de la población reclutada fue de jóvenes de nacionalidad mexicana entre 12 y 18 años con diagnóstico de psicosis de inicio temprano, es decir, con inicio de los síntomas antes de los 18 años, quienes cumplieron con los criterios para algún trastorno psicótico entre los que se incluyen: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico compartido, trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado, trastorno bipolar I con características psicóticas o el trastorno depresivo mayor con características psicóticas, que fueron valorados por psiquiatras de acuerdo con los criterios de del Manual Diagnóstico DSM-5. Los síntomas que debían presentar los sujetos de investigación fueron: delirios (falsas creencias), alucinaciones (ver o escuchar cosas que otras personas no ven o escuchan) y conductas o emociones inadecuadas para la situación. Además de que los cuatro abuelos del participante tenían que ser mexicanos para corroborar la ascendencia mexicana.

El presente estudio se derivó de un macroproyecto el cual estaba compuesto de 800 participantes en el que se utilizó un método no aleatorio por conveniencia. Para el presente estudio se calculó una muestra de 50 participantes, conformes con la participación de manera voluntaria en la investigación realizada. El tamaño de la muestra se basó tomando en cuenta el teorema del límite central donde se expone que a partir de 30 sujetos de estudio se puede obtener una distribución normal (Quintela, 2019). Los participantes fueron seleccionados de acuerdo con el cumplimiento de los criterios de selección.

### **Criterios de selección**

*Criterios de inclusión.* Participantes con edad entre 12 y 18 años con comienzo de los síntomas psicóticos antes de los 18 años que cumplieron con los criterios para algún trastorno del espectro psicótico: esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno psicótico compartido, trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado, trastorno bipolar I con características psicóticas o trastorno depresivo mayor con características psicóticas o bien presentaban síntomas psicóticos. Además de algunos de los criterios del macroproyecto que incluían ser capaces de proporcionar bioespecímenes, ser latino con sus cuatro abuelos mexicanos, aculturación y fluidez en español, por lo que nuestros participantes cumplieron con estos mismos criterios.

*Criterios de exclusión.* Presentar algún trastorno psicótico inducido por sustancias o medicamentos, psicosis secundaria a una infección cerebral, psicosis por un trastorno

neurodegenerativo o algún trastorno severo del desarrollo neurológico u otro impedimento que afecte la capacidad del participante.

*Criterios de suspensión.* Que el paciente no esté en condiciones de contestar los cuestionarios o bien, que sus padres o tutores no autoricen la implementación de los mismos.

### **Procedimiento**

La investigación formó parte de un proyecto mayor que buscó identificar los mecanismos genéticos, psicosociales y biológicos que predisponen a los diferentes tipos de trastornos psicóticos con el objetivo de realizar la caracterización fenotípica, detectar variantes en el número de copias y asociar variantes raras que alteran genéticamente a los sujetos. El protocolo de este estudio en particular fue avalado y aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela de Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Panamericana con número de dictamen: CIE-EPUP-2023-13.

Esta investigación se llevó a cabo en una clínica privada de salud mental en la Ciudad de México. La clínica brinda servicios de salud mental, así como actividades de investigación clínica en salud mental, genética psiquiátrica, neurociencias y psicofarmacología. La investigación fue dirigida por una experta en la interacción entre la genética, el medio ambiente y su impacto en la salud mental de la población latina. Además, participaron dos estudiantes de la Especialidad en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Panamericana quienes se capacitaron en *Identifying Early Signs of Psychosis in Adolescents and Young Adults*, y fueron las encargadas del contacto con los pacientes. De la lista de participantes del macroproyecto, la

cual fue proporcionada por la responsable del presente estudio, se seleccionó a quienes reunieron los criterios de inclusión y fueron contactados por medio de una llamada telefónica, en la que se les invitó a participar tomando en cuenta el consentimiento informado utilizado en el macroproyecto en el que se les pidió si autorizaban que se les volviera a contactar y se concretó una cita (de ser necesario) para proceder a la recolección de datos. Entre los meses de septiembre de 2023 y febrero de 2024, se recolectaron los datos de los participantes, durante una sesión con duración aproximada de 60 minutos en la clínica antes descrita; ésta fue la única ocasión en la que se tuvo contacto con cada participante. La evaluación se basó en la aplicación de tres instrumentos en forma física, que fueron calificados y analizados mediante los estadísticos correspondientes, para la obtención de los resultados.

## **Instrumentos**

### ***Experiencias adversas***

Se utilizó el Cuestionario de Experiencias Adversas de la Infancia el cual originalmente fue realizado por Felitti et al. (1998). Este es un instrumento de autorreporte validado en población mexicana de un hospital de Chihuahua, cuenta con 10 reactivos con los que se obtienen tres factores principales que incluyen: 1) maltrato infantil, 2) abuso sexual y 3) disfunción familiar. Los dos primeros se dividen en abuso de sustancias, enfermedad mental, testigo de violencia contra la madre y la conducta criminal de algún familiar directo. Cada reactivo se califica por medio de respuestas dicotómicas (si/no) y cada respuesta afirmativa indica la ocurrencia de experiencias adversas antes de los 18 años. Al final se suman el total de experiencias adversas, por tanto, las puntuaciones mínimas van de 0 a 10 (Nevárez & Ochoa,

2022), en la que un mayor puntaje indica más experiencias adversas. En cuanto a la confiabilidad, se utilizó la fórmula de Spearman-Brown mediante el método de división por mitades obteniendo una  $r = .73$ . Respecto a la validez, se evaluó la validez de contenido con un valor de 95% de Índice de Concordancia con valores de buenos ( $v = .70$ ) a muy buenos ( $v = .95$ ) entre los expertos esto nos indica que el estudio cuenta con un buen grado de fiabilidad (Nevárez & Ochoa, 2022).

### *Apego*

El inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA) es el instrumento que se utilizó para medir la variable de apego. Originalmente fue elaborado por Armsden y Greenberg (1987) y fue traducido a su versión en español por Sonia Carrillo, quien utilizó una muestra de adolescentes de Colombia con distintos niveles socioeconómicos para la validación de dicha traducción (Pardo et al., 2006).

El inventario se compone por tres escalas de autorreporte, una mide el apego con la madre, otra el apego con el padre y la última el apego con los pares, esta última no se utilizó en el presente estudio. Cada uno de las subescalas cuentan con 25 ítems para medir la confianza (el grado de confianza mutuo y el sentimiento de seguridad), la comunicación (la calidad de la comunicación) y la alienación (grado de ira y alienación, es decir, características del apego inseguro) (Pardo et al., 2006). Este inventario cuenta con un formato de respuesta tipo Likert donde 1 es “casi nunca o nunca es cierto”, 2 corresponde a “No muy frecuentemente es cierto”, 3 hace referencia a “algunas veces es cierto”, 4 señala “con frecuencia es cierto” y 5 indica “casi siempre o siempre es cierto”.

Para obtener la puntuación, primero se clasifican los reactivos en las dimensiones que miden, además de que hay ítems que se deben de invertir. Para los cuestionarios que se utilizaron en el proyecto (apego con padre y madre) se clasifican e invierten los mismos ítems pues, las preguntas son las mismas para ambos casos (solo cambia “madre” o “padre” dependiendo de la subescala que se esté aplicando (Pardo et al., 2006).

La dimensión de “confianza” se integra por los ítems 1, 2, 4, 12, 13, 20, 21 y 22, en la que se invierten los ítems 3 y 9. La dimensión de “comunicación” se integra por los ítems 5, 7, 15, 16, 19, 24, 25, y los ítems invertidos son el 6 y el 14. Finalmente, la dimensión de “alineación” se integra por los ítems 8, 10, 11, 17, 18, 23 (Pardo et al. 2006).

En cuanto a sus propiedades psicométricas, se reporta una validez adecuada en población adolescente colombiana. Cada escala obtuvo puntuaciones de .96 para la escala del padre, .95 en la escala de pares y .95 en la escala de la madre, evaluados con el índice de adecuación muestral Kaiser Meyer Olkin. Se reporta también que se logró explicar el 56.36% de la varianza total de la población utilizada para su validación tomando en cuenta los tres factores que se obtienen de la escala (alienación, confianza y comunicación) (Pardo et al., 2006).

Finalmente, para obtener el tipo de apego que se obtuvo se deben de identificar las puntuaciones de la confianza, comunicación y alienación y siguiendo los siguientes lineamientos se determina el nivel al que corresponde dicha puntuación (Vega & Sánchez, 2011).

Confianza baja <30; Confianza media = 30; Confianza alta >30; Comunicación baja < 27; Comunicación media = 27; Comunicación alta >27; Alienación baja <18; Alienación media = 18; Alienación alta >18 (Vega & Sánchez, 2011).

Una vez obtenida la clasificación, se necesitan los siguientes parámetros para identificar los tipos de apego. Para el apego seguro se puede observar la alienación baja, confianza y comunicación alta o media, también puede haber alienación baja, confianza media y comunicación media. En cuanto al apego ambivalente se considera la alienación alta, confianza media y comunicación media. Para el apego evitativo, la alienación debe ser media o alta, la confianza baja y comunicación baja, pero también se puede determinar este tipo de apego con confianza y comunicación media y alienación baja. Finalmente, se determina que el apego es “indefinido” cuando se obtiene en los tres parámetros o todo alto o todo bajo (Vega & Sánchez, 2011).

### ***Gravedad de la psicosis***

Se aplicó la Escala Breve de Calificación Psiquiátrica (BPRS), que originalmente fue elaborada por Overall y Gorham en 1962, con el objetivo de crear una escala eficiente y rápida para evaluar la severidad de la patología y a su vez como un apoyo de clasificación de la misma (Vázquez et al., 2001). Esta escala en su versión en español fue validada en población psiquiátrica intrahospitalaria en Colombia por Sánchez et al. (2005) y cuenta con 18 ítems, con los que se puede obtener la severidad de tanto síntomas psicóticos como síntomas del estado de ánimo. Los ítems indagan la preocupación somática, ansiedad psíquica, aislamiento emocional, desorganización conceptual, sentimientos de culpa, tensión, manierismos y posturas,

grandiosidad, ánimo depresivo, hostilidad, suspicacia, alucinaciones, lentitud psicomotora, falta de colaboración, contenido extraño del pensamiento, embotamiento afectivo, excitación y desorientación. Cada ítem se evalúa mediante una escala Likert del 1 a 7 donde 1 equivale a que “el síntoma está ausente”, 2 es “muy poco”, 3 “poco”, 4 “moderado”, 5 “moderadamente grave”, 6 “grave” y 7 equivale a “muy grave”. En caso de que no se pueda evaluar el rubro se coloca una puntuación de 9, la cual no se suma al total del puntaje de la prueba. Una vez aplicada la escala se deben sumar las puntuaciones para obtener el puntaje total de la prueba (Sánchez et al., 2005). Una puntuación mayor indica mayor gravedad de los síntomas.

Esta escala cuenta con una confiabilidad test-retest de .82 y un coeficiente de correlación concordancia de  $r = .86$  por lo que la prueba tiene buena confiabilidad (Sánchez et al., 2005). En cuanto a su validez, se reporta una  $r$  de Spearman de .71 y .73 en el punto de mayor y menor severidad de los síntomas respectivamente, lo cual indica una validez de contenido adecuada (Sánchez et al., 2005).

De igual forma, se aplicó La Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG). La EEAG evalúa el grado de funcionamiento de las personas que tienen alguna enfermedad. Originalmente, fue realizada por Spitzer y Cols en 1976, a partir de una operacionalización realizada por Luborsky en 1962. Sin embargo, la versión actual, que es una versión modificada, fue incluida en el DSM-III-R en la cual se le cambió a su nombre actual “Global Assessment of Functioning Scale” en su versión para adultos (APA, 2000).

La escala se compone por un solo ítem que hace referencia a un nivel del funcionamiento general en el momento de la evaluación, utiliza una puntuación de 0 a 100, donde 0 se considera

que la información es inadecuada, 20 se refiere a que existe algún peligro de causar daño a sí mismo o a otras personas, dificultad para la higiene personal y alteraciones visibles de comunicación; un puntaje de 50 indica la presencia de síntomas graves o cualquier alteración grave en las esferas de funcionamiento (escolar, social y familiar); obtener 80 hace referencia a que hay síntomas transitorios que pueden considerarse como reacciones esperables ante estresores psicosociales y también puede haber alteraciones leves en las áreas del paciente. Finalmente, obtener 100 indica que el paciente tiene una actividad satisfactoria en sus diferentes áreas (Ahuir et al., 2009).

Para obtener la confiabilidad interjueces de la escala los autores realizaron correlaciones con otros 5 estudios diferentes entre los cuales obtuvieron puntuaciones que estuvieron entre .61 y .91 (Endicott, 1976).

**Análisis de los datos**

Para cumplir con los objetivos de la presente investigación, se utilizó el programa JASP. Primero se realizó una correlación de Pearson con las variables: severidad de la psicosis (en la que se combinaron los resultados de la BPRS y la Escala de Actividad Global), las dimensiones del apego y los ítems del cuestionario de experiencias adversas y su puntuación total para determinar si se puede proseguir a realizar la regresión. Se utilizó el estadístico de regresión múltiple, con el fin de observar, por un lado, si las experiencias adversas de la infancia pueden servir como predictores de la gravedad de la psicosis y; por el otro, para determinar si la gravedad de la psicosis se ve afectada por el tipo de apego que reportan los jóvenes. Se tomaron como asociaciones significativas aquellas que tuviera valores de  $p < .05$  con pruebas de hipótesis de una cola, ya que se buscó predecir si cierto tipo de apego y cierto número de experiencias adversas agravan la psicosis de inicio temprano, es decir, se buscaron factores que aumenten y no que disminuyan la gravedad del trastorno.

## Resultados

Con el fin de conocer las características propias de la muestra se llevó a cabo un análisis de los estadísticos descriptivos de la misma (tabla 1).

**Tabla 1**

*Características de la muestra del estudio*

	f (%)
<b>Sexo</b>	
Mujer	42(60)
Hombre	28(40)
<b>Hospitalizado</b>	
Si	8(11)
No	62(89)
<b>Tipos de apego materno</b>	
Seguro	42(59)
Ambivalente	1(1)
Evitativo	13(18)
Indeterminado	14(20)
<b>Tipo de apego paterno</b>	
Seguro	32(46)
Ambivalente	6(8)
Evitativo	14(20)
Indeterminado	18(25)
	<b>M ± DE</b>
<b>Edad (años)</b>	14.6 (1.7)
<b>Número de experiencias adversas en la infancia</b>	4.5 (2.5)
<b>Gravedad de los síntomas (BPRS)</b>	51.9 (12.6)
<b>Funcionamiento global (GAF)</b>	52.4 (19.9)

En la tabla 1 se puede observar que se contó con 70 participantes siendo más de la mitad mujeres (n=42), tomando en cuenta toda la población la edad que más predominó en los

participantes fue de 14 años. Al momento de los cuestionarios 62 de los participantes no se encontraban hospitalizados.

Además, se puede observar que tanto para el apego con lo padres en ambos casos se reportaron más participantes con apego seguro (con la madre n=42, con el padre n=32) y el apego que menos se reportó fue el de tipo ambivalente (con la madre n=1, con el padre n= 6).

Por otro lado, la media de experiencias adversas reportadas fueron de 4.5, la puntuación promedio del BPRS fue de 51.9 y finalmente de la actividad global fue de 52.4.

**Tabla 2**

*Correlación de variables*

		Edad	Sex	Exp. adv.	Sev.	Alie M	Com M	Conf M	Alie P	Com P	Conf P
Edad	Corr	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sig.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sex	Corr	-.148	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sig.	-.222	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Exp. adv.	Corr	.190	.197	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sig.	.116	.102	-	-	-	-	-	-	-	-
Sev.	Corr	-.399	.214	-.081	-	-	-	-	-	-	-
	Sig.	.001	.075	.507	-	-	-	-	-	-	-
Alie M	Corr	.025	.228	.160	.048	-	-	-	-	-	-
	Sig.	.837	.058	.185	.691	-	-	-	-	-	-
Com M	Corr	-.148	-.319	-.034	.030	-.389	-	-	-	-	-
	Sig.	.221	.007	.778	.808	<.001	-	-	-	-	-
Conf M	Corr	-.071	-.267	-.219	.067	-.525	.757	-	-	-	-
	Sig.	.562	.026	.068	.579	<.001	<.001	-	-	-	-
Alie P	Corr	.076	-.117	.076	<b>-.241</b>	-.036	.006	-.119	-	-	-
	Sig.	.562	.336	.531	<b>.044</b>	.770	.959	.327	-	-	-
Com P	Corr	.056	.011	-.028	.145	-.093	.057	.085	.132	-	-
	Sig.	.648	.929	.817	.230	.442	.639	.483	.277	-	-
Conf P	Corr	.019	.007	-.031	.147	-.073	.068	.067	.235	.895	-
	Sig.	.873	.954	.789	.224	.549	.576	.584	.050	<.001	-

		Edad	Sex	Exp. adv.	Sev.	Alie M	Com M	Conf M	Alie P	Com P	Conf P
ITEM 1	Corr	.242	.129	.733	-.095	.040	-.088	-.167	-.067	.013	-.033
	Sig.	.043	.288	<.001	.433	.744	.469	.166	.581	.918	.784
ITEM 2	Corr	.215	.141	.622	-.118	.130	-.045	-.160	-.201	.037	.032
	Sig.	.074	.245	<.001	.330	.283	.711	.186	.096	.763	.796
ITEM 3	Corr	.038	.153	.556	.007	.003	-.088	-.143	.103	-.104	.082
	Sig.	.756	.207	<.001	.956	.981	.467	.239	.396	.905	.501
ITEM 4	Corr	.048	.025	.447	-.031	.176	.006	-.046	.076	.040	.043
	Sig.	.696	.840	<.001	.797	.145	.960	.706	.532	.742	.725
ITEM 5	Corr	.030	.190	.298	-.090	.240	-.045	-.089	.125	.170	.119
	Sig.	.806	.114	.012	.461	.046	.713	.463	.303	.161	.327
ITEM 6	Corr	-.055	.187	.514	-.073	.073	.099	-.016	-.106	-.190	<b>-.242</b>
	Sig.	.650	.120	<.001	.549	.551	.413	.898	.381	.115	<b>.044</b>
ITEM 7	Corr	.252	.122	.642	-.024	.149	-.108	-.207	-.046	-.008	-.065
	Sig.	.036	.315	<.001	.845	.219	.372	.085	.706	.951	.592
ITEM 8	Corr	.039	-.012	.604	-.021	.037	.080	-.099	.189	-.002	.040
	Sig.	.750	.923	<.001	.864	.763	.510	.415	.117	.998	.743
ITEM 9	Corr	.212	.122	.389	.012	-.035	.017	-.031	.258	-.029	-.059
	Sig.	.078	.315	<.001	.921	.772	.888	.797	.031	.815	.627
ITEM 10	Corr	-.049	-.026	.378	.018	.041	-.018	-.192	.096	-.150	-.056
	Sig.	.684	.829	.001	.883	.739	.882	.111	.428	.216	.643

		IT_1	IT_2	IT_3	IT_4	IT_5	IT_6	IT_7	IT_8	IT_9	IT_10
ITEM 1	Corr	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sig.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITEM 2	Corr	.587	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sig.	<.001	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ITEM 3	Corr	.350	.395	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sig.	.003	.013	-	-	-	-	-	-	-	-
ITEM 4	Corr	.123	.159	.144	-	-	-	-	-	-	-
	Sig.	.312	.188	.233	-	-	-	-	-	-	-
ITEM 5	Corr	.052	.032	-.080	.269	-	-	-	-	-	-
	Sig.	.671	.795	.510	.024	-	-	-	-	-	-
ITEM 6	Corr	.309	.183	.225	.183	.052	-	-	-	-	-
	Sig.	.009	.119	.061	.129	.671	-	-	-	-	-
ITEM 7	Corr	.504	.596	.293	.099	.204	.265	-	-	-	-
	Sig.	<.001	<.001	.014	.416	.091	.027	-	-	-	-
ITEM 8	Corr	.324	.163	.213	.361	.283	.151	.154	-	-	-
	Sig.	.006	.177	.077	.002	.018	.211	.203	-	-	-
ITEM 9	Corr	.274	.064	.163	.027	-.134	.154	.182	.205	-	-
	Sig.	.022	.597	.179	.825	.268	.203	.131	.088	-	-
ITEM 10	Corr	.238	.103	.301	-.033	-.046	.109	.014	.278	.053	1
	Sig.	.048	.398	.011	.787	.705	.370	.906	.020	.665	-

N = 70; Sig bilateral 0.05

Se realizan las correlaciones de las variables como paso previo a realizar la regresión múltiple para poder observar la interacción de las variables. Podemos observar en la tabla que hay una correlación negativa (-.241) y significativa ( $p = .044$ ) entre la alienación con el padre, la cual forma parte del apego inseguro (es decir apego evitativo y ambivalente), y la severidad de la psicosis. De igual manera se observa una correlación negativa (-.242) y significativa ( $p = .044$ ) entre el ítem 6 del cuestionario de experiencias adversas y la confianza con el padre.

**Tabla 3.**

*Modelo explicativo del estudio.*

Modelo 1	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar estimación
H0	0.000	0.000	0.000	29.882
H1	0.710	0.504	0.303	24.944

**Tabla 4.**

*Anova*

Modelo		Suma de cuadrados	gf	Media cuadrática	F	p
H <sub>1</sub>	Regression	29691.976	19	1562.736	2.512	0.005
	Residual	29242.501	47	622.181		
	Total	58934.478	66			

En cuanto a las tablas 3 y 4 podemos observar que la R cuadrada ajustada tiene un valor de .303 lo cual nos indica que el modelo explica el 30.3% de la varianza de la variable dependiente, además al ser el error estándar de la hipótesis alterna 24.944, siendo menor que la hipótesis nula, nos indica que la hipótesis alterna es más consistente con los datos observados que la nula, en otras palabras con el modelo de la hipótesis alterna el modelo es más preciso . Al

ser la significancia de F igual a .005 el modelo se considera correcto para explicar la variable dependiente pues es estadísticamente significativo.

Con el fin de identificar si existía un efecto de las variables “tipo de apego” y “experiencias adversas en la infancia” sobre la variable “gravedad de la psicosis” a partir de un análisis de regresión múltiple en el que los resultados nos mostraron los siguientes datos (tabla 5).

**Tabla 5**  
Modelo explicativo de la severidad de la psicosis (BPRS+GAF)

Model	Unstandardized	Standard Error	Standardized <sup>a</sup>	t	p
H <sub>0</sub> (Intercept)	99.806	3.651		27.339	< .001
H <sub>1</sub> (Intercept)	29.685	33.273		0.892	0.377
Edad	4.562	2.080	0.257	2.193	<b>0.033</b>
Sexo (Mujer)	-6.803	7.496		-0.908	0.369
Hospitalización (Si)	32.344	11.047		2.928	<b>0.005</b>
<b>Tipo de apego materno</b>					
ApegoM (Seguro)	-1.351	9.497		-0.142	0.887
ApegoM (Ambivalente)	-23.696	28.736		-0.825	0.414
ApegoM (Evitativo)	17.807	11.706		1.521	0.135
<b>Tipo de apego paterno</b>					
ApegoP (Seguro)	-7.639	8.361		-0.914	0.366
ApegoP (Ambivalente)	-31.003	15.282		-2.029	<b>0.048</b>
ApegoP (Evitativo)	-4.525	10.524		-0.430	0.669
<b>Experiencias adversas en la infancia</b>					
ITEM 1	-5.347	9.200		-0.581	0.564
ITEM 2	5.384	9.391		0.573	0.569
ITEM 3	-6.492	7.945		-0.817	0.418

**Tabla 5**  
Modelo explicativo de la severidad de la psicosis (BPRS+GAF)

Model	Unstandardized	Standard Error	Standardized <sup>a</sup>	t	p
ITEM 4	30.750	7.906		3.890	< .001
ITEM 5	2.232	9.256		0.241	0.810
ITEM 6	-5.363	8.289		-0.647	0.521
ÍTEM 7	-0.636	9.897		-0.064	0.949
ÍTEM 8	-15.940	7.841		-2.033	<b>0.048</b>
ÍTEM 9	0.522	7.733		0.067	0.946
ÍTEM 10	2.352	8.625		0.273	0.786

R<sup>2</sup> ajustada = .303,  $F(19)=2.54$ ,  $p = .005$

Ante la tabla anterior se puede observar que las variables que sí tienen un impacto en la gravedad de la psicosis las cuales son la edad (.03), estar hospitalizado a la hora de contestar los cuestionarios de gravedad y experiencias adversas (.005), el tipo de apego ambivalente con el padre (0.04), el ítem 4 del cuestionario de experiencias adversas el cual pregunta si el participante percibía que no lo querían, no hay cuidados ni apoyo dentro de su familia y (<.001) y el ítem 8 del mismo cuestionario (.04) en el cual se pregunta si el participante vivía con algún familiar que consumía drogas y/o alcohol.

### Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo explicar la asociación entre las características que conforman el apego y las experiencias adversas de la vida con la gravedad de la psicosis de inicio temprano en jóvenes mexicanos de entre 12 y 18 años. Se hipotetizó que tener un tipo de

apego inseguro y una mayor exposición a experiencias adversas, son variables que podrían fungir como agravantes de la psicosis de inicio temprano lo cual fue confirmado parcialmente, pues sólo el apego ambivalente con el padre y algunas experiencias adversas específicas tuvieron mayor asociación que otras, sin tomar en cuenta el número total de experiencias adversas. Este estudio es novedoso en el sentido de que no se han hecho investigaciones en población infantil mexicana sobre el efecto que tienen las experiencias adversas en la infancia y el tipo de apego en la gravedad de los síntomas, en esta línea se encontró que tener un tipo de apego ambivalente con el padre y ciertas experiencias adversas como percibirse no querido, que no hubiera cuidados ni apoyo dentro de la familia y vivir con algún familiar que consume drogas tiene relevancia en la gravedad de la psicosis de inicio temprano.

No se observó ninguna asociación entre la gravedad de la psicosis y el tipo de apego materno, pero sí hubo asociación con el paterno. Sin embargo, esta asociación fue en sentido contrario a lo esperado, pues un estilo de apego inseguro (como lo es el ambivalente) con el padre se asoció a menor gravedad de la psicosis. En ese sentido este dato es contrario a investigaciones como la de Gabino et al. (2018) en las que se señala que las personas con un tipo de apego inseguro, como el ansioso, van a desarrollar una patología más grave; así como lo señalado por Ascone et al. (2019), quienes también encontraron la asociación entre apegos inseguros y la psicosis. De igual manera, Ansón (2023) describe que hay una asociación entre la sintomatología psicótica y el apego inseguro lo cual le permitió describir al apego inseguro como un factor de riesgo para el desarrollo de la psicosis. Si bien, se ha explicado la relación del apego inseguro con la gravedad de la psicosis, hasta el momento no se habían hecho investigaciones en

población infantil mexicana en las que se reportara algo al respecto. Sin embargo, estos resultados difieren a lo observado en el estudio de Chatziioannidis et al. (2019) quienes describen que características del apego inseguro con la madre específicamente como la antipatía y la negligencia tuvieron mayor impacto en el desarrollo de psicopatología. Nosotras atribuimos estas inconsistencias al tipo de apego predominante en la población de estudio, que señaló ser en su mayoría de tipo seguro, quizá como resultado de un sesgo de evaluación cuando se aplicaron los cuestionarios, pues se hizo en presencia de algún familiar, generalmente el tutor. No obstante, este dato concuerda con lo señalado por Kimelman (2019) quien explica que aproximadamente un 70% de la población normativa cuenta con apego seguro, mientras que el tipo de apego ambivalente y evitativo está presente en el 10% de la población respectivamente.

Se encontró que la presencia de algunas experiencias particulares mostraron asociación con la gravedad de la psicosis, específicamente los ítems en los que el participante percibe que nadie lo quería, no había cuidados entre la familia, ni apoyo ( $<.00$ ) así como vivir con alguien que consumía sustancias como alcohol y drogas ( $.04$ ). Es decir, el número de experiencias adversas no se asoció con la severidad de la psicosis, pero sí el reporte de algunos reactivos mencionados anteriormente. Esto se relaciona con lo investigado anteriormente por Brañas et al. en 2022, quienes mencionan que el trauma infantil se considera un factor de riesgo para la psicosis y cuando hablamos de experiencias infantiles negativas (negligencia emocional y abuso) se hace referencia al aumento de la comorbilidad con un trastorno psiquiátrico (Martínez et al., 2022). Aunado a lo anterior, varios autores mencionan que una historia con abuso y eventos traumáticos aumentan el riesgo de síntomas psicóticos en la edad adulta (Rey et al, 2022;

Enríquez & Ochoa, 2019). No obstante, García et al. (2022) refieren que la intención de hacer daño, es decir, el abuso por sí mismo, tiene relación con la presencia de un trastorno psicótico tanto en la edad adulta como en la niñez, lo cual se relaciona con los resultados del presente estudio.

Otro de los resultados significativos que se obtuvo en la investigación es el observar que la edad de inicio de los síntomas tiene un mayor efecto en la gravedad de la psicosis, esto es consistente con la descripción del trastorno pues, como explican Martín y Payá (2016) el que la psicosis de inicio temprano implique que los síntomas psicóticos cuando aparecen en edades tempranas del desarrollo son más graves e incapacitantes lo que trae como consecuencia un peor pronóstico, una peor evolución y un peor funcionamiento global.

Dentro de las fortalezas del estudio se encuentra el contar con una muestra amplia de jóvenes mexicanos con psicosis de inicio temprano. La utilización de instrumentos ampliamente descritos en la literatura, lo que permite comparar nuestros resultados con otras poblaciones. Sin embargo, la poca variabilidad entre grupos no permite diversificar el modelo de la manera en que se esperaba, generando que nuestra muestra no estuviera balanceada lo que nos limitó estadísticamente. Sin embargo, tuvo otras limitaciones como el diseño transversal del estudio que no permite establecer relaciones de tipo causal y algunos instrumentos que se basan en el autorreporte de los participantes. Otro punto que es importante recalcar, es que, para próximas investigaciones, valdría la pena contar con un grupo control, para poder realizar otro tipo de análisis de datos que puedan complementar esta investigación y revisar si hay alguna diferencia entre los resultados obtenidos en sujetos con psicosis y en otros sujetos “sanos”.

Como parte de las conclusiones del estudio, se encontró que algunas experiencias adversas tienen un mayor impacto en la gravedad de la psicosis de inicio temprano. Además, el tipo de apego ambivalente con el padre se va a relacionar con una menor gravedad de psicosis, esto es relevante debido a que hasta el momento son pocas las investigaciones en población infantil al respecto. El observar el impacto que tiene el tipo de apego antes mencionado, a partir de otros instrumentos para medir el apego que tengan una calificación menos ambigua podría ser un aspecto a considerar en investigaciones futuras para poder describir de forma más completa el impacto del apego en la severidad de la psicopatología estudiada. Es preciso señalar que al momento de elegir la prueba, no se identificaron más pruebas de apego validadas en población mexicana adolescente (12 a 18 años) que además se enfocara en el apego hacia los padres, pues, múltiples escalas o pruebas de apego validadas en México buscan un enfoque en cuanto a apego con una pareja sentimental.

Como parte de las recomendaciones a partir de este estudio, se sugiere balancear la muestra con el fin de poder crear grupos en los que se tenga el mismo número de participantes por cada tipo de apego, tener un grupo control para comparar los grupos y haciendo énfasis en lo anterior, cambiar el instrumento de apego utilizado por otro con mayor validez. También utilizar un método cualitativo permitiría comprender mejor el tipo de apego de los participantes sin estar limitados por una prueba cuantitativa.

## Referencias

- Aas, M., Ueland, T., Lagerberg, T. V., Melle, I., Aminoff, S. R., Hoegh, M. C., Lunding, S. H., Laskemoen, J. F., Steen, N. E. y Andreassen, O. A. (2023). Retrospectively assessed childhood trauma experiences are associated with illness severity in mental disorders adjusted for symptom state. *Psychiatry Research*, 320, 115045. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.115045>
- Ahuir, M., Bernardo, M., De La Serna, E., Ochoa, S., Carlson, J., Escartín, G. L., Gutiérrez-Zotes, A., Valero, J., Salamero, M., Cañizares, S., Fernandez, E., Cañete, J. L. G. y Gallo, P. (2009). Adaptación y validación española de la Escala Pronóstica para la Esquizofrenia de Strauss y Carpenter. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(4), 150-159. [https://doi.org/10.1016/s1888-9891\(09\)73233-1](https://doi.org/10.1016/s1888-9891(09)73233-1)
- Alabaf, S., Kirkpatrick, B., Chen, S., Cardinal, R. N. y Fernandez, E. (2022). Early versus late risk factors for deficit and nondeficit schizophrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 15(1), 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.03.002>
- Alameda, L., Christy, A., Rodriguez, V., Salazar de Pablo, G., Thrush, M., Shen, Y., Alameda, B., Spinazzola, E., Iacoponi, E., Trotta, G., Carr, E., Ruiz Veguilla, M., Aas, M., Morgan, C. y Murray, R. M. (2021). Association Between Specific Childhood Adversities and Symptom Dimensions in People With Psychosis: Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 47(4), 975-985. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa199>
- Álvarez, M., y Lacasa, F. (2022). Evaluación del vínculo de apego en la infancia y adolescencia. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 39(2), 41-58. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n2a5>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IVTR*. Masson.
- Amoretti, S., Rabelo-da-Ponte, F., Ribeiro, A., Mezquida, G., Sánchez, A., Fraguas, D., Cabrera, B., Lobo, A., González, A., Pina, L., Corripio, I., Vieta, E., Torrent, C., Serna, E., Bergé, D., Bioque, M., Garriga, M., Serra, M., & Cuesta, M. (2021). Cognitive clusters in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 237, 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.08.021>
- Ansón, M. (2023). Apego y psicosis: una revisión sistemática para un modelo bio-psico-social. *Clínica e Investigación Relacional*. 17(2), 477-499. 10.21110/19882939.2023.170210

- Ascone, L., Schlier, B., Sundag, J., & Lincoln, T. M. (2019). Pathways from insecure attachment dimensions to paranoia: The mediating role of hyperactivating emotion regulation versus blaming others. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.  
<https://10.1111/papt.12208>
- Barazzone, N., Santos, I., McGowan, J., & Donaghay, E. (2018). The links between adult attachment and post-traumatic stress: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(1), 131-147.  
<https://doi.org/10.1111/papt.12181>
- Blasco, K. O., Lacomba, L., Alonso, L., & Pérez, M. (2021). Terapia basada en la compasión: regulación emocional, apego y salud mental. *Análisis y modificación de conducta*, 47(175). <https://doi.org/10.33776/amc.v47i175.5197>
- Brañas, A., Lahera, G., Barrigón, M. L., Canal-Rivero, M., & Ruiz-Veguilla, M. (2022). Efectos del trauma infantil en el reconocimiento de la expresión facial de miedo en psicosis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 15(1), 29-37.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.01.005>
- Carr, S. C., Hardy, A., y Fornells-Ambrojo, M. (2018). Relationship between attachment style and symptom severity across the psychosis spectrum: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 145–158. doi:10.1016/j.cpr.2017.12.001
- Carreón, H., & Sarwat, W. (2020). El apego patológico proclive a conductas antisociales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(2).  
<http://www.journals.unam.mx/index.php/rep/article/view/76167>
- Casas, A., Loredó, A., Sotres, B., Ramírez, L. V., Román, J. A. y Cristera, G. H. (2021). Experiencias adversas en la infancia. Conocimiento y uso por médicos residentes de pediatría. *Gaceta de México*, 157(1). <https://doi.org/10.24875/gmm.19005644>
- Chatziioannidis, S., Andreou, C., Agorastos, A., Kaprinis, S., Malliaris, Y., Garyfallos, G., & Bozikas, V. P. (2019). The role of attachment anxiety in the relationship between childhood trauma and schizophrenia-spectrum psychosis. *Psychiatry Research*.  
<https://10.1016/j.psychres.2019.05.02>
- Coulon, N., Godin, O., Bulzacka, E., Dubertret, C., Mallet, J., Fond, G., Brunel, L., Andrianarisoa, M., Anderson, G., Chereau, I., Denizot, H., Rey, R., Dorey, J., Lançon, C., Faget, C., Roux, P., Passerieux, C., Dubreucq, J., Leignier, S., . . . Schürhoff, F. (2020). Early and very early-onset schizophrenia compared with adult-onset schizophrenia: French FACE-SZ database. *Brain and Behavior*, 10(2). <https://doi.org/10.1002/brb3.1495>

- Davies, C., Segre, G., Estradé, A., Radua, J., de Micheli, A., Provenzani, U., Oliver, D., Salazar De Pablo, G., Ramella-Cravaro, V., Besozzi, M., Dazzan, P., Miele, M., Caputo, G., Spallarossa, C., Crossland, G., Ilyas, A., Spada, G., Politi, P., Murray, R. M., McGuire, P. & Fusar-Poli, P. (2020). Prenatal and perinatal risk and protective factors for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 399–410. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30057-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30057-2)
- Delgado, L., Penelope, E., Fornieles, A., Brun-Gasca, C., y Ollé, M. (2016). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Inventario de Apego a Padres y Pares para Adolescentes (IPPA). *Universitas Psychologica*. 15(1), pp. 15-26. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64746477024>
- Díaz, C. M., Pina, L., Rodríguez, A., Fraguas, D., Parellada, M. y Arango, C. (2015). Predictors of outcome in early-onset psychosis: a systematic review. *npj Schizophrenia*, 1(1). <https://doi.org/10.1038/npjSchz.2014.5>
- Endicott, J. (1976). The Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766. doi:10.1001/archpsyc.1976.0177006
- Enríquez, H., & Ochoa, M. G. (2019). Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes. *Revista de la Facultad de Medicina*. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.4.02>
- Fares, N. E., Pfaltz, M. C., Rodriguez, R., Schäfer, I. y Trautmann, S. (2021). Childhood maltreatment and social functioning in psychotic disorders: a systematic review protocol. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943872>
- Feinstein, A. R. (1985). *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research*. United States: W.B. Saunders Company.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss, V., y Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. doi:10.1016/s0749-3797(98)00017-8
- Fett, A. K. J., Shergill, S. S., Korver-Nieberg, N., Yakub, F., Gromann, P. M., & Krabbendam L. (2016). Learning to Trust: Trust and Attachment in Early Psychosis. *Psychological Medicine*, 46(7), 1437-47. doi:10.1017/S0033291716000015

- Fett A., Lemmers I. & Krabbendam L. (2019). Psychosis and urbanicity: a review of the recent literature from epidemiology to neurourbanism. *Current Opinion in Psychiatry*. 32(3). 232-241. <https://10.1097/YCO.0000000000000486>
- Fourment, K., Espinoza, C., Ribeiro, A. C. L. y Mesman, J. (2022). Latin American Attachment studies: A narrative review. *Infant Mental Health Journal*, 43(4), 653-676. <https://doi.org/10.1002/imhj.21995>
- Gabínio, T., Ricci, T., Kahn, J. P., Malaspina, D., Moreira, H., & Veras, A. B. (2018). Early trauma, attachment experiences and comorbidities in schizophrenia. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. <https://10.1590/2237-6089-2017-0005>
- García, M., Lysaker, P., y Leonhardt, B. L. (2022). A Comparison of Personal Recovery in Adults with Early Psychosis and Prolonged Schizophrenia. *Psicothema*, 34(1), 35–40. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.142>
- González, A., Arboleya, F., González, D., Ordoñez, N., García, E., & Paino, M. (2021). Psychological Inflexibility in People with Chronic Psychosis: The mediating Role of Self-Stigma and Social Functioning. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(23), xx. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312376>
- González, J., Rojas, C., Cornejo, C. & Valenzuela, C. (2023). Cuando el pasado nubla al presente: Una revisión sobre trastornos mentales en adolescentes expuestos a experiencias adversas en la infancia. *Veritas & Research*. 5(1), 38-57. ISSN 2697-3375
- Greenwald, R. (2005). *Child trauma Handbook: A guide for Helping Trauma-Exposed Children and Adolescents*. Haworth Maltreatment and Trauma Press/The Haworth Press.
- Guàrdia, A., Alexandre González, A. , Betriu, M. , Monreal, J. A. , Diego J Palao, D. J. y Labad, J. (2020). Síndromes vinculados a la cultura. *Psicosomática y Psiquiatría*, 12, 55–69. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1207>
- Hanoos, M. (2020). Relación entre estilos de apego y regulación. *MLS Psychology Research* 3 (2), 89-109. doi: 10,33000/mlspr.v3i1.561
- Hinojosa, A. J. y Linares, J. C. (2017). Los caminos de la Psicosis. *Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 36, 27-37. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7010625>
- Hinojosa, L., Monsonet, M., Kwapil, T. R. y Barrantes, N. (2021). The impact of family environment on self-esteem and symptoms in early psychosis. *PLOS ONE*, 16(4), e0249721. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249721>

- Ho, G. W. K., Hyland, P., Karatzias, T., Bressington, D. y Shevlin, M. (2021). Traumatic life events as risk factors for psychosis and ICD-11 complex PTSD: a gender-specific examination. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1).  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2009271>
- Hurley, D., Swann, C., Allen, M. S., Ferguson, H. L. y Vella, S. A. (2019). A Systematic Review of Parent and Caregiver Mental Health Literacy. *Community Mental Health Journal*, 56(1), 2-21. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00454-0>
- Issac, A., Nayak, S. G., Yesodharan, R. y Sequira, L. (2022). Needs, challenges, and coping strategies among primary caregivers of schizophrenia patient: A systematic review & meta-synthesis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 317-332.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.09.001>
- Jin, Y., Xu, S., Wang, Y., Li, H., Wang, X., Sun, X. y Wang, Y. (2022). Associations between PTSD symptoms and other psychiatric symptoms among college students exposed to childhood sexual abuse: a network analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2141508>
- Kalmakis, K. A. y Chandler, G. E. (2013). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1489-1501.  
<https://doi.org/10.1111/jan.12329>
- Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: Towards a clear conceptual meaning. *J Adv Nurs*, 70: 1489–1501.
- Kimelman, M. (2019). Apego normal, apego patológico y psicosis. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*.57(1),43-53. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000100043>
- Kneer, J. M., y Guzmán, C. M. (2019). El apego en la adolescencia: una revisión sistemática de la investigación latinoamericana durante los últimos 15 años. *Revista Argentina De Clínica Psicológica*, 28(2), 172-182.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6950253>
- Korver-Nieberg, N., Berry, K., Meijer, C., de Haan, L., & Ponizovsky, A. (2015). Associations between attachment and psychopathology dimensions in a large sample of patients with psychosis. *Psychiatry Research*. 228(1). 83-88.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.04.018>
- Lacasa, F. y Muela, A. (2013). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 24, 83-93.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4887514>

- Lahera, G., Cid, J., Gonzalez, A., Cabrera, A., Mariner, C., Vieta, E., Arango, C. y Crespo, B. (2020). Necesidades de las personas con psicosis y sus cuidadores: «en voz propia». *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 80-89. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.11.002>
- Laland, K. N. (2017). *Darwin's unfinished symphony* (pp. 151-155). Princeton, NJ: Princeton University Press
- Lavin, R., Bucci, S., Varese, F., & Berry, K. (2019). The relationship between insecure attachment and paranoia in psychosis: A systematic literature review. *British Journal of Clinical Psychology*, 59(1). 39-65. <https://doi.org/10.1111/bjc.12231>
- Linares, J. L. (2019). *Terapia familiar de las psicosis : Entre la destriangulación y la reconfirmación*. Ediciones Morata, S. L.. Cáp. 4
- Loewy, R., Corey, S., Amirfathi, F., Dabit, S., Fulford, D., Pearson, R., Hua, J., Schlosser, D., Stuart, B., Mathalon, D. y Vinogradov, S. (2019). Childhood trauma and clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res*. 205:10-14. doi: 10.1016/j.schres.2018.05.003
- Márquez, M. E., Arroyo, E., Granados, A. y Ángeles, A. (2017). Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro: 50 años de atención a la salud mental de niños y adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 59(4, jul-ago), 477. <https://doi.org/10.21149/8514>
- Martín, R. y Payá, B. (2016). Las psicosis de inicio temprano: una revisión. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 33(4), 458-468. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v33n4a2>
- Martínez, D., Gaviria A., Arboleda, A., y Montoya, D. (2022). Experiencias adversas en la infancia asociadas con trastornos neuropsiquiátricos en la adultez: una revisión sistemática. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 22(1), 1-21. <https://10.18270/chps.v22i1.3967>
- Mathews, S., Onwumere, J., Bissoli, S., Ruggeri, M., Kuipers, E. y Valmaggia, L. (2014). Measuring attachment and parental bonding in psychosis and its clinical implications. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(2), 142-149. <https://doi.org/10.1017/s2045796014000730>
- McCleery, A., Ventura, J., Kern, R., Subotnik, K., Gretchen-Doorly, D., Green, M. & Nuechterlein, K. H. (2014). Cognitive functioning in first-episode schizophrenia: MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) Profile of Impairment. *Schizophrenia Research*, 157(1-3), 33-39. <https://10.1016/j.schres.2014.04.039>

- Meier, J. (2020). Crianza, Apego y Salud Mental: Mirada a Modelos de Familias No Tradicionales. *Rumbos TS. Un Espacio Crítico Para La Reflexión En Ciencias Sociales*, (23), 81-94. <https://doi.org/10.51188/rrts.num23.430>
- Mikulincer, M. & Shaver P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. Nueva York: Guilford Press
- Mónaco, E., De La Barrera, U. y Montoya, I. (2021). La influencia del apego sobre el bienestar en la juventud : el rol mediador de la regulación emocional. *Anales De Psicología*, 37(1), 21-27. <https://doi.org/10.6018/analesps.345421>
- Muester, K., y Jeste, D. (2008). *Clinical Handbook of Schizophrenia*. The Guilford Press.
- Nevárez, B. y Ochoa, G. (2022). Adaptación del Cuestionario de Experiencias Adversas en la infancia en muestras mexicanas. *Psicología y Salud*, 32(2), 203-214. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2742>
- Oluwoye, O., Cheng, S. C., Fraser, E., Stokes, B. y McDonell, M. G. (2019). Family Experiences Prior to the Initiation of Care for First-Episode Psychosis: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *Journal of Child and Family Studies*, 29(9), 2530-2541. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01695-z>
- Ordóñez-Cambolor, N., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E. y Pizarro-Ruiz, J. P. (2021). Mediation of the stigma in the influence of negative symptomatology over recovery in psychosis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(2), 100220. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100220>
- Ortega, L., Montalvo, I., Solé, M., Creus, M., Cabezas, Á., Gutiérrez-Zotes, A., ..., Labad, J. (2020). Relationship between childhood trauma and social adaptation in a sample of young people attending an early intervention service for psychosis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 13(3), 131–139. doi:10.1016/j.rpsmen.2020.08.0
- Palma, C., Gomis, O., Farriols, N., Frías, L., Gregorio, M., Palacio, A., Horta, A., Aliaga, F. y Barón, F. J. (2019). La Intervención Familiar Domiciliaria en Psicosis: Análisis Cualitativo de los Cambios Observados tras la Psicoterapia. *Clínica y Salud*, 30(3), 147-154. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a21>
- Pardo, M., Pineda, S., Carrillo, S. y Castro, J. (2006). Análisis Psicométrico del Inventario de Apego con Padres y Pares en una Muestra de Adolescentes Colombianos. *Internal Journal of Psychology*. 40(3), 289-302. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28440304>
- Pedrero, D. y Debbane, M. (2017). Schizotypal traits and psychotic-like experiences during adolescence: an update/Rasgos esquizotípicos y experiencias psicóticas atenuadas en la

- adolescencia: una actualización. *Psicothema*, 29(1), 5–. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.209>
- Pena-Garijo, J., & Monfort-Escrig, C. (2021). The centrality of secure attachment within an interacting network of symptoms, cognition, and attachment dimensions in persons with schizophrenia-spectrum disorders: A preliminary study. *Journal of Psychiatric Research*, 135, 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.002>
- Pineda, L. J. (2021). Importancia del vínculo de apego y sus repercusiones en la vida adulta. *Revista Latinoamericana Ogmios*, 1(2), 178–182. <https://doi.org/10.53595/rlo.v1.i2.017>
- Puig, J., Fernández, M. J., & Martínez, C. (1996). ¿Cómo están de enfermos mis pacientes? *Atención Primaria*, 17, 531–541. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-como-estan-enfermos-mis-pacientes-14265>
- Quintela, A. (2019). Estadística Básica Edulcorada. <https://bookdown.org/aquintela/EBE/>
- Restrepo Martínez, M., Bautista, G. P., Espínola-Nadurille, M. y Bayliss, L. (2019). Red flags for suspecting anti-NMDAR encephalitis in a first psychotic episode: Report of two cases. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.)*, 48(2), 127-130. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2017.10.003>
- Restrepo-Martínez, M., López-Hernández, J. C., Espinola-Nadurille, M., Bayliss, L., Medina-Rioja, R., Martínez-Ángeles, V., Galnares-Olalde, J., Téllez-Martínez, J. A. y Ramírez-Bermúdez, J. (2021). Psicosis autoinmune. *Revista Alergia México*, 68(4). <https://doi.org/10.29262/ram.v68i4.981>
- Rey, M. G. D., Martín, L. M., García, F. A., López, F. J. C. y López, F. R. (2022). Trauma infantil y psicosis: una revisión narrativa. *Clínica Contemporánea*, 13(1). <https://doi.org/10.5093/cc2022a2>
- Ricardo-Ramírez, C. A. (2023). Esquizofrenia en niños y adolescentes. En: M. C. González-Romero (Comp). *Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada*. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana. <https://hdl.handle.net/20.500.11912/10823>.
- Rojo, V. (2019). Aproximación crítica a la prevención e intervención temprana en psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 215-240. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352019000100012>
- Sánchez, R., Ibáñez, M., y Pinzón, A. (2005). Análisis Factorial y Validación de la versión en español de la escala Brief Psychiatric Rating Scale en Colombia. *Biomédica*, 25(1),

120-128.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572005000100013](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572005000100013)

Sandoval, I. (2022). Parentalidad, apego y desarrollo infantil. *Punto Cunorte*. 14. 49-69.

<https://doi.org/10.32870/punto.v1i14.135>

Santana, S. G. (2022). Antecedentes del apego, tipos y modelos operativos internos. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 39(2), 2-15. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n2a2>

Simon, E., Coleman, K., Yarborough, B., Operskalski, B., Stewart, C., Hunkeler, E., Lynch, F., Carrell, D., Beck, A. (2017). First Presentation With Psychotic Symptoms in a Population-Based Sample. 1;68(5):456-461. doi: 10.1176/appi.ps.201600257. Epub 2017 Jan 3. PMID: 28045349; PMCID: PMC5811263.

Strand, J. (2014). Attachment styles and symptoms in individuals with psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*. 69(1). 67-72. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.929740>

Soldevila-Matías, P., Schoretsanitis, G., Tordesillas-Gutierrez, D., Cuesta, M. J., de Filippis, R., Ayesa-Arriola, R., González-Vivas, C., Setién-Suero, E., Verdolini, N., Sanjuán, J., Radua, J. y Crespo-Facorro, B. (2022). Neuroimaging correlates of insight in non-affective psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 15(2), 117-133. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.07.001>

Taylor, M., Freeman, D., & Lundström, S. (2022). Heritability of Psychotic Experiences in Adolescents and Interaction With Environmental Risk. *JAMA Psychiatry*. 79(9). 889-897. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1947>

Terapia familiar de la psicosis. Entre la destriangulación y la reconfirmación. (s. f.).

Trucharte, A., Espinosa-López, R., Valiente, C., Contreras, A., y Peinado, V. (2019). Relación entre el apego y la sintomatología depresiva en personas con Trastorno mental Grave y Duradero: El papel de la evitación experiencial. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 37-53. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v16i1.4081>

Ulloa, R. E., Peña G., Ramos, P., Gastélum, E. R., Enriquez, S. B. & Victoria, G. (2020). *Guía Clínica: Esquizofrenia en Niños y Adolescentes*. En: Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”. Secretarías de Salud, México.

van Os, C., Smits, M., Neumeister, L. (2017). Synaptic pruning and the emergence of schizophrenia. *Neuron*, 95(5), 1024-1041. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2017.07.025>

Vázquez, G., Vega-Dienstmaier, J., Mazzotti, G., Vidal, H., y Guimas, B. (2001). Validación de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) en el Perú. *Revista de neuro-psiquiatría*, 3(64), 185-198.

Vega, V., & Sánchez, M. (2011). Estudio piloto para la adaptación del Inventario de Apego a Padres y Pares (IPPA) en una muestra de adolescentes argentinos. *Anuario de Investigaciones*, 18. 391-398.  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862011000100043&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100043&lng=es&nrm=iso)

Vila-Badia, R., Del Cacho, N., Butjosa, A., Serra Arumí, C., Esteban Santjusto, M., Abella, M., Cuevas-Esteban, J., Morelló, G., Pardo, M., Muñoz-Samons, D., Usall, J., Abella, M., Ahicart, A., Alvarez, M., Arranz, B., Barneda, V., Bañuelos, M., Bogas, J., Bonilla, R., . . . Vives, L. (2022). Prevalence and types of childhood trauma in first episode psychosis patients. Relation with clinical onset variables. *Journal of Psychiatric Research*, 146, 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.12.033>

Yilmaz, H., Arslan, C., & Arslan, E. (2022). The effect of traumatic experiences on attachment styles. *Annals of psychology*. 38(3). 489-498. <https://doi.org/10.6018/analesps.489601>

## Anexos

### Consentimiento informado

Carta de Consentimiento Informado para Menores de Edad
<p>Lugar y fecha _____.</p> <p>Por medio de la presente yo _____ autorizo que mi _____ participe en el protocolo de investigación titulado "Apego y las experiencias adversas en la gravedad de la psicosis temprana en jóvenes mexicanos".</p> <p>Registrado ante el Comité de Ética de la Investigación con el número _____.</p> <p>El objetivo del estudio es determinar la influencia entre el estilo de apego y las experiencias adversas de la vida de jóvenes tomando como referencia la gravedad de la psicosis en pacientes con psicosis de inicio temprano.</p> <p>Se me ha explicado que la participación de la persona autorizada consistirá en realizar una entrevista inicial para posteriormente contestar el Inventario de Apego con Padres y Pares, la Escala de Evaluación de Actividad Global y, de ser necesario el Cuestionario de Experiencias Adversas.</p> <p>Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de la participación de la persona autorizada en el estudio, que son los siguientes: como posibles riesgos se podría presentar una crisis derivada de los temas que se manejarán, sin embargo, se contará con supervisión y aplicación de técnicas de intervención en crisis.</p> <p>El Investigador Responsable se ha comprometido a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el tratamiento, así como a responder cualquier pregunta sobre cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento.</p> <p>Entiendo que conservo el derecho de retirar a la persona autorizada del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.</p> <p>El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se le identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con la privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionar la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a la permanencia de mi representado(a) en el mismo.</p>

---

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

---

Nombre y firma del Investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales comunicarse en caso de emergencia o dudas y preguntas relacionadas con el estudio 55 9225 2516.

Testigos:

---

Nombre y firma

---

Nombre y firma