

Diferencias en el estilo atribucional y de la autoestima en una muestra de pacientes delirantes

Montserrat Fernández Prieto,¹ Raúl Quevedo-Blasco,² Gualberto Buela-Casal¹

Artículo original

SUMMARY

Introduction

The attributional style along with the self-esteem (that plays a central role in the development and maintenance of the pathological state) is a very important mediating element in the delusion, so we find the necessity to realise basic studies of these processes.

In the field of psychology, and mainly in the personality area, the attributional style has a great relevance, when understanding the causal attributions like mechanisms of facing that guide the conduct of the subject. In this way, we see the importance that supposes the study of the dysfunctional attribution to be able to replace it on the other adaptive, mainly in the pathologies where delusions beliefs exist.

In the present investigation the influence has been analyzed that carries out the variable attributional style and the self-esteem in the delusional ideas (defined by the 4th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-IV] as «false belief based on the realization of incorrect inferences about external reality, beliefs that are held firmly despite of almost everyone else, and despite of constitutes an obvious proof or evidence otherwise indisputable») in a sample of delusional patients in comparison with a group control.

Most of the research, focus on the dimension of «Internal» in this study (following previous research), is to examine attributional biases in the reasoning of delirious patients. Therefore, the departure hypotheses are the following: a) the delusional patients, more than the normal subjects, will realize in their social reasoning more external attributions for the negative events that stop the positives; b) the delusional patients, like the control group, tend to realize global and excessively stable attributions, as much for positive events as for negative events; and c) the delusional patients in comparison with the control group will indicate a high self-esteem.

Patients and methods

To carry out this research both self-esteem and attributional style have been tested in a sample of 20 delusional in-patients (85% are men and 15% women of average age of 36.20 years) entered the unit of Rehabilitation of a Psychiatric Hospital of Santiago de Compostela (Spain) and have been compared to 40 normal control subject in age and sex with the experimental group that do not own psychiatric history, no upheaval that requires treatment.

The criteria of inclusion have been the following: a) all of the patients were entered the unit of Rehabilitation, b) the patients had delusional ideas at the moment of the tests, c) their diagnosis fulfilled the criteria according to DSM-IV for paranoid schizophrenia (16 patients) and delusions upheaval (paranoid) (4 patients), d) the ages of the patients had to be included between 20 and 50 years, e) none of the patients had a history of drug use, f) patient did not show evidence of organic brain disorders, g) all of them had a score in items 1 (delusion), 5 (magnitude), and 6 (mistrust/damage) in the positive scale of PANSS (PANSS-P) of more than 3, and h) all the patients had more than 5 years of disease.

One is comparative, observational, and cross-sectional and homodemic a study according to the propose classification by Feinstein and with a design of cases and controls.

The instruments applied in the study were: a) Rosenberg Self-esteem Scale (EA), is an instrument for assessing the patient's global self-esteem; b) Attributional Style Questionnaire (ASQ), which is a self-administered questionnaire consisting of twelve situations, six positive (success) and six negative (failure), against which the subject must indicate the causes they attribute its occurrence; and c) Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS), suitable for evaluation of positive and negative symptoms in schizophrenia. Of the thirty items included in the PANSS, seven are positive scale (PANSS-P), seven the negative scale (PANSS-N), and the sixteen remaining general psychopathology scale (PANSS-PG).

All the instruments used for the study, count on their corresponding data of reliability and validity.

In this investigation a descriptive analysis of the object of study has been carried out variable, which provided us the frequency allocation, percentage, averages, medians and standard deviations for each of them.

Results

The results of this investigation show that the delusional patients realized more external attributions for the negative events that the group normal control, and more internal for the positives.

The delusional patients realised a causal attribution in stability and globality for the negative events similar to the one of the normal ones. Nevertheless, before positive events have been significant differences between both groups in relation to the stability, not thus for the globality. Also the delusional patients, like the group normal control, indicated a high self-esteem.

¹ Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago, Galicia, España.

² Facultad de Psicología. Universidad de Granada, Andalucía, España.

Correspondencia: Raúl Quevedo-Blasco. Universidad de Granada, Facultad de Psicología. Campus Universitario de Cartuja s/n, 18071, Granada, España. E-mail: rquevedo@ugr.es

Recibido primera versión: 18 de junio de 2009. Segunda versión: 2 de junio de 2010. Aceptado: 3 de agosto de 2010.

In the statistic analysis has not been significant differences in self-esteem between the delusional group and the group control that the hypothesis supports that the delusional ones have a high self-esteem with respect to the normal ones.

Conclusion

The hypothesis raised by Bentall has not been able to state in this investigation, since when analyzing the variable self-esteem we observed that their scores are similar to the group control of normal. According to the attributional style, one concludes that the delusional subjects tend to blame their failures and errors to the other people or other circumstances. On the other hand, when they are successful in some situation, they consider that it must be them themselves, attributing the favourable events to internal level. The conclusions of the analysis of the globality dimension, which determines the temporary generalization of the expectation, do not fulfil the hypothesis in which it affirmed that the delusional subjects, like the normal ones, excessively realised global attributions as much for positive facts as for negative, but do not indicate an exaggerated slant towards the excessive globality.

The hypothesis raised by Bentall that the delusion reflect a defensive attributional style, which protects the individual against feelings of low self-esteem, has not been possible to state in this investigation, since when analyzing the variable self-esteem we observed that significant differences in the delusional patients do not exist, since their scores are similar to the group control, showing a both high self-esteem.

By all this, it is possible to be concluded that it enters the delusional patients and the group control only exists significant differences taking care of the attributional style of each group.

However, such studies contribute along with other made in the understanding of these disorders and consequently to the development of effective psychological program with the aim of improving the symptoms of these patients and even in other pathologies.

Key words: Attributions, cognitive bias, delusions, self-esteem.

RESUMEN

Introducción

El estilo atribucional y la autoestima (que cumple un papel central en el desarrollo y mantenimiento del estado patológico) son elementos mediadores muy importantes en el delirio. De ahí la necesidad de realizar estudios básicos de dichos procesos.

En el campo de la psicología, y en concreto en el área de personalidad, el estilo atribucional es de gran relevancia al entender las atribuciones causales como mecanismos de afrontamiento que guían la conducta del sujeto. Por ello, la importancia que supone el estudio de la atribución disfuncional para poder sustituirla por otra adaptativa, sobre todo en las patologías donde existen creencias delirantes.

En la presente investigación se ha analizado el papel que desempeñan la variable estilo atribucional y la autoestima en las

ideas delirantes en una muestra de pacientes delirantes en comparación con un grupo control.

Pacientes y métodos

En esta investigación se ha examinado la autoestima y los sesgos attributionales en una muestra de 20 pacientes delirantes (85% son hombres y 15% mujeres de edad media de 36.20 años) ingresados en la unidad de Rehabilitación de un Hospital Psiquiátrico de Santiago de Compostela (España) y se ha comparado con 40 sujetos control normales igualados en edad y sexo con el grupo experimental que no poseen historia psiquiátrica, ni ningún trastorno que requiera tratamiento.

Se trata de un estudio comparativo, observacional, transversal y homodémico según la clasificación propuesta por Feinstein y con un diseño de casos y controles.

Los instrumentos aplicados en el estudio fueron: a) la Escala de Autoestima de Rosenberg (*Rosenberg Self-esteem Scale, EA*), b) el Cuestionario de Estilo Atribucional (*Attributional Style Questionnaire, ASQ*) y c) la Escala de Síndrome Positivo y Negativo en la Esquizofrenia (*Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia, PANSS*). Todos los instrumentos empleados para el estudio cuentan con sus correspondientes datos de fiabilidad y validez.

Resultados

Los resultados de esta investigación muestran que los pacientes delirantes realizaron atribuciones más externas para los eventos negativos que el grupo control normal, y más internas para los positivos. Los pacientes delirantes realizaron una atribución causal en estabilidad y globalidad para los sucesos negativos similar a la de los normales. Sin embargo, ante eventos positivos se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos en relación con la estabilidad, no así para la globalidad.

Asimismo, los pacientes delirantes, al igual que el grupo control normal, manifestaron una alta autoestima.

Conclusión

La hipótesis planteada por Bentall no se ha podido constatar en esta investigación, ya que al analizar la variable autoestima observamos que sus puntuaciones son similares al grupo control de sujetos normales. Según el estilo atribucional, se concluye que los sujetos delirantes tienden a culpar por sus fallos y errores a las demás personas o a otras circunstancias. Por el contrario, cuando ellos tienen éxito en alguna situación, consideran que se debe a ellos mismos, y atribuyen los eventos favorables a nivel interno. Las conclusiones del análisis de la dimensión globalidad, la cual determina la generalización temporal de la expectativa, no cumplen la hipótesis en la cual se afirmaba que los sujetos delirantes, al igual que los normales, realizaban atribuciones excesivamente globales tanto para hechos positivos como para negativos, pero no manifiestan un sesgo exagerado hacia la excesiva globalidad.

Palabras clave: Atribuciones, autoestima, delirios, sesgos cognitivos.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la etiología de la esquizofrenia permanece desconocida. Aún no se ha encontrado una causa específica y, por lo general, se acepta que tiene una etiología multifactorial con una interacción compleja entre factores

genético y exógenos.¹⁻⁴ Desde principios del siglo XX, autores como Jaspers ya consideraban al delirio como un error en el pensamiento o del juicio, concepción que diferentes corrientes de la psicopatología mantienen actualmente. En la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV),⁵ las ideas delirantes se defi-

nen como: «una creencia falsa basada en la realización de inferencias incorrectas sobre la realidad externa, creencias que se sostienen con firmeza a pesar de lo que creen casi todos los demás y a pesar de lo que constituye una prueba o evidencia obvia e indiscutible de lo contrario». Por todo ello, se puede afirmar y matizar que en las ideas delirantes existen alteraciones en el pensamiento, mientras que en el *delirium*, existe principalmente una alteración de la atención y el estado de alerta.

El abordaje de esta patología se debe realizar desde un modelo integrador, sin ignorar los aspectos biológicos de la enfermedad y trabajando a nivel biopsicosocial.

El estilo atribucional y la autoestima son elementos mediadores muy importantes en el delirio. De ahí la necesidad de realizar estudios básicos de dichos procesos.⁶ El modelo atribucional, cuyas principales aportaciones provienen de autores como Heider,⁷ Jones y Davis⁸ y Kelley,⁹ intenta explicar las atribuciones o inferencias causales que generan las personas cuando tienen que dar cuenta de su propia conducta y sus experiencias o de la conducta y experiencias de otros.¹⁰ Debido a ello, en los últimos años diversos autores^{11,12} han utilizado la teoría atribucional para explicar diferentes psicopatologías y en particular las ideas delirantes.

En la actualidad existe un interés en relacionar los delirios con variables de personalidad¹³ y, por ello, analizar el estilo atribucional es de gran relevancia al entender las atribuciones causales como mecanismos de afrontamiento que guían la conducta del sujeto. De ahí la importancia que supone el estudio de la atribución disfuncional para poder sustituirla por otra adaptativa,¹⁴ sobre todo en patologías de la dimensión de las creencias delirantes. Por otra parte, existen numerosas evidencias de que la autoestima, entre otros aspectos, presenta una relación muy estrecha con la salud mental, ya que cumple un papel central en el desarrollo y mantenimiento del estado patológico,^{15,16} aunque dicha relación no está del todo clara.

En las últimas investigaciones se ha enfatizado el estudio del delirio desde el marco de la teoría atribucional, centrándose la mayoría de ellas en la dimensión de internalidad.¹⁷ En este estudio, siguiendo anteriores trabajos de investigación,¹⁸ pretendemos estudiar los sesgos atribucionales en el razonamiento de los pacientes delirantes en comparación con un grupo control. Dada la naturaleza social de muchas creencias anormales, la teoría atribucional supone el marco idóneo para entender las explicaciones y la intencionalidad que los pacientes delirantes dan a su comportamiento.¹⁹⁻²⁵ De acuerdo con estos autores, se pretende estudiar si los pacientes delirantes realizan atribuciones excesivamente externas, estables y globales para los eventos negativos y excesivamente internas, globales y estables para los eventos positivos. Además, se busca comprobar si estas atribuciones o conclusiones las realizan de manera muy precipitada sin contrastarlas con hechos evidentes.²⁶⁻²⁹

Diversos estudios mantienen la existencia de un modelo que asume que los delirios paranoides tienen como función autoproteger al individuo de una baja autoestima.^{10,30,31} Por ello, este sesgo cognitivo les lleva a sopesar la evidencia de forma diferente a los sujetos normales en un intento de protección³² contra los sentimientos de baja autoestima. Podemos observar que la mayoría de los delirios encontrados en la clínica tienen una fuerte dirección «social».³³⁻³⁵ Debido a esto, desde la década de 1990 la investigación se ha ido enfocando cada vez más hacia la cognición social.^{36,37} La inclusión de esta cognición social supuso el reconocimiento explícito de la importancia que ésta tiene entre el conjunto de aspectos problemáticos que presentan los pacientes con esquizofrenia³⁸ e incluso antes de padecerla.³⁹ Por todo ello, ha cobrado gran relevancia la rehabilitación del funcionamiento social⁴⁰⁻⁴² y la aplicación de intervenciones psicosociales con estos pacientes⁴³ y con las familias.⁴⁴ Algunos investigadores⁴⁵ han explorado el proceso atributivo en términos del modelo de atribución social de Kelley¹⁰ ya que éste ha propiciado un marco útil de trabajo para el estudio de los delirios.

En síntesis, el objetivo de la presente investigación consiste en realizar un análisis del estilo atribucional y de la autoestima en una muestra de pacientes delirantes, comparándolos con un grupo control normal. Las hipótesis de partida son las siguientes: a) los pacientes delirantes, en mayor medida que los sujetos normales, realizarán en su razonamiento social atribuciones más externas para los eventos negativos que para los positivos; b) los pacientes delirantes, al igual que el grupo control, tienden a realizar atribuciones excesivamente globales y estables, tanto para eventos positivos como para eventos negativos; y c) los pacientes delirantes en comparación con el grupo control manifestarán una alta autoestima.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

El grupo experimental está compuesto por 20 pacientes diagnosticados con «esquizofrenia paranoide» y «trastorno delirante» ingresados en la unidad de Rehabilitación de un hospital psiquiátrico de Santiago de Compostela (España). Dichos pacientes tienen realizada una evaluación psiquiátrica que confirma el cumplimiento de los criterios del DSM-IV para los diagnósticos anteriormente mencionados. El grupo consta de 17 hombres (85%) y tres mujeres (15%), con una media de edad de 36.20 ($DT = 6.86$). Los criterios de inclusión seguidos han sido los siguientes: a) todos ellos eran pacientes ingresados en la unidad de Rehabilitación, b) los pacientes tenían ideas delirantes en el momento que se pasaron las pruebas, c) su diagnóstico cumplía los criterios según el DSM-IV para esquizofrenia paranoide (16

pacientes) y trastorno delirante (paranoide) (cuatro pacientes), d) la edad de los pacientes debía estar comprendida entre los 20 y 50 años, e) ninguno de ellos tenía historia de consumo de drogas, f) ninguno mostraba evidencia de trastornos orgánicos cerebrales, g) todos ellos tenían una puntuación en los reactivos 1 (*delirio*), 5 (*grandiosidad*) y 6 (*suspicacia/perjuicio*) en la escala positiva del PANSS (PANSS-P) de más de 3 y h) todos los sujetos tenían más de cinco años de enfermedad.

El grupo control está compuesto por 40 sujetos igualados en edad y sexo con el grupo experimental con una media de edad de 35.80 ($DT = 6.50$). La forma de descartar que este grupo no tuviera enfermedad psiquiátrica y, por lo tanto, ningún trastorno que requiera tratamiento, fue por medio del historial médico de cada uno de ellos.

Materiales

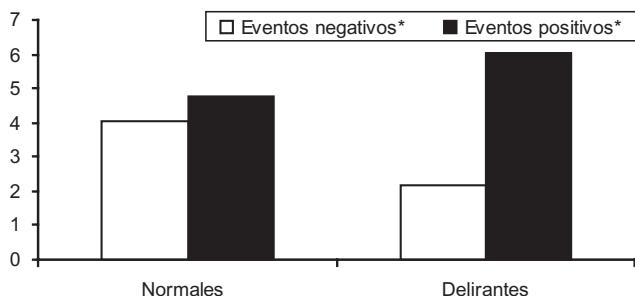
- Escala de Autoestima de Rosenberg (*Rosenberg Self-esteem Scale, EA*).⁴⁶ Constituye un instrumento de evaluación de la autoestima global del sujeto. Fue elaborada mediante la técnica de Guttman, con objeto de garantizar su unidimensionalidad, pero al mismo tiempo posee una estructura que se acomoda, en cuanto a alternativas de respuesta, al modelo de escalas de actitud tipo Likert, con cuatro categorías de respuesta. Se utilizó la versión adaptada al castellano, la cual posee una fiabilidad de 0.80 y una consistencia interna entre 0.76 y 0.87.⁴⁷
- Cuestionario de Estilo Atribucional (*Attributional Style Questionnaire, ASQ*).⁴⁸ Es un cuestionario autoaplicado que consta de doce situaciones, seis positivas (éxito) y seis negativas (fracaso), ante las que el sujeto debe indicar las causas a las que atribuiría su ocurrencia. El sujeto puntúa de uno a siete la causa de estos acontecimientos en tres dimensiones: interna-externa (en función de que la causa se encuentre dentro o fuera del propio individuo), estable-inestable (en función de que la causa se mantenga o no en el tiempo) y global-específica (teniendo en cuenta que la causa afecte a otras áreas de la vida de la persona o, por el contrario, se limite a actuar en la situación concreta que se está evaluando). Atendiendo a dichas dimensiones, el uno hace referencia a atribuciones externas, inestables y específicas y el siete a atribuciones internas, estables y globales. Estudios sobre la fiabilidad del instrumento indican que es útil como medida de la autoestima en la población española. Posee un coeficiente alpha de Cronbach de 0.87.⁴⁹
- Escala de Síndrome Positivo y Negativo en la Esquizofrenia (*Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia, PANSS*).⁵⁰ Apropriada para la evaluación de los síntomas positivos y negativos en esquizofrenia. De los treinta reactivos incluidos en la escala PANSS,

siete constituyen la escala positiva (PANSS-P), siete la escala negativa (PANSS-N) y los dieciséis restantes la escala de psicopatología general (PANSS-PG). Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente estudiadas,⁵¹⁻⁵⁶ presentando buena validez interobservador y de constructo, elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.73 para la escala positiva, de 0.83 para la negativa y de 0.87 para la de psicopatología general) y adecuada estabilidad *test-retest*. El coeficiente de correlación intraclass es de alrededor de 0.80 para las tres subescalas. En la validación española,⁵⁷ no obstante, se encontraron algunas pequeñas discrepancias: la PANSS-P sólo mostró una modesta consistencia interna y el reactivo «desorganización conceptual» no se correlacionó con la puntuación total de la escala (lo que sugiere que se trata de un dudoso síntoma positivo). La escala negativa posee mayor consistencia⁵⁷ que la positiva al ser más homogénea y estar constituida por un único factor. La PANSS-P no presenta una dimensión unitaria, sino que está constituida por varios factores. En referencia a la validez, la comparación con otras escalas como BPRS, la SAPS y la SANS arroja buenos índices de validez concurrente: entre la subescala positiva de la PANSS y la SAPS $r=0.77$ y entre la subescala negativa y la SANS $r=0.77$.

Diseño y procedimiento

Se trata de un estudio comparativo, observacional, transversal y homodémico según la clasificación propuesta por Feinstein⁵⁸ y con un diseño de casos y controles. También se siguen las normas de Ramos-Álvarez, Moreno-Fernández, Valdés-Conroy y Catena.⁵⁹

Dentro de las consideraciones éticas, el estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Hospital. Los sujetos (tanto experimentales como controles) llenaron un consentimiento informado y participaron de forma voluntaria e informada. La realización de las pruebas explícadas en la sección de Instrumentos al grupo experimental (grupo delirante) se realizó en la Unidad de Rehabilitación de un hospital psiquiátrico de Santiago de Compostela (España). Los pacientes que cumplían todos los criterios de selección, descritos anteriormente, fueron entrevistados por uno de los investigadores junto con el psicólogo especialista encargado de estos pacientes en el hospital (para lo cual no se aplicó ninguna maniobra psicoterapéutica). A continuación, pasaron a contestar los instrumentos detallados anteriormente. Para el estudio de la autoestima, se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (EA) y para el estudio de las atribuciones se utilizó el Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ). A todos estos pacientes se les había aplicado previamente la Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANSS). En el momento que el psicólogo les aplicaba las pruebas, todos los sujetos estaban siendo con-



* $p < 0.001$

Figura 1. Puntuaciones medias de atribuciones en la variable «internalidad» en pacientes delirantes y sujetos normales.

trolados farmacológicamente. Al grupo control no se le ha administrado la Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANSS) debido a que se parte de la base de que no deben poseer historial psiquiátrico que requiera tratamiento.

Análisis estadístico de los resultados

En esta investigación se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de las variables objeto de estudio, lo cual nos ha proporcionado la distribución de frecuencias, porcentajes, medias, medianas y desviaciones típicas para cada una de ellas. Para el procesamiento de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS

En la figura 1 se pueden observar las puntuaciones medias de los grupos delirantes y normales en la subescala Internalidad para eventos positivos y negativos en una escala de uno (*ausente*) a siete (*extrema*). Estos datos indican que el paciente delirante realiza ante un evento negativo una atribución externa con una puntuación media de 2.18.

En cuanto a la puntuación media obtenida por este grupo en la subescala «Internalidad», para los eventos positivos es de 6.02 ($DT = 0.65$); es decir, ante eventos posi-

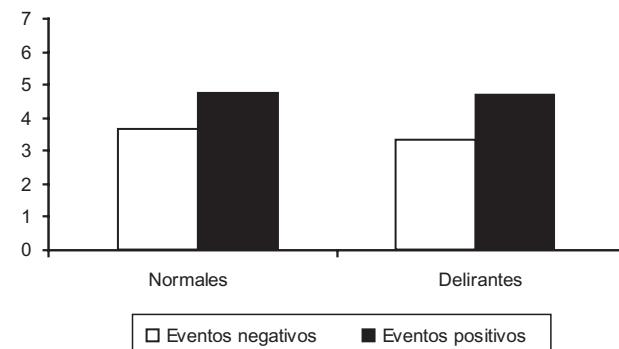


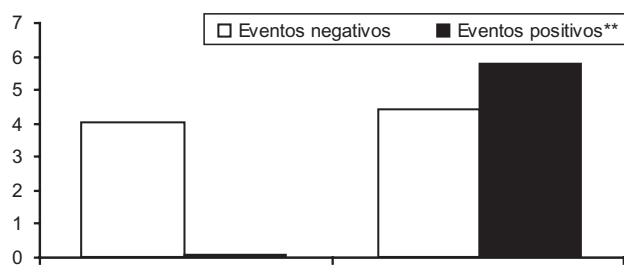
Figura 3. Puntuaciones medias de atribuciones en la variable «globalidad» en pacientes delirantes y sujetos normales.

vos realizan una atribución interna, interiorizando la atribución del evento positivo. Los sujetos delirantes obtienen una puntuación media de 2.18 en la subescala de «Internalidad» para eventos negativos significativamente inferior ($F_{(1,58)} = 71.89$; $p < 0.01$) a la obtenida por el grupo normal ($M = 4.03$). Observamos también diferencias significativas ($F_{(1,58)} = 36.60$; $p < 0.01$) para los eventos positivos entre el grupo delirante ($M = 6.02$) y el grupo normal ($M = 4.75$).

En cuanto a la subescala «Estabilidad» no se presenta la marcada diferencia que existía para el componente Internalidad, ya que para los eventos negativos no hay diferencias significativas entre el grupo delirante y el grupo normal ($F_{(1,58)} = 1.84$; $p = 0.180$). Así pues, entre el grupo delirante y el normal no se han encontrado diferencias significativas en la dimensión «Estabilidad» para los eventos negativos. Sin embargo, ante eventos positivos se han encontrado diferencias significativas entre el grupo delirante y el grupo control ($F_{(1,58)} = 8.84$; $p = 0.004$). Como se puede observar en la figura 2, el grupo de delirantes obtiene una media para los eventos positivos de 5.78 ($DT = 0.79$) frente a una media del grupo control de 5.07 ($DT = 0.90$).

En la figura 3 se observa que el grupo delirante presenta una puntuación media en la subescala de «Globalidad» para eventos negativos de 3.30 ($DT = 1.06$) muy similar a la alcanzada por el grupo normal ($M = 3.62$; $DT = 1.04$). Por lo tanto, no se encontraron diferencias significativas ($F_{(1,58)} = 1.24$; $p = 0.26$) entre los delirantes y los normales, en lo que concierne a la variable globalidad para los hechos negativos que acontecen en sus vidas. Tampoco se han encontrado diferencias significativas ($F_{(1,58)} = 0.023$; $p = 0.88$) ante situaciones positivas del estilo «consigues una subida en el sueldo» en la variable globalidad, entre los delirantes ($M = 4.69$; $DT = 1.16$) y los normales ($M = 4.74$; $DT = 1.11$). Es decir, tanto los delirantes como los normales obtienen puntuaciones similares cuando se les pregunta si este hecho positivo afectará de forma global en su vida.

El análisis de los resultados de la variable autoestima en el grupo delirante y en el grupo normal (figura 4) nos muestra que los pacientes delirantes alcanzan una puntu-



** $p < 0.001$

Figura 2. Puntuaciones medias de atribuciones en la variable «estabilidad» en pacientes delirantes y sujetos normales.

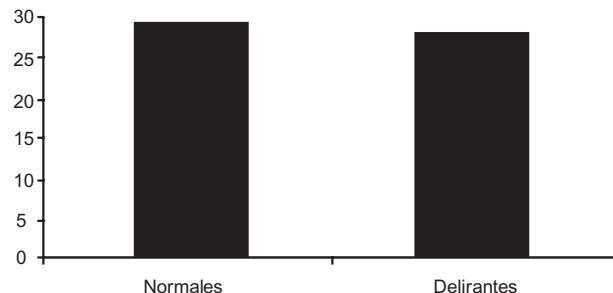


Figura 4. Puntuaciones medias de la autoestima en el grupo de normales y el grupo de delirantes.

ción media de 27.90 ($DT=2.61$) similar a la media del grupo control ($M=29.20$; $DT=2.71$). Los pacientes delirantes han manifestado una autoestima semejante al grupo de normales. En el análisis estadístico no se han encontrado diferencias significativas en autoestima entre el grupo delirante y el grupo control ($F_{(1,58)}=3.12$; $p=0.082$) que corroboren la hipótesis de que los delirantes tienen una alta autoestima con respecto a los normales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La teoría atribucional concede al delirio un poder de protección, evitando la culpabilidad, autocensura o agresividad que conduciría al paciente a una autoestima débil. Existe una tendencia en los pacientes delirantes a realizar atribuciones externas de los sucesos negativos⁶⁰ y además suponemos, como han propuesto ciertas investigaciones,^{61,62} que los delirios persecutorios reflejarían una exageración de los sesgos cognitivos que tienen lugar en las personas normales, especialmente en respuesta a estímulos aversivos o amenazantes.⁶³ Desde la teoría atribucional, los delirios se entenderían como formas extremas de un sesgo normal de utilidad en sujetos normales, explicación consistente con la sugerencia que representa la paranoia como una forma de «depresión camuflada»^{64,65} y asimismo tiene cierta relación con las teorías psicodinámicas,⁶⁶ aunque también es cierto que dicha relación tiene actualmente poco sustento biológico y clínico.

Si se analizan las hipótesis de la presente investigación, a lo largo de los distintos componentes de la dimensión atribucional, se concluye que los sujetos delirantes tienden a culpar de sus fallos y errores a las demás personas o a otras circunstancias. Por el contrario, cuando ellos tienen éxito en alguna situación, consideran que se debe a ellos mismos, atribuyendo los eventos favorables internamente. Este sesgo en el procesamiento de la información ha sido estudiado en numerosas investigaciones desde la perspectiva de la teoría de la atribución. Entre esas investigaciones, algunas^{67,68} concluyeron que es para prevenirlos contra sentimientos autorreferentes decepcionantes. En otros trabajos^{69,70} también se ha reflejado un estilo atribucional caracte-

rístico para los pacientes delirantes e incluso patrones diferentes en cuestiones como la creatividad y el tipo de sus relatos en función del tipo de delirio.^{71,72}

En los resultados obtenidos del estudio en el componente Internalidad podemos observar diferencias significativas entre los pacientes delirantes y los sujetos normales tanto para los eventos positivos como para los negativos. Estos datos amplian investigaciones⁶⁴ que han comprobado que los sujetos delirantes exhiben un marcado sesgo «autosirviente».

Con respecto a la hipótesis de partida de que los pacientes delirantes realizan atribuciones excesivamente estables tanto para hechos negativos como positivos, con respecto al grupo control, nuestros resultados corroboran dicha afirmación para los eventos positivos, ya que, como se ha demostrado, los pacientes delirantes son más estables para tales eventos que los sujetos normales; sin embargo, no se ha podido constatar esta estabilidad para los eventos negativos. Tal resultado se entendería como una función defensiva y adaptativa⁷³ del paciente delirante. Es decir, en el supuesto de que se diera un evento negativo en su vida, el paciente concluiría que sería algo fortuito, inestable y que no volvería a ocurrir.

Las conclusiones del análisis de la dimensión globalidad, la cual determina la generalización temporal de la expectativa, no cumplen la hipótesis en la cual se afirmaba que los sujetos delirantes, al igual que los normales, realizaban atribuciones excesivamente globales tanto para hechos positivos como para negativos,⁷⁴ pero no manifiestan un sesgo exagerado hacia la excesiva globalidad. Los resultados que se han obtenido en esta dimensión atribucional para los pacientes delirantes no confirman los hallados en otras investigaciones.¹⁹ Sin embargo, consideramos que en la presente investigación las diferencias atribucionales, tanto para los eventos negativos como para los positivos, se pueden constatar con absoluta fiabilidad, al haber realizado un diseño metodológico en que se ha comparado directamente a los sujetos delirantes del grupo experimental con los sujetos normales del grupo control. Por otra parte, las investigaciones que se han revisado en la mayoría de los casos presentan deficiencias debido a que la muestra es excesivamente reducida, y en ocasiones no se igualan en género y número.

La hipótesis planteada por Bentall de que los delirios reflejan un estilo atribucional defensivo, lo cual protege al individuo contra sentimientos de baja autoestima, no se ha podido constatar en esta investigación, ya que al analizar la variable autoestima observamos que no existen diferencias significativas en los pacientes delirantes, ya que sus puntuaciones son similares al grupo control, mostrando ambos una elevada autoestima. Por todo ello, se puede concluir que entre los pacientes delirantes y el grupo control sólo existen diferencias significativas atendiendo al estilo atribucional de cada grupo.

No obstante, este tipo de estudios contribuyen, junto con otros realizados,⁷⁵ a la comprensión de estos trastornos, y consecuentemente para el desarrollo de programas psicológicos eficaces⁷⁶⁻⁷⁸ con el objetivo de mejorar la sintomatología de estos pacientes e incluso en otras patologías.⁷⁹

Por último, es necesario destacar que hubiera sido interesante haber aplicado el PANSS al grupo control, ya que de esta forma se hubieran obtenido datos sobre la posible presencia de ideas delirantes o alucinaciones en pacientes sanos, tal y como se ha verificado en algunos trabajos publicados.

REFERENCIAS

1. Caparrós B, Barrantes-Vidal N, Viñas, F, Obiols J. Attention, memory and verbal learning and their relation to schizotypal traits in unaffected parents of schizophrenic patients. *Int J Clin Health Psychol* 2008;8:37-52.
2. Fernández W. Delirio. *Rev Fac Med Univ Nac Colombia* 2003;51:109-113.
3. Brevis I, Cruz C. Incidencia y factores de riesgo asociados a delirio en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica. *Revista Chilena Medicina Interna* 2008;23:18-24.
4. Virseda A, Ramos P. El delirio como metáfora psicopatológica. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33:221-30.
5. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Cuarta edición, texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
6. López-Luengo B, Vázquez C. Effects of a neuropsychological rehabilitation program on schizophrenic patients' subjective perception of improvement. *Neuropsychological Rehabilitation* 2005;15:609-618.
7. Heider F. The Psychology of Interpersonal Relations. Nueva York: John Wiley and Sons; 1958.
8. Jones EE, Davis VE. From acts to dispositions: The attribution process in person perception. En: Berkowitz L (ed). Advances in experimental social psychology. Nueva York: Academic Press; 1965.
9. Kelley HH. Attribution theory in social psychology. En: Levine D (ed). Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln: University of Nebraska; 1967.
10. Bentall RP. Cognitive biases and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. En: David AS, Cutting J (eds). The Neuropsychology of Schizophrenia. Londres: Erlbaum; 1994.
11. Estebaranz G. Estilo atribucional en el espectro Esquizofrénico. *Apunt Psicol* 2004;22:137-150.
12. Perona-Garcelán S. Estado actual de la investigación psicológica en las alucinaciones auditivas. *Apunt Psicol* 2006;24:83-110.
13. Ruiz MJ, Gutiérrez-Zotes A, Oyarzábal JV, Pamies MJ et al. Delusions and their relation with temperament and character in psychotic patients. *Psicothema* 2010;22:84-91.
14. Vera-Villaruel P, Buela-Casal G. Relaciones entre ansiedad y estilo atributivo. *Rev Mex Psicol* 2000;17:137-142.
15. Smith B, Fowler D, Freeman D, Bebbington P et al. Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schiz Res* 2006;86:181-188.
16. Navarro Bayón D, Carrasco Ramírez O. Relación entre Síntomas Psicóticos, Estados Emocionales Negativos y Años de Evolución en Personas con Esquizofrenia. *Clinica Salud* 2009;20:197-204.
17. Diez-Alegria C, Vázquez-Valverde C. Teorías cognitivas de las creencias delirantes. *Apunt Psicol* 2006;24:51-82.
18. Kaney S, Bentall RP. Persecutory delusions and the self-serving bias: Evidence from a contingency judgement task. *J Ner Ment Dis* 1992;180:773-780.
19. Candido CL, Romney DM. Attributional style in paranoid versus depressed patients. *Br J Med Psychol* 1990;63:355-363.
20. Fear CF, Sharpe M, Healy D. Cognitive processes in delusional disorders. *Br J Psychiatry* 1996;168:61-67.
21. Kaney S, Wolfenden M, Dewey ME, Bentall RP. Persecutory delusions and the recall of threatening and nonthreatening proportions. *Br J Clin Psychol* 1992;31:85-87.
22. Kinderman P. Attentional bias, persecutory delusions and the self-concept. *Br J Med Psychol* 1994;67:53-66.
23. Lyon HM, Startup M, Bentall RP. Social cognition and the manic defense: Attributions, selective attention, and self-schema in bipolar affective disorder. *J Abn Psychol* 1999;108:273-282.
24. Sharp HM, Fear CF, Healy D. Attributional style and delusions: an investigation based on delusional content. *European Psychiatry* 1997;12:1-7.
25. Won HT, Lee HJ. The self-concept and attributional style in a paranoid group. *Kor J Clin Psychol* 1997;16:173-182.
26. Bentall RP. Social Cognition and Delusional Beliefs. En: Corrigan PW, Penn DL (eds). Social cognition and schizophrenia. Washington: APA; 2001.
27. Blackwood NJ, Howard RJ, Bentall RP, Murray RM. Cognitive Neuropsychiatric Models of Persecutory Delusions. *Am J Psychiatry* 2001;158:527-539.
28. Garety PA, Hemsley DR. Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning. Oxford: Oxford University Press; 1994.
29. Penn DL, Jones N, Munt ED. A pilot study of social cognition and interaction training (SCIT) for schizophrenia. *Schiz Res* 2005;80:357-359.
30. Taylor SE. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *Am Psychol* 1983;38:1161-1173.
31. Young HF, Bentall RP. Probabilistic reasoning in deluded, depressed and normal subjects: Effects of task difficulty and meaningful versus non-meaningful material. *Psychol Med* 1997;27:455-465.
32. Bentall RP. Madness explained: Psychosis and human nature. London: Penguin Books; 2003.
33. Bentall RP, Taylor JL. Psychological processes and paranoia: Implications for forensic behavioural science. *Behav Sci Law* 2006;24:277-294.
34. García JM, Pérez M. Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Int J Clin Health Psychol* 2003;3:107-122.
35. Grijalba FJY. Deliriums in the present Spanish public life, tests of social psychiatry. *Sistema* 2007;199:99-111.
36. Brüne M. Emotion recognition, 'theory of mind' and social behaviour in schizophrenia. *Psychiatr Res* 2005;133:135-147.
37. Lahera G. Cognición social y delirio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2008;28:197-209.
38. Ruiz-Ruiz JC, García-Ferrer S, Fuentes-Durá I. La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apunt Psicol* 2006;24:137-155.
39. Berry K, Band R, Corcoran R, Barrowclough C et al. Attachment styles, earlier interpersonal relationships and schizotypy in a non-clinical sample. *Psychol Psychother Theor Res Pract* 2007;80:563-576.
40. Cather C, Penn DL, Otto MW. A pilot study of functional cognitive behavioral therapy (FCBT) for schizophrenia. *Schiz Res* 2005;74:201-209.
41. Cuevas-Yust C. Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apunt Psicol* 2006;24:267-292.
42. Granholm E, McQuai JR, McClure FS, Auslander LA et al. A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005;162:520-529.
43. Gómez AM, Botella L. Efecto de una intervención psicosocial sobre calidad de vida, estado sintomático y construcción del sí mismo en pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide. *Int J Clin Health Psychol* 2007;7:349-367.
44. Medina P, Masanet MJ, Bellver F, Montero I et al. Modificación de la expresividad emocional familiar tras una intervención psicosocial: estabilidad en el tiempo. *Actas Esp Psiquiatr* 2005;33:102-109.
45. Bentall RP, Young HF. Sensible hypothesis testing in deluded, depressed and normal subjects. *Br J Psychiatry* 1996;168:372-375.
46. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: University Press NJ; 1965.

47. Vázquez Morejón AJ, Jiménez García-Bóveda R, Vázquez Morejón Jiménez R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol* 2004;22:247-255.
48. Peterson C, Semmel A, Von Baeyer C, Abramson LY et al. The Attributional Style Questionnaire. *Cognit Ther Res* 1982;6:287-299.
49. Sanjuán P, Magallares A. Spanish adaptation of Attributional Style Questionnaire: Psychometric properties. VIII European Conference of Psychological Assessment. Budapest, Hungría; 2005 (agos-sep)31-4.
50. Kay SR, Fiszbein A, Vital-Herne M, Silva L. Positive and Negative Syndrome Scale-Spanish adaptation. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:510-517.
51. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-76.
52. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Research* 1988;23:99-110.
53. Lindenmayer JP, Bernstein-Hyman R, Grochowski S. Five-factor model of schizophrenia. Initial validation. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:631-8.
54. Bell M, Milstein R, Beam-Goulet J, Lysaker P et al. The positive and negative syndrome scale and the brief psychiatric rating scale. Reliability, comparability, and predictive validity. *J Nerv Mental Dis* 1992;180:723-8.
55. Kay SR, Sevi SR. Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1990;16:537-45.
56. Kay SR, Singh MM. The positive-negative distinction in drug-free schizophrenic patients. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:711-8.
57. Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1994;22:171-7.
58. Feinstein AR. Clinical epidemiology. The architecture of clinical research. Philadelphia: Saunders; 1985.
59. Ramos-Álvarez M, Moreno-Fernández MM, Valdés-Conroy B, Catena A. Criteria of the peer review process for publication of experimental and quasi-experimental research in psychology: A guide for creating research papers. *Int J Clin Health Psychol* 2008;8:751-764.
60. Birchwood M. Esquizofrenia. En: Caballo VE, Buela-Casal G, Carrobles JA (dirs). Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Madrid: Siglo XXI; 1995.
61. Bentall RP, Kaney S, Dewey ME. Persecutory delusions: An attribution theory analysis. *Br J Clin Psychol* 1991;30:13-23.
62. Kinderman P, Prince S, Waller G, Peters E. Self-discrepances, attentional bias and persecutory delusions. *Br J Clin Psychol* 2003;42:1-12.
63. Kaney S, Bentall RP. Persecutory delusions and attributional style. *Br J Clin Psychol* 1989;62:191-198.
64. Vázquez C, Diez-Alegria C, Nieto-Moreno M, Valiente C. Atribuciones causales explícitas e implícitas en el delirio: estudio de su especificidad en delirios paranoides y no paranoides. *Rev Psicopatología Psicol Clín* 2006;11:21-36.
65. Zigler E, Glick M. Is paranoid schizophrenia really camouflaged depression? *Am Psychol* 1988;43:284-290.
66. Winters KC, Neale JM. Delusions and delusional thinking in psychotics: A review of the literature. *Clin Psychol Rev* 1983;3:227-253.
67. Kinderman P, Bentall RP. Self-discrepancies and persecutory delusions: Evidence for a defensive model of paranoid ideation. *J Abnorm Psychol* 1996;105:106-114.
68. Kinderman P, Bentall RP. Self-discrepancies and causal attributions: Studies of hypothesized relationships. *Br J Clin Psychol* 2000;39:255-273.
69. Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D et al. A cognitive model of persecutory delusions. *Br J Clin Psychol* 2002;41:331-347.
70. Lyon HM, Kaney S, Bentall RP. The defensive function of persecutory delusions: evidence from attribution tasks. *Br J Psychiatry* 1994;164:637-646.
71. Loa N, Chávez, RA, Lara MC. La creatividad y el relato en los diferentes tipos de delirios crónicos: un estudio descriptivo. *Salud Mental* 2005;28:10-17.
72. Loa N, Chávez RA, Lara MaDC. Creativity and its association with the narrative in different kinds of delusions: A descriptive study. *Salud Mental* 2005;28:10-17.
73. Herrera A, Maldonado A. Depresión, cognición y fracaso académico. *Int J Clin Health Psychol* 2002;2:25-50.
74. Bentall RP, Jackson HF, Pilgrim, D. Abandoning the concept of «schizophrenia»: some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *Br J Clin Psychol* 1998;27:303-324.
75. Chávez JP Sánchez-Velázquez, LD. Delirio hiperactivo: Su impacto en la morbilidad de pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva. *Rev Asoc Mex Med Crit Ter Int* 2009;23:64-69.
76. Bados A, García E, Fusté A. Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Int J Clin Health Psychol* 2002;3:477-502.
77. Echeburúa E, Corral P. Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Int J Clin Health Psychol* 2001;1:181-204.
78. Hamilton KE, Dobson KS. Empirically supported treatments in psychology: Implications for international promotion and dissemination. *Int J Clin Health Psychol* 2001;1:35-51.
79. Vetere G, Portela A, Rodríguez-Biglieri R. Perfil de personalidad de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Rev Argent Clin Psicol* 2007;16:129-134.

Artículo sin conflicto de intereses