

UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



ANÁLISIS COMPARATIVO DEL ESTILO ATRIBUCIONAL
Y DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES DELIRANTES Y
DEPRESIVOS

Tesis Doctoral
Montserrat Fernández Prieto
Granada, 2001

UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



ANÁLISIS COMPARATIVO DEL ESTILO ATRIBUCIONAL
Y DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES DELIRANTES Y
DEPRESIVOS

Tesis Doctoral

Presentada por: Montserrat Fernández Prieto

Dirigida por: Dr. Gualberto Buela-Casal

Universidad de Granada

Granada, 2001

A mis padres

A Marta

Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento al Prof. Gualberto Buela-Casal, por la dirección de esta Tesis doctoral, y muy especialmente por la confianza que depositó en mí y los ánimos que en ningún momento dejó de transmitirme.

Asimismo, agradezco al personal de Psicología de la Universidad del Minho por facilitarme con afecto la integración en su Departamento, en especial al Prof. Óscar Gonçalves, por su constante apoyo y su inestimable contribución a mi formación investigadora.

Deseo también manifestar las más sinceras gracias, al psicólogo Carlos Álvarez del Hospital Psiquiátrico de Conxo, Santiago de Compostela, por su valiosa ayuda en mi acercamiento a los pacientes, sin cuya presencia esta investigación tampoco tendría lugar.

Son insustituibles las personas que cito a continuación y a quien quiero expresar algo más que un agradecimiento. Las horas que Encina dedicó al proceso de este trabajo, Eva, sobre todo ahora Tona, Mar, Nuria,

Bego, Mary, todos ellos han sido partícipes de esta investigación, decirles desde aquí que ya existo.

Traducir en palabras los sentimientos al pensar en mi familia se hace difícil, si esta investigación se ha llevado a cabo, es porque mis padres fueron los primeros que creyeron en ella, en especial en los momentos más difíciles su implicación fue decisiva. Marta, tu apoyo silencioso ha sido importante.

Gracias a quien ayudó a que me sintiese capaz.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN TEÓRICA A LA INVESTIGACIÓN -----	12
1. EL DELIRIO	
1.1. Los delirios: Concepto y Características Clínicas-----	18
1.1.1. Características Generales de los Delirios-----	20
1.1.2. Clasificación de los Delirios -----	29
1.2. El Delirio desde la Teoría de la Atribución -----	39
1.3. El papel de la autoestima en el estilo atribucional delirante -----	48
2. LA DEPRESIÓN	
2.1. Depresión: Concepto y Características Clínicas -----	50
2.2. Estilo Atribucional y Depresión -----	64
2.2.1. Relación de la Teoría de la Atribución con otras teorías---	67
2.3. El papel de la Autoestima en el estilo atribucional depresivo -----	69
2.4. Estudios empíricos de la relación entre Atribuciones Causales y Depresión-----	74

INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL -----82

3. ESTUDIO I

3.1. Introducción -----86

3.2. Hipótesis ----- 87

3.3. Variables -----88

3.4. Método -----88

3.4.1. Muestra -----88

3.4.2. Material -----89

3.4.3. Procedimiento -----96

3.5. Resultados del ESTUDIO I -----98

3.5.1. Técnicas de análisis de los resultados -----98

3.6. Discusión del ESTUDIO I ----- 113

4. ESTUDIO II

4.1. Introducción ----- 119

4.2. Hipótesis -----121

4.3. Variables ----- 121

4.4. Método ----- 122

4.4.1. Muestra ----- 122

4.4.2. Material ----- 124

4.4.3. Procedimiento ----- 125

4.5. Resultados del ESTUDIO II ----- 126

4.6. Discusión del ESTUDIO II -----138

5. DISCUSIÓN FINAL -----142

CONCLUSIONES-----154

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se pretende analizar el estilo atribucional y la autoestima, variables que a lo largo de la literatura científica han tenido un considerable relieve en la explicación de las distintas psicopatologías, en particular depresión e ideas delirantes.

La importancia de este estudio radica en el impacto social de estos trastornos. Por un lado, la esquizofrenia es uno de los más graves problemas sanitarios con que se enfrenta la sociedad tanto por la cronicidad de su evolución como por la edad habitual de comienzo. Alrededor del 1% de la población desarrolla trastornos esquizofrénicos, pero no sólo se debe valorar esta cifra sino también la repercusión de esta enfermedad en el núcleo familiar del paciente. Las investigaciones acerca de los delirios pueden incrementar la comprensión de esta enfermedad y conducir a nuevas estrategias para el tratamiento de pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia. Por otro lado, el trastorno depresivo es el más común de todos los trastornos psiquiátricos, en nuestro país se estima que de los pacientes que acuden a consulta psiquiátrica entre el 40% y el 80%

padecen este trastorno. La complejidad de esta enfermedad y su gran impacto psicosocial la convierten en uno de los principales temas de investigación dentro de la psicología. Uno de los objetivos básicos en el tratamiento psicológico de la depresión, es recuperar la forma de resolver los problemas de una forma activa y adaptativa, lo cual se puede lograr modificando un aspecto cognitivo básico como son las atribuciones. Debido a ello, en este trabajo de investigación se estudia la variable atribución junto con la autoestima.

Esta tesis doctoral se estructura de la siguiente forma: la primera parte consta de dos capítulos en los que se realiza una revisión bibliográfica de las distintas teorías y resultados obtenidos relativos a las dos patologías objeto de estudio. En particular, el primer capítulo aborda el concepto, clasificación y características clínicas del delirio propuesta por autores diferentes, para a continuación centrarse en el estudio del delirio desde el punto de vista de la teoría de la atribución y la autoestima. En el segundo capítulo, se describen las características clínicas de la depresión. Asimismo, se analizan los distintos planteamientos existentes en la literatura científica relativos al trastorno depresivo y su relación con las variables estilo atribucional y autoestima.

En la segunda parte, correspondiente al trabajo experimental de esta investigación, se describe la muestra utilizada, el método propuesto y se presentan los resultados obtenidos. Inicialmente, el propósito de este

trabajo era el estudio comparativo del estudio atribucional y la autoestima entre sujetos delirantes y depresivos, pero esta comparación directa no se pudo realizar dada la dificultad de obtener una muestra homogénea en género y número en dichas patologías. Esto ha dado lugar a que en este trabajo, se muestren los resultados a través de los dos estudios siguientes:

a) el análisis del estilo atribucional y la autoestima en una muestra de sujetos delirantes y una de normales homogéneos en género y número; b) el análisis del estilo atribucional y la autoestima en una muestra de sujetos depresivos y normales.

Finalmente, se realizará una discusión final que engloba los dos estudios y se enumeran las conclusiones más relevantes a las que se ha llegado con la consecución de este trabajo.

INTRODUCCIÓN TEÓRICA A LA INVESTIGACIÓN

La Teoría de la Atribución ha constituido un potencial para contribuir a comprender la percepción de las personas en contextos clínicos. A lo largo de toda la literatura existente en el campo atribucional se constata que las atribuciones causales desempeñan un rol central en la cognición social (Seligman, 1995); las atribuciones internas para los eventos negativos (auto-culpabilización) se han asociado con respuestas emocionales negativas; asimismo se ha establecido la tendencia a atribuir los resultados positivos a las propias acciones "sesgo autosirviente" y los

resultados negativos a causas externas (Alloy, 1988), para el mantenimiento de un autoconcepto positivo (Ross y Nisbett, 1991).

Enfatizando en el ámbito clínico las anormalidades atribucionales juegan un papel causal en los trastornos psicológicos; las personas con un estado de ánimo depresivo realizan atribuciones excesivamente externas, globales y estables para hipotéticos eventos negativos (Försterling, 1998). El modelo atribucional también ha sido utilizado como marco de referencia en el estudio de procesos delirantes (Kaney, 1989 y Kinderman, 1996) hipotetizando el estilo atribucional de estos pacientes como un mecanismo defensivo que permite a los individuos atribuir los resultados negativos externamente y les protege así de una baja autoestima (Kinderman y Bentall, 2000).

A continuación se realizará un recorrido histórico intentando contextualizar la Teoría de la Atribución.

Los modelos atribucionales estudian la formación y las consecuencias de las explicaciones causales que los individuos utilizan para dar sentido a los eventos de su vida. La Teoría de la Atribución concierne a los pensamientos que las personas realizan de cualquier evento y lo que lo causa; así como la relación entre la causa y los resultados (Buchanan, 1995).

El análisis de estas explicaciones causales tiene una larga tradición en muchos campos de la Psicología, así como en diferentes sistemas filosóficos. Eimer (1987) ha estudiado la relevancia de la teoría de la atribución en investigación, así como los filósofos Hume, Kant y Mill que han estado interesados en determinar cómo juzgan los individuos determinados eventos. Hume postuló que debe existir algún prerequisite básico que tiene que ser conocido, antes de considerar un evento como la causa de otro. La característica principal del razonamiento de Hume, sería que debemos observar los dos eventos repetidamente, antes de identificar

un evento como la causa del otro. Las ideas de Hume fueron elaboradas y especificadas por Mill.

Las concepciones de causalidad desempeñaron un papel central en diferentes áreas de la psicología, tales como percepción (Michotte, 1946), desarrollo psicológico (Piaget, 1954), motivación, emoción, personalidad y psicología clínica.

Pero en realidad la teoría de la atribución, comenzó formalmente con Heider (1958), quien trató de estudiar cómo las personas dan sentido a sus propias acciones y a las de los demás, y dirigió la atención de los psicólogos a las respuestas que las personas dan a la pregunta ¿por qué? Desde el trabajo de Heider se ha hecho mucho hincapié en la distinción entre atribuciones internas y externas. La contribución más importante de Heider a la teoría de la atribución sería la división de las fuentes potenciales de la acción en dos tipos: personales (o internas) y ambientales (o externas). Según Heider, el trabajo del perceptor consistirá en decidir si una acción dada se debe a algo dentro de la persona que la está llevando a cabo (esfuerzo, intención, capacidad) o algo fuera de la persona (suerte, dificultad de la tarea). Heider propone que existe una relación inversa entre la causalidad personal y la situacional. Cuanto mayor es la percepción de que la persona causa la acción, menor será la percepción de que la causa reside en el ambiente (y viceversa). Sin embargo la noción de causalidad de la teoría de la atribución también es limitada en el sentido que pasa por alto la variedad de las diferentes formas de explicación. No se debería suponer que las atribuciones causales (tanto internas como externas) son dimensiones fundamentales de la explicación, importantes para todas las situaciones (Försterling, 1998).

En el marco de la cognición social, el enfoque conceptual, más influyente y duradero, sin duda alguna ha sido el de Kelley (1967) quien basándose en las ideas de Heider y tomando la analogía del procedimiento

científico, ha concebido el modelo más amplio para explicar el proceso de atribución. El modelo se aplica tanto a las atribuciones que pueden hacerse sobre uno mismo (autoatribución) como las que tienen por objeto los demás (heteroatribución). La teoría de la atribución de Kelley comienza preguntándose qué información se usa para llegar a una atribución causal. Señala dos casos dependiendo de la cantidad de información que tiene disponible el que percibe. En un primero, el perceptor tiene información que proviene de múltiples fuentes y percibe la covariación de un efecto observado y de sus posibles causas. En el segundo, el perceptor se enfrenta con una única observación y de esta forma tendrá que tomar en cuenta la configuración de factores que son causas verosímiles del efecto observado (Weiner, 1990).

Como evidencia de la teoría de Kelley, puede citarse el trabajo de McArthur (1972), en el cual se confirma que las atribuciones a variables personales son mayores cuando hay bajo consenso, baja distinción y alta consistencia. Por último, las adscripciones al contexto se producían cuando la conducta era alta en distinción y, al mismo tiempo, baja en consistencia.

Según el modelo de Jones y Davis (1965) de las inferencias correspondientes el principal objetivo del proceso de atribución es inferir que la conducta que se observa y la intención que la produjo corresponden a alguna cualidad estable subyacente en la persona. Existen dos estadios básicos en el proceso de inferir las disposiciones personales: La atribución de intención y la atribución de las disposiciones. En la atribución de la intención Jones y Davis sostienen que el primer problema del perceptor es decidir qué efectos de una acción observada fueron buscados intencionadamente. En la atribución de las disposiciones el perceptor compara las consecuencias de las acciones elegidas y de las no elegidas usando el principio de los efectos no comunes en el cual un perceptor

realiza una inferencia correspondiente cuando la acción elegida tiene pocas consecuencias no comunes. Asimismo este modelo también incluye la implicación personal en las acciones de otros, estudiando la relevancia hedónica de una acción, esto es, cuando mayor es la relevancia hedónica de la acción para el perceptor, más probable es que éste haga una inferencia correspondiente y que formule un juicio extremo de la otra persona.

Resumiendo el modelo de Jones y Davis funciona con el principio de la eliminación concebido originalmente para la atribución de rasgos de personalidad o de intención; atribución que sigue a una búsqueda de causalidad interna explícita o implícita. Según este principio se rechaza la intención como factor probable en beneficio de dos explicaciones más verosímiles: la ignorancia de las consecuencias y la causalidad. Jones y Davis defendían que era más probable que las personas hiciesen inferencias correspondientes si el resultado era extraño; mientras que para Kelley, la falta de consenso llevaba a una atribución personal (Weiner, 1998).

Así pues, las teorías de Heider, la de Jones y Davis y la de Kelley se consideran generalmente como las contribuciones más importantes al campo de la atribución causal. Todas ellas convergen en los siguientes temas generales: la medición entre el estímulo y la respuesta; la interpretación causal activa y constructiva y la perspectiva del científico ingenuo. Aunque lo básico es que todas comparten una preocupación por las explicaciones y las respuestas a la pregunta ¿por qué? (Weiner, 1990).

Debido a la diversidad de investigaciones atribucionales dentro de la psicología, no existe una única teoría atribucional en la cual se sinteticen todos y cada uno de sus supuestos (Kelley, 1973). Sin embargo, hay algunas premisas básicas que son comunes a casi todos los modelos atribucionales: (A) Estos modelos asumen que los pensamientos causales, o en general las cogniciones desempeñan un papel central en el comportamiento, juicios y experiencias, por lo tanto las enmarcamos dentro

del modelo psicológico cognitivo. (B) Estas investigaciones asumen que los individuos intentan buscar explicaciones causales a eventos de su entorno físico y social, para lo cual utilizan métodos bastante similares a los usados por los científicos para determinar la causalidad, por lo que se les ha relacionados con investigaciones de comportamiento "lógico" (Försterling, 1990).

En el siguiente capítulo se llevará a cabo una revisión de la Teoría Atribucional en el ámbito delirante, como marco teórico al primero de nuestros estudios; para luego centrarnos en las explicaciones causales en el dominio de un trastorno tan importante como es el fenómeno depresivo, cuyo desarrollo empírico corresponde al segundo estudio.

1. EL DELIRIO

1.1. LOS DELIRIOS: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS CLINICAS

Desde siempre los delirios han sido el núcleo central en el campo de la psiquiatría, sin embargo, pese a los muchos modelos que se han propuesto su etiología ha permanecido un tanto desconocida. Entre los problemas a los que debemos tal desconocimiento se puede concretar por un lado, problemas asociados a su definición (Spitzer, 1990); y por otro, las pocas investigaciones empíricas que ratifiquen o descarten las teorías que se han propuesto. La definición del término delirio sigue siendo uno de los temas centrales de la psicopatología general; el vocablo delirio remite etimológicamente a "*delirare*" cuyo significado es "salirse del surco labrado, no arar derecho". Dicho término se formaría a partir del prefijo "*de*" (fuera) y "*lirare*" (arar); en sus orígenes la palabra latina se refería a los sujetos que se apartan de la colectividad. En inglés, la palabra *delusion*, (del latín deludo que significa, *to play false, to mock declive-* Lewis y Short, 1879) designa, desde el siglo XVI, la creencia u opinión falsa,

sostenida en relación a las cosas objetivas; quizás sea esta la primera referencia a una "falsedad" de contenido (Berrios, 1991). En alemán, existen dos palabras distintas: *Wahn* para el delirio y *delir* para el delirium.

En cuanto al término francés (*délire*) se define como un "error del juicio por el espíritu, durante la vigilia de cosas conocidas por todos" donde se utiliza observa la misma palabra para referirse al delirio y al delirium, no diferenciando entre síntoma y síndrome (Berrios, 1991).

El término delirio resulta "equívoco" porque se aplica, en primer lugar, a un trastorno global de la vida psíquica remitiendo el término a delirio como estado, olvidando demarcar la idea delirante frente a otros trastornos psicopatológicos (Ey, 1950).

Tomando la definición que nos ofrece el Diccionario de la Real Academia Española, en cuanto al significado del término, en castellano, delirar significa "desorden o perturbación de la razón o la fantasía originada de una enfermedad o una pasión violenta". El Diccionario de uso español de María Moliner se refiere a él como un "trastorno de la mente, propio de los estados febriles y tóxicos, en que hay intranquilidad, alucinaciones, hablar incoherente, etc."

1.1.1. Características generales del delirio

A continuación se expondrán las características generales que presenta el delirio:

A) *Pérdida de juicio de la realidad.-*

El juicio de la realidad es la capacidad humana para discernir entre lo real y lo irreal, está estructurado sobre nuestra propia razón y experiencias de la realidad (Jaspers, 1950). Jaspers, en su “Psicopatología General” lo define: “El juicio de la realidad surge de la elaboración ideal de las experiencias directas. Estas son probadas sucesivamente: como real vale sólo lo que mantiene la prueba y se confirma por ella...”. Cuando la personalidad se altera profundamente, se pierde el juicio de la realidad y ésta se halla para él transformada, convirtiéndose en “su” realidad. La convergencia de esta alteración del juicio de la realidad y de una fuerte carga afectiva hace que el hombre no pueda reconocer su error (Walter, 1991). Así el error se convierte en delirio, elaborándose un sistema de ideas, que transforman en creencias en torno a la idea que le sirvió de eje nuclear.

B) *Contenido imposible, que revela una contradicción interna.-*

Debido a la pérdida del juicio de la realidad, el sujeto delirante encontrará en su delirio frecuentes contradicciones internas, pero no le servirá de ayuda para desvanecer sus falsas ideas (Davidson, 1992). Estas contradicciones llevarán al observador a percibir la irrealidad de tales ideas, y la imposibilidad de ellas; es decir, se le revelarán como carentes de realidad, aunque se trate de delirios muy sistematizados (Brockington, 1991).

C) *Se convierte en el eje de su vida y de su existencia.-*

Todo gira en torno a su sistema delirante. El sujeto vive sólo para su delirio, él constituye su único móvil vital y su constante y principal problema. Según Jaspers, “su juicio crítico alterado se pone al servicio de su delirio”. Este carácter es una de las manifestaciones más típicas del delirio.

D) Ruptura con la realidad.-

Debido a la pérdida de juicio de la realidad, existe en el sujeto delirante una ruptura de sus relaciones con ella. El mundo y la realidad se le muestran cambiados (Jaspers, 1963). Por todo ello, el delirio es fruto de esta ruptura con “nuestra realidad” distinta de esa “otra realidad” en la que vive el delirante.

E) Ininfluenciabilidad, incorregibilidad y convicción subjetiva.-

El delirio auténtico no se modifica por ninguna influencia externa ni por ningún razonamiento o actitud ajena. Esta influenciabilidad es lo que hace que el delirio se muestre incorregible. Y de acuerdo con Jaspers: “el sujeto se aferra a sus ideas como verdades y las mantiene contra todas las otras experiencias y contra todos los motivos en su convicción que supera a la certidumbre normal, incluso para enfocar en absoluto las ocasionales dudas iniciales”. Esta convicción subjetiva del sujeto de creerse en la verdad, es una de las más destacadas características externas de la idea delirante y precisamente por ella es influenciable e incorregible (Walter, 1991). De acuerdo con Minskowsky (1950) “tal convicción es la que hace el delirio y es, precisamente, la que permite distinguir la idea delirante bien constituida, de las secundarias, frecuentemente corregibles y aún variables de un modo espontáneo”.

El desarrollo conceptual sobre el delirio lo ha establecido Jaspers en *La Psicopatología General* (1913), donde argumenta que las creencias anormales están sostenidas con extraordinaria convicción, por lo cual no

son influenciables por otras experiencias, se mantienen irrefutables a la contraargumentación y su contenido es bizarro o imposible; además son “incomprensibles en el sentido que no se pueden comprender ni son influenciables por otras experiencias del paciente. Asimismo distinguió por un lado las ideas sobrevaloradas o ideas delirantes, las cuales surgen de la personalidad del individuo, su estado de ánimo o sus experiencias (incluyendo las experiencias anormales), y por otro lado los delirios primarios que no son comprensibles y que resultan de un cambio fundamental de la personalidad (Jaspers, 1963).

Los investigadores a lo largo de la historia psiquiátrica, manifestaron la tendencia a observar las creencias delirantes diferentes cualitativamente de las creencias y actitudes normales; este supuesto ha estado muy influenciado por las investigaciones de Karl Jaspers (1963). Desde las investigaciones jasperianas los modelos de cognición normal tienen pocas implicaciones para el estudio de los delirios (Bentall y Kinderman, 1999)

Siguiendo esta línea, cabe citar autores que marcan una estricta diferenciación entre las creencias normales y los delirios. Así Berrios (1996) quien afirma que los delirios son “Actos vacíos del lenguaje cuyo contenido informativo no se refiere ni al mundo ni a la persona. No son la expresión simbólica de nada”.

El concepto de incomprensibilidad de Jaspers es difícil de operativizar en la práctica, lo que puede ser debido a que la mayoría de las definiciones contemporáneas de los delirios se inclinan hacia alguna combinación de sus tres criterios más generales (Spitzer, 1990). Un ejemplo de ello es la definición que ofrece el DSM-IV (*American Psychiatry Association, 1994*) acerca de los delirios: “Falsas creencias personales basadas en inferencias incorrectas sobre la realidad externa, creencias que se sostienen con firmeza a pesar de lo que creen casi todos los demás y en abierta oposición a pruebas obvias o evidencias

incontrovertibles”. El principal problema de esta definición es que no discrimina entre la clase de creencia a normal observada en los pacientes psiquiátricos y otras creencias no empíricas, pero sí importantes, como convicciones religiosas y políticas (Bentall, 1994).

En contraste con Jaspers, otros estudios fenomenológicos han mostrado por un lado, la existencia de un continuo entre las creencias y actitudes normales y los delirios (Kendler, Glazer y Morgenstern, 1983), y por otro, que las personas a menudo vivencian percepciones anómalas sin poseer creencias delirantes y al revés, pacientes que sufren creencias delirantes sin percepciones anómalas (Chapman y Chapman, 1988).

En el estudio y conceptualización del delirio, algunos autores siguiendo a Maher (1974), argumentan que las creencias anormales son casi siempre interpretaciones racionales de experiencias anómalas, donde el delirio se mantiene de igual manera que una fuerte creencia: es decir del mismo modo que los científicos son resistentes a descartar sus propias teorías, los delirantes son igualmente resistentes al cambio (Maher y Spitzer, 1992). Maher sostiene que el individuo predispuesto a experimentar percepciones anormales, busca una explicación la cual desarrolla a través de un mecanismo cognitivo racional normal (Garety, 1999); es decir lo que nos aporta este modelo sería la teoría que las creencias delirantes se desarrollan de la misma forma que las creencias normales y que tendrían el mismo fin,

Dado que los factores que estarían implicados en la formación de las creencias delirantes serían los mismos que el de las creencias normales, se pasará a describir este último: Las creencias normales están influenciadas por los eventos del mundo (de ahí su requisito de intencionalidad); estos eventos deben ser percibidos y se les debe prestar atención antes que ciertos algoritmos inferenciales puedan ser aplicados al conjunto de datos que han sido adecuadamente percibidos (Bentall, 1994). Son estas

estrategias heurísticas las que dan origen a las creencias y han sido motivo de interés tanto para los psicólogos sociales como para los cognitivos (Bentall, Kinderman y Kaney, 1994). Finalmente, y de acuerdo con los presupuestos de Gilhooly (1982) los sujetos pueden o no, buscar más información adicional para corroborar o rechazar sus creencias; lo que ocurre en los delirantes, es que son incapaces de distinguir entre los datos que son relevantes y los que no lo son, no siendo capaces de seleccionar los estímulos a los que deben responder. Los pacientes delirantes se encuentran ante una sobrecarga de información a la que deben buscar información y lo hacen a través de mecanismos normales (Maher, 1974), dado que la observación que realizan es selectiva de índole confirmatoria, al igual una vez más que los sujetos normales, la explicación a la que llegan es anormal, pero les produce alivio al corroborar sus hipótesis en lugar de rechazarlas.

Maher (1988, p. 20), resume su teoría en diez postulados:

1. El pensamiento delirante no es en sí mismo aberrante, es decir, esto significa que los procesos cognitivos implicados en la formación de los delirios no difieren de los procesos implicados en la formación de otras creencias no delirantes.

2. Los delirios pueden considerarse teorías (similares a las teorías científicas), mini-teorías, las cuales sirven para imponer orden y significado a los datos empíricos, que se obtienen mediante la observación.

3. Ante cualquier situación extraña o no esperada surge la necesidad de elaborar teorías. Lo misterioso surge cuando algo predecible o familiar falla. Algo misterioso es algo sorprendente; por lo que estos acontecimientos generan sorpresa, y esta discrepancia entre lo esperado y lo ocurrido nos sitúa en un "estado de búsqueda".

4. Los misterios requieren explicaciones; la búsqueda de tales explicaciones comienza y continúa hasta que al final se ha ideado una explicación.

5. Cada explicación que se desarrolla se acompaña de una disminución de tensión y consigue cierto alivio en el individuo; esto ocurre cuando la explicación satisface las discrepancias observadas.

6. Los datos obtenidos que contradicen la explicación generan disonancia cognitiva y no son bien recibidos; sin embargo los datos que son consistentes con la explicación reducen las disonancias y proporcionan cierto estatus a la explicación.

7. Los demás juzgarán la teoría como delirante si (1) Los datos sobre los que se basa no están disponibles también para ellos; y (2) Los datos están disponibles, pero no generan en ellos el sentido de lo misterioso, o el significado que les da el paciente. Esto sucede cuando los datos son esperados.

8. Las experiencias de "significado" y "alivio" se asume que tienen un locus real en el sistema nervioso central, probablemente mediatizado por el emparejamiento, o el fracaso en el emparejamiento, de una plantilla neuralmente definida (la secuencia experimentada). Si la hipótesis de locus neural es correcta, es razonable suponer que el sentimiento de tensión y activación del estado de búsqueda, puede ser producida, de un modo endógeno, mediante varias neuropatologías que afectan al tejido neuronal relevante, y esto puede ocurrir en ausencia de discrepancias reales en las secuencias ambientales o entre sus plantillas neuronales.

9. Las teorías delirantes, basadas en datos no disponibles por las demás personas, se pueden desarrollar si hay (1) un deterioro real en el funcionamiento sensorial, incluyendo también las sensaciones de dolor, kinestésicas y viscerales, que no han sido diagnosticadas en el paciente. (2) Un déficit en el proceso de selección de la entrada de información, por

ejemplo, un déficit atencional; o bien (3) Una alteración en la conducta expresiva personal, tal como trastornos del lenguaje o motores que no se han diagnosticados.

10. Una teoría delirante, como cualquier otra teoría, no se abandona realmente, hasta que el paciente tenga otra que explique mejor las experiencias que le están ocurriendo. Los pacientes delirantes son como las personas normales - incluso los científicos- quienes son resistentes a rechazar sus teorías, incluso con claras evidencias en su contra.

La implicación más importante del modelo de Maher es que las creencias delirantes se desarrollan del mismo modo que las creencias normales y que a modo general, se puede decir que sirven a los mismos propósitos, es decir a intentar explicar las realidades que envuelven al sujeto.

Maher (1988) postula tres evidencias que avalan su teoría:

Primero, los delirios se han encontrado en trastornos de diversas condiciones, esto ha sido estudiado en detalle en Maher y Ross, 1984). El hecho de que los delirios se asocien a varias clases de patologías apoya el planteamiento de que el delirio es siempre un síntoma o respuesta secundaria, reactiva a otra alteración, ya que es muy difícil imaginar que todas las condiciones en las que surgen los delirios tengan en común otra cosa que no sea cierto grado de discapacidad corporal (Maher, 1988).

Segundo, e n los sujetos delirantes no se evidencia un deterioro en la capacidad de razonamiento. Para verificar que existe un deterioro de este tipo sería necesario demostrar que estos pacientes realizan peor que otros grupos, tareas que implican inferencias lógicas, inducción y deducción. Von Domarus (1944) propuso que los pacientes delirantes sufren de incapacidad específica de razonar silogísticamente". Más tarde esto fue corroborado por Arieti (1953) y Nims (1959); esta incapacidad le supone

un fallo para distinguir entre la identidad de *sujetos* y la identidad de *predicados* en proposiciones lógicas. A partir de los estudios de dos investigadores Nims (1959) y Williams (1964) se llegaron a los siguientes resultados que (1) los sujetos no delirantes cometen errores de razonamiento lógico, algunos tipos de errores son más frecuentes que otros, y que (2) los pacientes delirantes cometen la misma clase de errores y muestran el mismo modelo de tipo de error y frecuencia que los pacientes no delirantes. Con lo cual se concluye que no hay evidencia de que exista un defecto básico en el razonamiento de los pacientes delirantes (Oltmanns, 1988).

Finalmente, Maher sugiere que en el estudio de sujetos normales bajo situaciones ambientales anómalas, las creencias irracionales pueden ser realmente provocadas. Estudios sobre los delirios de los sujetos a los que se induce hipnóticamente alguna deficiencia sensorial (e.g. sordera) (Zimbardo, Andersen y Kabat; 1981), privación sensorial (Jones, 1966) o bien pérdidas auditivas que no han sido diagnosticadas (Cooper y Curry, 1976; Cooper, Kay, Curry, Gerside y Roth, 1974) confirman la alta probabilidad de que aparezcan ideas delirantes bajo dichas condiciones anómalas.

A lo largo de la literatura científica, las definiciones más relevantes sobre el delirio han sido formuladas por Mullen (1979) y Oltmanns (1988). Las características de este tipo de creencias anormales propuestas por Mullen han sido: (a) Permanecen con absoluta convicción, (b) Se viven como una verdad evidente por sí misma, con una gran trascendencia personal, (c) No son modificables por la razón ni por la experiencia, (d) Su contenido es a menudo fantástico o al menos intrínsecamente improbable, (e) Las creencias no son compartidas por los otros miembros del grupo social o cultural (Mullen, 1979).

Por otra parte, Oltmanns (1988, p.5) enumera un listado de las principales características que se presentan en la mayor parte de las definiciones de delirio. Las principales características que Oltmanns tiene en cuenta para la definición del delirio son:

- El balance entre las evidencias a favor y en contra de la creencia es tal que otras personas la consideran completamente increíble.
- La creencia no es compartida por todos.
- La creencia se mantiene con una convicción firme. Las manifestaciones o las conductas de la persona no cambian ante la presentación de evidencias contrarias a la creencia.
- La persona está preocupada (emocionalmente involucrada) con la creencia y le resulta difícil evitar pensar o hablar sobre ella.
- La creencia tiene referencias personales, más que convicciones políticas, religiosas o científicas no convencionales.
- La creencia es fuente de malestar subjetivo o interfiere con el funcionamiento social de la persona y con sus ocupaciones.
- Las personas no dice que lleva a cabo esfuerzos subjetivos para resistirse a la creencia (en comparación con los pacientes que tienen ideas obsesivas).

En la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV, 1994) las ideas delirantes se definen de la siguiente manera:

Idea delirante. Una creencia falsa que se basa en inferencias incorrectas sobre la realidad externa, creencia que sostiene 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. La creencia no la aceptan normalmente los otros miembros de la cultura o subcultura de la

persona (es decir, no es una cuestión de fe religiosa). Cuando una falsa creencia implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. La convicción delirante se produce a lo largo de un *continuum* y a veces puede inferirse del comportamiento del individuo. Con frecuencia es difícil distinguir entre una idea delirante y una idea sobrevalorada (en cuyo caso el individuo tiene una creencia o idea no razonable, pero no la sostiene tan firmemente como en el caso de una idea delirante). (*American Psychiatric Association*, 1994, p. 783).

Como se ha podido observar a lo largo de toda la literatura científica, el concepto de delirio ha presentado dificultades en su definición. Tanto es así, que Spitzer (1995) asevera que las manifestaciones del glosario del *DSM-IV* son inconsistentes, ya que muchas ideas delirantes no son inferencias incorrectas a partir de la realidad externa; y siguiendo este planteamiento Castilla del Pino (1988, p.17) afirma: “Muchos de los delirios místicos surgen a partir de experiencias interiores (una voz oída en su interior, un sueño, un pensamiento surgido de repente y en aquel momento, y vivido como una llamada divina para salvar el mundo, etc.)”

Por otra parte y siguiendo a Castilla del Pino, se habla de delirio como una creencia, cuando el delirio no es una creencia sino una evidencia, porque por lo general se afirma como lógico aquello que no es más que un probable o verosímil.

Es muy importante haber definido clara y concretamente el delirio para poder delimitar su patología.

1.2. Clasificación de los delirios

Una vez estudiado el concepto de delirio, se procederá a realizar una breve clasificación. Para ello, se hará desde el punto de vista de la forma y desde el punto de vista del contenido:

Desde el punto de vista de la forma, Jaspers (1913) siguiendo una metodología fenomenológica distingue entre ideas deliroides o delirios secundarios, que surgían de la personalidad del individuo, de su estado de ánimo o de sus circunstancias y delirios primarios o verdaderos, los cuales son incomprensibles, surgen de cambios radicales en la personalidad y la percepción de la realidad. Para Jaspers dependiendo del origen del delirio existen dos grandes clases: unos han surgido para nosotros comprensiblemente de fenómenos afectivos conmocionantes, ofensivos, que despiertan el sentimiento de culpa, y otros, de percepciones engañosas o de la vivencia de la extrañeza del mundo de la percepción. A las primeras les llamaré ideas deliroides, a las últimas auténticas ideas delirantes. Las ideas deliroides son aquellas ideas delirantes que encuentran como fuente una vivencia patológica primaria; sin embargo, los delirios primarios son fenomenológicamente algo último, no pueden ser seguidas psicológicamente más atrás, son las auténticas ideas delirantes.

Resumiendo, la principal diferencia entre delirios primarios y otras formas de creencias, reside en la incomprensibilidad genética del delirio primario, que surge autóctonamente y que revela siempre una pérdida de juicio de la realidad. El delirio expresa siempre una profunda alteración de la personalidad. El punto de vista de la personalidad según Jaspers es la totalidad de significados con los que construimos el mundo, por lo que ningún nuevo significado debe distorsionar nuestro concepto del mundo.

Las ideas deliroides son las que han surgido comprensiblemente para nosotros de otros procesos psíquicos, que podemos seguir psicológicamente en las emociones, en los instintos, los deseos y temores para cuya explicación no necesitamos ninguna

transformación de la personalidad, sino que más bien se entienden por la disposición permanente de la personalidad o por un estado de ánimo transitorio (Goás, 1966).

Concretando lo anterior podemos concluir que para Jaspers, en la vivencia delirante primaria aparecen tres fenómenos básicos: cognición delirante, percepción delirante y representación delirante, que son reinterpretados por Gurhle y Schneider como percepción delirante y ocurrencia delirante, aunque insistiendo Gruhle sobre el rasgo del humor delirante como fundamento primario del delirio, y que es descrito por Jaspers como un estado afectivo inicial especial y por Conrad como el estado de trema.

En el estudio del delirio desde el punto de vista del contenido, se puede decir claramente, que el contenido de los delirios, como muchos otros fenómenos psíquicos, derivan de la historia individual y de las experiencias e informaciones previas que rodean el paciente. Experiencias primarias, tales como amor, celos, odio...etc. las presentan por igual la mayor parte de los sujetos, por lo que se puede predecir que algunas áreas de contenido sean comunes a pacientes delirantes de diferentes culturas. El paciente desarrollará, ideas delirantes de acuerdo con su universo social; por lo que el contenido de todos los delirios es idiosincrásico e interpretable de acuerdo con la historia del paciente, por lo que las influencias históricas, también configuran, en cierto modo, el contenido delirante (Kiev, 1972). Debido a ello si se quiere tratar de “comprender” el contenido o temática delirante resulta imprescindible un completo conocimiento de la historia biográfica del paciente, pero no sólo su pasado o su presente, sino también conocerlo que él desea para el futuro, su “proyecto vital”.

A pesar de que existe abundante literatura de las diferencias culturales en psicopatología, la mayor parte de ella debe ser tomada con cierto recelo ya que la mayoría de los antropólogos carecían de experiencia psiquiátrica (Reed, 1988). Sin embargo, existen ciertos estudios comparativos realizados por psiquiatras y psicólogos, entre los que se deducen ciertas evidencias. Estas tendencias confirman que la forma de los trastornos mentales es la misma a través de las distintas culturas, variando su contenido.

Se entiende así, que la temática delirante constituye la expresión de todo lo que el hombre que delira lleva en sí, mostrando la cara externa del profundo trastorno generador del delirio.

A continuación se presenta la clasificación de las ideas delirantes de acuerdo con su contenido propuesta por el DSM-IV, (1994, pp. 783-784):

- Celos delirantes: Idea delirante de que se es traicionado por el compañero sexual.

- Congruente con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es plenamente coherente con los temas típicos de un estado de ánimo deprimido o maníaco. Si el ánimo es depresivo, el contenido de las ideas delirantes o las alucinaciones consistirá en temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si parten de conceptos autodespectivos como un castigo merecido. Si el ánimo es maníaco, el contenido de los delirios o alucinaciones incluirá temas sobre valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o sobre una relación especial con una deidad o persona famosa. El contenido del delirio puede incluir temas de

persecución si se basan en conceptos como valor exagerado o un castigo merecido.

- De grandeza: Idea delirante de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados, o de una relación especial con una deidad o una persona famosa.

- De referencia: Idea delirante cuya temática consiste en que ciertos hechos, objetos o personas del ambiente inmediato del sujeto adoptan una significación particular y desusada. Estas ideas delirantes suelen ser de naturaleza negativa o peyorativa, pero también pueden ser de grandiosidad. Difieren de las *ideas de referencia* donde la falsa creencia no se sostiene tan firmemente ni está tan organizada como una verdadera creencia.

- De ser controlado: Idea delirante en que ciertos sentimientos, impulsos o actos se experimentan como si estuvieran bajo el control de alguna fuerza externa más que bajo el de un mismo.

- Difusión del pensamiento: Idea delirante de que los propios pensamientos están siendo difundidos en alta voz de modo que pueden ser percibidos por otros.

- Erotomaníaca: Idea delirante de que otra persona, habitualmente de *status* superior está enamorada del sujeto.

- Extraña: Idea delirante que implica un fenómeno que la cultura del sujeto consideraría totalmente inverosímil.

- Inserción del pensamiento: Idea delirante de que ciertos pensamientos propios no son de uno mismo, sino que más bien son insertados en la propia mente.

- No congruente con el estado de ánimo: Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no es coherente con los temas típicos de un ánimo depresivo o maníaco. En el caso de la depresión los delirios o las alucinaciones no implicarán temas de

inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. En el caso de la manía los delirios o las alucinaciones no entrañarán temas de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o de relaciones especiales con una deidad o un personaje famoso. Son ejemplos de síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo los delirios de persecución (sin contenido autodespectivo o de grandeza), la inserción del pensamiento y las ideas delirantes de ser controlado, cuyo contenido no guarda relación aparente con ninguno de los temas anteriormente enumerados.

- Persecutoria: Idea delirante cuyo tema central consiste en que el sujeto (o alguien cercano a él) está siendo atacado, atormentado, golpeado, perseguido o se conspira contra él.

- Somática: Idea delirante cuyo principal contenido pertenece a la apariencia o funcionamiento del propio cuerpo.

Después de haber estudiado el concepto y clasificación del delirio, se realizará un breve recorrido por las interpretaciones que los autores más importantes esta área han aportado a la comprensión del delirio.

Ciertos autores han adoptado una postura ecléctica sobre la formación y mantenimiento de los delirios (Garety y Hemsley, 1994), afirmando que la personalidad, el afecto, la autoestima y la motivación desempeñan un papel importante, aunque también serían causas fundamentales los sesgos en la percepción y el juicio.

El razonamiento probabilística (Huq, 1988; Peters, 1977) podría estar implicado en algunas clases de delirios. Los delirantes requerirían menos información antes de alcanzar un

juicio, a la vez que expresan un alto nivel de confianza en sí mismos. Para poder estudiar este supuesto, se ha concluido que el empleo del teorema de decisión de Bayes, puede ser el marco idóneo para investigar tal posibilidad (Dudley, 1997). Este teorema ofrece un modelo normativo, en el que ante cualquier hipótesis, la consistencia de la creencia se revisará a la luz de nueva información o de nuevos datos; concluyendo Hemsley y Garety (1986) en sus trabajos pioneros, que uno de los déficits básicos de los delirantes es que son incapaces de contrastar nueva información.

Los resultados de la revisión de estudios que se ha realizado, llegan a distintas conclusiones; unas investigaciones han encontrado diferencias estadísticas en la ejecución entre los sujetos delirantes y el grupo control (John y Dodgson, 1994; Kemp et al., 1997; Young y Bentall, 1995; Linney et al., 1998); mientras que otros estudios no encontraron diferencias significativas (Bentall y Young, 1996; Dudley et al., 1997). Estos estudios ofrecen importantes puntos de vista para la explicación de la naturaleza de los sesgos en el razonamiento de las personas delirantes. En el estudio de Bentall y Young se sugiere que las personas con delirios son capaces de probar hipótesis cuando se les proporciona una abanico de opciones, mientras que Dudley et al., encontraron que las personas con delirios eran similares a sus controles en la estimación de probabilidades cuando se les proporcionaba toda la información. De todas estas investigaciones emerge un rasgo característico en las personas con delirios y es su tendencia a buscar menos información para tomar una decisión. De todas formas se debe tener en cuenta que estos autores no han hipotetizado que este sesgo sería específico de ciertos tipos de

delirios, o de personas con delirios y con diagnóstico exclusivamente de esquizofrenia (Garety y Freeman, 1999).

La dificultad de los primeros estudios de razonamiento y delirios, estribó en el supuesto de que las personas razonaban de una forma lógica; los estudios se focalizaban sobre test de razonamiento lógico, con lo que por lo general los resultados eran bastante pobres, tanto de los controles como de las personas con delirios.

Varios investigadores han centrado la atención en el procesamiento de información selectiva; una de las teorías pioneras que hizo hincapié en el papel de los sesgos cognitivos, para el procesamiento de la información en el estudio de las creencias anormales, fue la de Ullman y Krasner (1969), quienes sugirieron que los delirios podían estar causados por una atención selectiva hacia los eventos amenazantes. Aunque según Locascio y Zinder (1975) no hay ninguna evidencia de que los sesgos atencionales, sean por sí solos responsables del origen de tales delirio; lo que sí se puede corroborar es que dichos sesgos, siempre están presentes una vez que dichos delirios se establecen (Bentall, 1994); por lo que cualquiera que sea el papel de los sesgos del procesamiento de información en las creencias anormales, parece claro que sólo son útiles una vez que las creencias están establecidas.

Neufeld (1990) ha intentado demostrar diferencias generales en el procesamiento de la información, entre esquizofrénicos paranoides y no paranoides; en una revisión ha argumentado que los esquizofrénicos paranoides en comparación con los no paranoides se toman más tiempo en al codificación de los estímulos, después de procesar la información; así los paranoides

muestran una incapacidad para tener en cuenta evidencias nuevas y contrastarlas con los datos que ya poseen; son más vulnerables en tareas de memoria a corto plazo (Kaney, Bowen-Jones y Bentall, 1999), y a pesar de mantener una organización semántica intacta, hacen un uso menor de las dimensiones semánticas, cuando realizan juicios acerca de los estímulos (Kaney et al., 1997). Pese a todo, por el momento no está claro qué papel desempeñan estos descubrimientos en la génesis y mantenimiento de los delirios. Además una limitación posterior a esta investigación es que no ha tenido en cuenta el contenido específico del procesamiento de información, el cual es un rasgo característico del sistema intencional. Dado que el cerebro responde a diferentes clases de información por diferentes vías, parece claro que los trastornos de intencionalidad reflejan sesgos de procesamiento más que déficits (Lyon et al., 1999).

En los últimos años, la literatura científica en el área psicológica, se ha centrado en las funciones sociales de la cognición humana (Fiske y Taylor, 1991); las cuales han incrementado la aproximación cognitiva a la explicación y comprensión del comportamiento humano. En esta línea, las investigaciones de Frith (1992) han propuesto que los delirios de referencia y de persecución surgen de la incapacidad de representar las creencias, pensamientos e intenciones de las demás personas (Garety y Freeman, 1999). Frith et al. (1995) han propuesto que la habilidad que tienen las personas para comprender y conceptualizar los procesos mentales de los demás se considera de vital importancia en las interacciones sociales. Los déficits en esta área se han identificado como posibles roles causales en autismo, trastornos esquizofrénicos y particularmente

paranoia (Kinderman et al., 1998). Con respecto a la paranoia se ha sugerido que dicho trastorno se ha asociado con un estilo atribucional anormal (Garety, 1999); los pacientes delirantes pueden interpretar mal las intenciones de los otros debido a que sufren de déficits mentales, de esta forma estos autores están apelando a explicaciones de sentido común, aunque no se han propuesto las hipótesis específicas de cómo estos déficits podrían referir anormalidades psicológicas en los pacientes paranoides.

La cuestión realmente importante, es si los déficits por sí solos pueden generar o no delirios (Bentall et al., 1994). Las investigaciones llevadas a cabo, no dan ninguna razón para suponer que ese sea el único factor; de hecho muchos pacientes autistas, en los que están presentes dichos déficits, no muestran una sintomatología paranoide. Todo ello nos sugiere que los sesgos cognitivos observados en estos pacientes tienen una función motivacional o defensiva (Bentall et al., 1994; Kinderman y Bentall, 1996).

Desde siempre han surgido propuestas explicando la ejecución deficitaria en tareas cognitivas en los pacientes esquizofrénicos, cuando se les compara con otro grupo de sujetos, Frith y sus colaboradores han tratado de explicar este hecho, al postular que el déficit cognitivo esquizofrénico es el resultado de un filtraje defectuosos de los contenidos de la conciencia “una autoconciencia excesiva” (Frith, 1979).

1.2 EL DELIRIO DESDE LA TEORÍA ATRIBUCIONAL

Antes de empezar a exponer los fundamentos de la teoría de la atribución, se explicará brevemente las razones que nos han llevado a utilizarla en este trabajo de investigación. Por un lado, la Teoría de la Atribución ofrece el marco de trabajo idóneo para el estudio del razonamiento social en pacientes delirantes; dicha teoría se ha utilizado con éxito en el estudio de la internalidad y externalidad para eventos positivos y negativos en dichos pacientes; estudiando asimismo, el papel de los sesgos cognitivos, el mantenimiento y posible génesis de los delirios; por otro lado la Teoría de la Atribución ofrece un método para comprender el comportamiento humano y ha sido especialmente bien recibida en el tratamiento de la depresión. Varias investigaciones han mostrado resultados consistentes acerca del importante papel de las atribuciones en la etiología de la depresión (Munton, Silvester et al., 1999).

A lo largo de la última década, ha habido un cambio en el paradigma biológico acerca de las explicaciones del comportamiento anormal (Klerman, 1991). La investigación biológica realizando un énfasis excesivo en determinantes biológicos, no ha abordado el tema de la “intencionalidad”; un problema que es de vital importancia para el estudio de los delirios. Este término no sólo atañe a las “intenciones” sino también a las creencias, deseos y toda clase de eventos mentales.

La teoría atribucional estudia la intencionalidad, y nos permite también entender el concepto de “incomprensibilidad” de Jaspers; ya que un comportamiento incomprensible, es precisamente aquel comportamiento en el cual las explicaciones causales no se están realizando correctamente, es decir, están fallando (Robbins y Hayes, 1995).

La investigación atribucional en clínica consistiría en identificar las atribuciones causales que podrían previsiblemente conectar con fenómenos tales como: depresión, ansiedad y en este caso concreto con delirios.

En un primer intento por explorar la función de los procesos atribucionales en los delirios, se utilizó el *Cuestionario de Estilo Atribucional ASQ* de Petersson et al. (1982). Este cuestionario demanda que los sujetos generen posibles causas a los eventos, tanto negativos como positivos. Los sujetos puntúan sus opiniones en una escala bipolar de internalidad, estabilidad y globalidad. Se plantean 12 situaciones hipotéticas al sujeto, seis positivas (e.g., "consigues una subida de sueldo ") y seis negativas (e.g., "no puedes hacer todo el trabajo que los demás esperan de ti"). Lo que tiene que hacer el sujeto, consiste en pensar y decir cuál es el elemento más probable que, en su caso particular, pudiera haber sido la causa de cada uno de esos eventos. El sujeto tiene libertad para seleccionar la causa que considere oportuna, y a continuación se le pide que

evalúe, en una escala de 1 a 7, el grado de internalidad, globalidad y estabilidad de dicha causa.

La teoría de la atribución ofrece una alternativa compatible, con el estudio del razonamiento de los individuos delirantes, al sostener que existe una tendencia general en todas las personas a realizar explicaciones causales; este enfoque puede ser particularmente apropiado para definir el delirio, ya que el individuo se encuentra con un acontecimiento anómalo, al que intenta buscar una explicación causal. Además se ha subrayado el papel de este tipo de explicaciones en el desarrollo y mantenimiento de dichas creencias delirantes (Krstev et al., 1999).

Por otra parte, dicha teoría estudia las diferencias entre las atribuciones que realizamos para explicar nuestras propias acciones – atribuciones situacionales- y las que realizamos para explicar las de los demás –atribuciones disposicionales- (Young, 1997). Sabemos que atribuimos los eventos negativos a factores del entorno, incluyendo en ese entorno a “las demás personas”, focalizando así nuestras atribuciones en ciertas disposiciones internas y estables. Ante cada experiencia negativa o desagradable, el individuo buscará explicaciones y tenderá a atribuir las a factores externos al propio sujeto, y muy concretamente en el caso de los delirantes a la conducta de los demás. Ciertos factores como la habilidad, esfuerzo, dificultad y la suerte (Försterling, 1998) se contemplan como importantes y básicos en la determinación del éxito futuro: cuando una

persona, por ejemplo, triunfa en la ejecución final, lo atribuye a su habilidad y es probable que afronte nuevas situaciones de realización en el futuro.

Kaney y Bentall (1989) elaboraron una investigación pionera para el estudio del razonamiento social de los pacientes delirantes, en la que utilizaron como marco de trabajo, la teoría de la atribución en la población delirante, encontrando que los delirantes, al igual que el resto de las personas, generan explicaciones causales de sus eventos o experiencias; en dicha investigación se encontró que los delirantes y los depresivos realizaron atribuciones globales y estables, tanto para los hechos negativos como para los positivos, cuando se les comparaba con sujetos normales. Sin embargo, los pacientes delirantes en contraste con los otros grupos, realizaron atribuciones excesivamente externas para los eventos negativos y atribuciones internas para los eventos positivos. Estos investigadores encontraron diferencias significativas entre los delirantes y los sujetos normales en la subescala de “internalidad” del cuestionario.

La teoría de la atribución propuesta por Bentall (1994) supone una alternativa dentro del modelo cognitivo. En un primer momento para poder validar el estudio han definido el comportamiento anormal (delirios). Una vez definidos, se encuentra con el problema de construir explicaciones adecuadas al comportamiento anormal, particularmente cuando se pretende dar cuenta de las contribuciones de ciertos determinantes psicológicos.

Bentall apelando al constructo "atribución" explica el mantenimiento y posible génesis de las creencias delirantes. Esta teoría expone las explicaciones de lenguaje ordinario que generan los individuos cuando tienen que dar cuenta de su propia conducta y sus experiencias o de la conducta y experiencias de otros (Kinderman, 1994). En otras palabras, se preocupa por los juicios causales que los individuos utilizan para explicar eventos que les ocurren bien a ellos mismos, o bien a los demás. Las atribuciones causales son frecuentemente respuestas a las preguntas “¿por qué?”, (e.g. “¿Por qué suspendí?”, “Porque no he estudiado suficiente”, o bien “Porque las preguntas eran muy difíciles”) por lo tanto los pensamientos, las cogniciones, son el eje central de esta investigación.

En resumen, cuando nos referimos al “estilo atribucional” queremos decir exactamente, la forma en que las personas explican las causas de los eventos positivos y negativos, incluyéndose a sí mismas a lo largo de tres dimensiones (Seligman, 1995). La primera de ellas, *locus*, donde se asume que reside la causa: internalidad (“soy yo”) vs externalidad (“es alguien más”). La segunda, *estabilidad*, algunas causas son menos modificables que otras: estabilidad (“va a ser par siempre”) vs inestabilidad (“será un corto período de mi vida”). Y la tercera dimensión, el *grado de control*, el que tiene el individuo sobre su comportamiento, que puede ser globalidad (“va a afectar a todas las áreas de mi vida”) vs especificidad (“va a influir sólo a una parte”).

A continuación se expondrán algunos de los estudios básicos relacionados con esta investigación:

En un estudio de Candido y Romney (1990) se compararon paranoides no depresivos, paranoides depresivos y depresivos controles, hallándose que los sujetos paranoides estuvieron más propensos, en comparación con los normales, a atribuir los eventos positivos a sí mismos. Los paranoides y paranoides / depresivos se inclinaron poco a atribuir los eventos negativos a sí mismos, sin embargo la diferencia entre estos dos grupos no fue significativa. En una demostración posterior, usando tareas de juicio contingente, se observó que el sesgo autosirviente estaba ausente en los depresivos (Alloy y Abramson, 1989).

Kaney y Bentall (1992) intentaron explicar el razonamiento social en pacientes delirantes, confirmando que los sujetos delirantes mostraron un exagerado sesgo autosirviente comparado con los control o depresivos. Este sesgo autosirviente supone un mecanismo de defensa para los pacientes delirantes, en situaciones en las cuales su autoestima se ve amenazada, de lo que se hablará más ampliamente en el apartado de autoestima.

Un fenómeno atribucional muy estudiado por los psicólogos sociales es el “efecto del falso consenso”, la tendencia a asumir que los otros ven el mundo exactamente igual a nosotros. Las interpretaciones de este sesgo han

sido muy discutidas en la literatura por los psicólogos sociales (Marks y Miller, 1987), entre ellas cabe destacar: Primero –intentos por mantener la autoestima. Segundo –el fenómeno se relacionó con el estilo atribucional debido a que si nosotros percibimos un evento con una atribución interna, se asume una atribución de consenso. Por otra parte, si percibimos un evento con una causalidad externa, es probable que encontremos un gran consenso para este evento. En el campo de la patología Crocker, Kaney y Alloy (1988) han demostrado diferencias en juicios de consenso entre estudiantes depresivos y no depresivos.

En línea con esta predicciones, en el caso de los delirantes ocurre una paradoja ya que, contrariamente a lo que cabría esperar en clínica, los delirantes percibirán los eventos negativos causados externamente, debido a ello debería haber un gran consenso para estos eventos (en otras palabras, deberían creer que a todo el mundo y no sólo a ellos les resulta difícil determinada situación). También se intentó aplicar el análisis atribucional al estudio de las explicaciones que los pacientes delirantes ofrecen acerca del comportamiento de los otros. Ya desde el modelo de Kelley (1967) se describe cómo deberían los perceptores hacer atribuciones causales correctas (usando el consenso, la consistencia y la distintividad según el principio de covariación), es decir, nuestras atribuciones en las distintas interacciones sociales están influenciadas por tres clases de datos: 1- que la conducta sea característica con respecto al objetivo; 2- que el

comportamiento sea consistente con conductas previas hacia la persona objetivo; y 3- que haya un consenso acerca de las acciones hacia el objetivo Kelley y Michela (1980). La influencia de estos tipos de información en las atribuciones realizadas por delirantes, depresivos y sujetos normales para conductas valoradas positiva y negativamente, han sido analizadas desde un marco de trabajo atribucional por Bentall, Kaney y Dewey (1991) en un estudio acerca del razonamiento social de pacientes delirantes y de sus interacciones sociales positivas (e.g., A María le agrada Pedro) e interacciones sociales negativas (e.g., Laura habla muy mal de Juan); concluyendo que los sujetos delirantes realizan más atribuciones personales (e.g., más responsabilidad para el actor) para las acciones antisociales, pero no para las acciones prosociales; sus hallazgos sugirieron que no existían diferencias cualitativas entre el razonamiento de las personas delirantes y las no delirantes, y sí existían diferencias cuantitativas en las atribuciones hechas entre los distintos grupos, así como también los sujetos delirantes se mostraban más seguros en sus juicios que los normales. Los resultados indican, como se esperaba, que las atribuciones de los sujetos delirantes están influidas por distintividad, consistencia y consenso en la información (por ejemplo, utilizaban el mismo “algoritmo atribucional” que los controles), mostrando sin embargo un sesgo significativo a realizar atribuciones personales culpabilizando a los otros. Estos hallazgos son paralelos a los obtenidos por Kaney y Bentall (1988) y Candido y Romney

(1990), quienes concluyeron que los delirantes están poco inclinados a realizar atribuciones internas acerca de sus propias experiencias negativas.

Continuando las anteriores investigaciones, Kinderman y Bentall (1997) examinaron las atribuciones causales para eventos positivos y negativos en pacientes paranoides, pacientes depresivos y controles, utilizando el Cuestionario IPSAQ. Las conclusiones de su estudio son: Los pacientes depresivos realizan atribuciones internas ante eventos negativos de índole social (culpabilización) al contrario que los controles y los pacientes con delirios persecutorios que tienden a evitar tal culpabilización. Aunque los grupos control y delirante tienen la misma tendencia atribucional la localización de dicha atribución es diferente ya que mientras los controles eligieron atribuciones externas situacionales o circunstanciales, los pacientes delirantes localizan la culpa en otros individuos. Estos resultados son consistentes con el modelo atribucional defensivo de delirios persecutorios de Bentall, Kinderman y Kaney (1994).

Recientes estudios llevados a cabo por Addington, Addington y Robinson (1999) examinaron la asociación entre niveles de depresión y estilo atribucional negativo en una muestra de individuos con esquizofrenia, sus resultados concluyen que sólo la dimensión de globalidad fue significativa al asociarse con síntomas positivos y ninguna dimensión atribucional fue significativa asociada con sintomatología depresiva.

1.3. EL PAPEL DE LA AUTOESTIMA EN EL ESTILO ATRIBUCIONAL DELIRANTE

Muchos trastornos clínicos tales como: depresión, ansiedad, trastornos de alimentación etc. están asociados con una baja autoestima (Brown, Bifulco y Andrews, 1990). En el estudio de los delirios se ha hipotetizado que muchos individuos con delirios persecutorios mantienen niveles normales de autoestima o incluso superiores a los sujetos normales, debido a que se postula que los delirios sirven a una función defensiva (Freeman et al., 1998).

Recientemente se ha retomado y centrado la atención en el estudio de los delirios como mecanismos de defensa. Algunos autores, Bentall (1994) y Kinderman y Bentall (1997) asumen que los delirios persecutorios reflejan una tendencia a evitar culpar al yo de los eventos negativos, lo cual sirve de defensa contra sentimientos de baja autoestima. Dichos investigadores han propuesto en detalle un modelo atribucional paranoide basado en la teoría de la Autodiscrepancia de Higgins (1987), la cual parte del supuesto que los conceptos o aspectos que uno tiene sobre sí mismo son múltiples y producen diferentes sentimientos y emociones, teniendo en cuenta no sólo lo que los individuos piensan que son actualmente (*yo actual*), sino también lo que piensan que podrían ser (*yo posible*). "Una autodiscrepancia es una estructura cognitiva que interrelaciona distintos

aspectos del yo" (Higgins, 1989, p.97). Las personas tienden a reducir las discrepancias de sus *yoes* actuales con sus *yoes* posibles, y especialmente de su Yo Ideal y su Yo Debería. Kinderman y Bentall (2000) han estudiado la relación dinámica entre las atribuciones causales y las autorrepresentaciones para ello realizaron dos estudios, el primero consistente con los modelos cognitivos de depresión, las atribuciones externas para los eventos negativos ha estado asociada con reducciones en las discrepancias entre su yo/real: yo/ideal; el segundo estudio reveló diferencias significativas entre las autodiscrepancias y los tres tipos de atribución causal.

Así pues, los sesgos cognitivos encontrados en los pacientes delirantes pueden comprenderse dentro de esta perspectiva, entendiendo los delirios como un mecanismo de defensa que les protege contra amenazas a su autoestima. Desde este punto de vista cuando se activan discrepancias entre su percepción del yo Actual y del yo Ideal, se defienden atribuyendo sus fracasos y experiencias negativas a causas externas extremas. De esta forma, la atribución externa manifestada para los eventos negativos por los pacientes delirantes disminuye las autodiscrepancias entre el yo Actual y el yo Ideal (véase figura 1).

Resumiéndolo brevemente, estos autores apoyan la idea de que las creencias persecutorias son el resultado de minimizar las discrepancias existentes entre cómo ellos se ven a sí mismos y cómo ellos pretenden

exteriorizar los eventos negativos (culpabilizando a otras personas en lugar de a sí mismos). Además, como a menudo la literatura científica ha definido, una discrepancia entre yo real / yo ideal se ha conceptualizado como una baja autoestima (Higgins, 1987; Klein y Strauman, 1985).

La observación de que el estilo atribucional de los pacientes delirantes es opuesto al de los depresivos se puede comprender por un exagerado “sesgo autosirviente” consistente en la tendencia general de atribuir los resultados positivos a ellos mismos y los resultados negativos a causas externas a ellos. Este sesgo se observa como un mecanismo de mantener su autoestima, lo cual ha sido demostrado con sujetos normales en numerosos experimentos Hewstone (1989) y Zuckerman (1979). Esta hipótesis de que los delirios tienen como función la de mantener la autoestima ha sido retomada con especial énfasis en los últimos años (Freeman et al., 1998).

Por otra parte, es posible que la autoestima pueda desempeñar un papel central en la formación y mantenimiento de los delirios persecutorios (Garety, 1994), ya que la autoestima está influenciada por la sintomatología, los eventos que rodean la enfermedad y las propias interpretaciones individuales. El soporte empírico de estas investigaciones se ha visto avalado por varios estudios transversales, donde un número de variables, tales como la severidad de la enfermedad, la atribución de la enfermedad, el funcionamiento social, etc. refieren la influencia de la autoestima en los delirios (Mechanic et al., 1994).

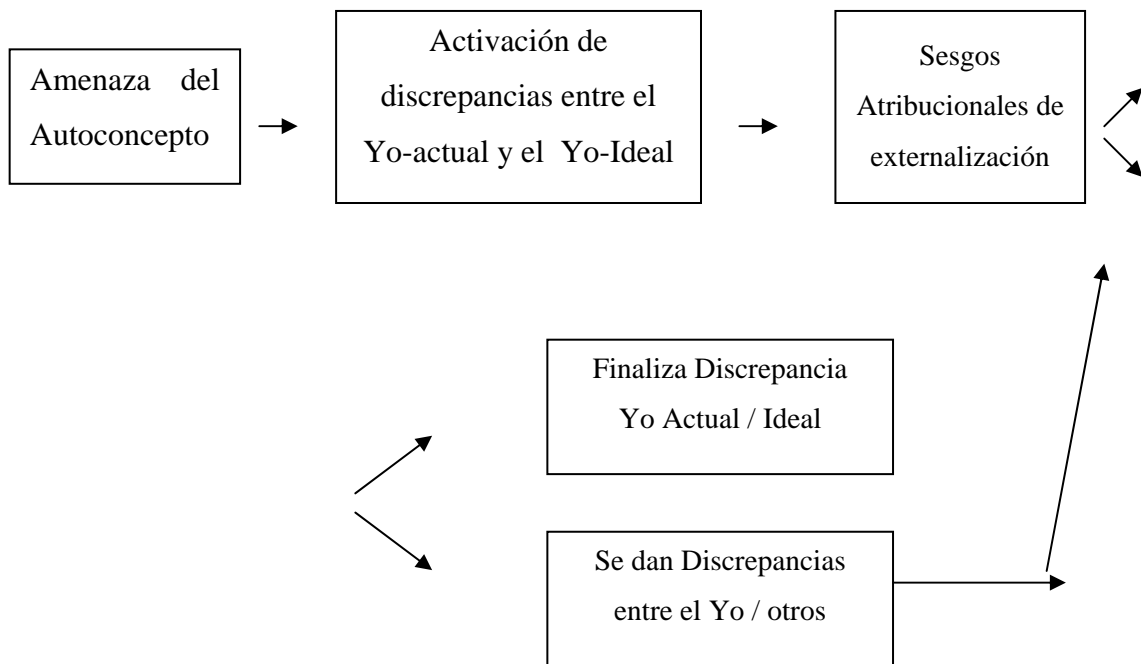


Figura 1. Relación entre Autodiscrepancias y Estilo Atribucional en pacientes delirantes (Bentall, 1994)

2. EL DELIRIO

2.1. DEPRESIÓN: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

La depresión es uno de los cuadros clínicos más complejos y heterogéneos sintomatológicamente. El trastorno depresivo es el más común de todos los trastornos psiquiátricos, es un trastorno afectivo que ha adquirido en la vida moderna grandes proporciones. Los trastornos depresivos se caracterizan por un estado deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, además de un número de síntomas asociados, tales como cambios en el peso, pérdida de apetito, trastornos en el sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga, sentimientos de infravaloración o culpa, y dificultades de concentración. Para indicar la existencia de un trastorno depresivo mayor, un individuo debe presentar estos síntomas al menos durante un período de dos semanas (Abramson y Gotlib, 1999).

Los datos epidemiológicos que ofrece, para una muestra de población general, la cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV, 1994) a cerca de la incidencia del trastorno

depresivo mayor a lo largo de la vida, y su proporción en función del sexo, ha variado para las mujeres entre el 10 y el 25% y entre el 5 y el 12% para los varones. Se ha estimado que el 6% de las mujeres y el 3% de los varones que han sufrido este trastorno, han requerido hospitalización debido a la severidad de los síntomas. La gran repercusión de este trastorno en las mujeres se ha visto plasmado en la literatura (Palmer, 1995; Hankin y Abramson, 1999). Asimismo entre el 8 y el 18% de la población general, sufrirá al menos un episodio significativo de depresión a lo largo de su vida (Kessler et al., 1993). Dado su gran impacto psicosocial, la depresión ha sido uno de los temas de estudio más importantes de la terapia de conducta.

Las teorías atribucionales han tenido un considerable relieve en la investigación de la depresión y, en concreto, como se ha comentado en la introducción de este apartado, en la reformulación de la indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), la cual permite integrar el constructo de atribución. El modelo reformulado propone que cuando un individuo ha registrado las relaciones de contingencia entre sus respuestas y los resultados del medio, se pregunta a sí mismo a qué o a quién se deben tales sucesos. Las valoraciones o inferencias de los individuos deprimidos son globales, exclusivas y frecuentes (Beck y Clark, 1988), atribuyendo la causalidad a factores caracteriológicos, por lo general, a defectos de su personalidad, con lo cual, tales defectos serían irrevocables. Así pues, de acuerdo con este modelo, los sujetos que ante sucesos negativos realicen

atribuciones internas, globales y estables, se supone que tienen una mayor probabilidad de padecer depresión; estas personas tienen un estilo atribucional que sería una característica más o menos estable. Siguiendo a Alloy y Tabachnik (1984) este estilo atribucional dependía de dos factores: por un lado, las creencias previas o expectativas que el sujeto tiene respecto al mundo, y por otro lado, la atribución causal que el sujeto realiza en base a la información de que dispone.

La primera presentación de la Teoría de la Indefensión intentaba explicar el fenómeno que tenía lugar a partir de la exposición a sucesos aversivos incontrolables, es decir, los organismos expuestos a sucesos incontrolables aprenden la falta de contingencia existente entre sus respuestas y los sucesos del medio. En esta versión se asumía que una situación de no contingencia objetiva conducía directamente a la formación de expectativas de incontrolabilidad.

Sin embargo, en el momento en que la teoría de la indefensión no es capaz de dar respuesta a ciertas preguntas, presentando una serie de insuficiencias, Abramson, Seligman y Teasdale (1978) realizan una revisión de la teoría. El modelo original presentaba estas insuficiencias: a) qué determina la cronicidad y generalidad de la indefensión y depresión, b) por qué se culpan los sujetos por situaciones sobre las que no poseen control, c) no se explica la frecuente pérdida de autoestima observada en los sujetos depresivos. Los sujetos depresivos, se culpan a sí mismos por

situaciones de las cuales ellos saben que son responsables. Los individuos deprimidos que se creen indefensos universalmente, realizan atribuciones externas para el fracaso, y los que se creen indefensos personalmente realizan atribuciones internas para el fracaso.

La formulación teórica inicial no especificaba dónde y cuándo una persona que posee expectativas de incontrolabilidad, llegará a sentirse indefensa. Esto es, no estaba clara la cuestión de generalización y la cronicidad del desamparo. Esta laguna también la resuelven con la inclusión de las atribuciones. La hipótesis reformulada propone que la cronicidad y generalidad del déficit en las depresiones de indefensión se deriva de la estabilidad y globalidad de la atribución que una persona hace para su indefensión.

Abramson et al. (1978) postulan que la exposición a situaciones incontrolables no es suficiente por sí misma para desencadenar situaciones depresivas. La depresión está formada por cuatro clases de déficit: motivacional, cognitivo, de autoestima y afectivo. Los tres primeros son resultado de la incontrolabilidad, mientras que el déficit afectivo deriva de la expectativa de que se producirán resultados negativos, no de la incontrolabilidad esperada. Como mínimo tres factores determinan la intensidad del componente emocional. La intensidad del afecto (y el déficit de autoestima) aumenta con la deseabilidad del resultado inalcanzable o con la aversividad del resultado inevitable, y con la fuerza o certidumbre de

la expectativa de incontrolabilidad. La intensidad del afecto deprimido puede depender de si la persona considera su indefensión como universal o como personal. La teoría original no distinguía entre casos en los cuales los resultados eran incontrolados para todas las personas y casos en los cuales los resultados eran incontrolados sólo para algunas personas. Al primero de los casos se le llamó indefensión universal y al segundo indefensión personal. En la indefensión universal, el individuo cree que el ambiente es incontrolable por sus propias características, por lo que nadie puede controlar la situación, mientras que en la indefensión personal, el sujeto atribuye las causas de la incontrolabilidad a su propia incapacidad. Siguiendo a Abramson et al. (1978) la distinción entre estos dos tipos de indefensión nos lleva a distinguir los distintos estados de indefensión asociados a una baja autoestima. De esta forma según estos autores se podría concluir que la pérdida de autoestima estaría asociada a la indefensión personal, pese a que el déficit cognitivo y el motivacional también aparezcan en la indefensión universal. Seligman et al. plantean el modelo de la indefensión como modelo de depresión; este autor propone cuatro pruebas relevantes para afirmar que dos fenómenos son semejantes: 1) síntomas conductuales y fisiológicos, 2) causa o etiología, 3) tratamiento y 4) prevención. Argumenta que si dos fenómenos son semejantes en cuanto a uno o dos de estos criterios se puede poner a prueba el modelo mediante búsqueda de semejanzas predichas en los criterios restantes.

Seligman señaló con abundantes datos, las similitudes entre el fenómeno de indefensión y de la depresión; siendo el fenómeno de la indefensión útil por el mero hecho de proponer una teoría formal y falsable sobre ciertos fenómenos depresivos (Sanz, 1992). En recientes investigaciones (Sanjuán, 1999) ha estudiado la relación entre el estilo atribucional, la depresión y la indefensión aprendida.

El modelo plantea que la mayoría de los síntomas que aparecen en la indefensión tienen un paralelo en la depresión. A continuación señalaremos el tipo de déficit hallado en la indefensión aprendida y su conexión con los síntomas clínicos de la depresión:

- Déficit Motivacional:

Como resultado del tratamiento de indefensión, tanto en los estudios con animales como con humanos, se observó que los sujetos experimentales presentaban problemas para emprender nuevas conductas que les permitirían controlar la situación. En el laboratorio los animales cuando eran expuestos a una situación de pérdida de control, manifestaban un descenso en la iniciación de respuestas voluntarias. En la literatura sobre depresión se señala el déficit motivacional como el retardo de la iniciación de las respuestas voluntarias que se manifiesta en un retraso psicomotor, lentitud intelectual y deterioro social.

Alloy y Abramson (1982) consideran este déficit clave de la indefensión, ya que el sujeto deprimido es capaz de percibir la relación potencial entre sus respuestas, sin embargo no está motivado para emitir respuestas cuando éstas suponen algún esfuerzo.

Este déficit motivacional de la indefensión y la inhibición motora de la depresión, se puede concluir que es el mismo síntoma, o sea una falta de respuestas voluntarias.

- Déficit Cognitivo:

Las personas y los animales indefensos manifiestan dificultades para aprender que las respuestas producen los resultados, es decir, existe una incapacidad de percibir adecuadamente la relación existente entre las propias respuestas y el resultado esperado.

El Modelo de la Indefensión Aprendido tiene una estrecha relación con el modelo cognitivo de Beck, el cual explica la depresión desde tres conceptos diferentes: Triada Cognitiva, esquemas depresivos y errores cognitivos. En los sujetos depresivos aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican cualquier pérdida, valorando excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, exhibiendo lo que se llama la Tríada cognitiva: una visión negativa de sí mismo; visión negativa del futuro, actitud de desesperanza, debido a que

considera que sus conductas están condenadas al fracaso y una visión negativa del mundo (Friedman y Thase, 1995). Así pues, lo que Beck propone es que el individuo deprimido distorsiona la información que recibe percibiendo la realidad de un modo sesgado. Por otra parte los esquemas depresivos que presentan estos sujetos son selectivos en la percepción y categorización del entorno; empleando reiteradamente un patrón depresivo, de todo el repertorio posible de esquemas del ambiente, pese a la evidencia objetiva externa (Vázquez y Vázquez, 1993). Por último, Los sujetos deprimidos efectúan procesos sesgantes en el procesamiento de la información, son los llamados errores cognitivos que llevan al individuo a maximizar los eventos negativos y minimizar los positivos; a personalizar los errores y fallos ya a pensar en términos dicotómicos de “todo o nada” (Haggá y Beck, 1995)

De acuerdo con Beck, el depresivo se caracteriza por responsabilizarse tanto de los actos negativos que ha cometido, como de los que no realizó, atribuyéndose la responsabilidad de ellos; sin embargo, sus éxitos los atribuye al azar o a la suerte. El que una persona se deprima y otras no, se explica debido a la activación en las primeras de “esquemas latentes”, los cuales tienen una cierta semejanza con el “estilo atribucional depresivo” de la teoría reformulada de la indefensión aprendida Abramson et al. (1978), que viene a decir que los individuos con indefensión personal realizan atribuciones del fracaso internas, estables y globales; y por el contrario

hacen atribuciones externas, inestables y específicas de sus éxitos. Podemos así observar que la hipótesis de Seligman sobre las atribuciones de los depresivos encaja perfectamente en los hallazgos clínicos de Beck.

Quedan patentes asimismo, las semejanzas de los dos modelos en: la visión negativa de sí mismo como atribución interna del fracaso; visión negativa del futuro como expectativas de incontrolabilidad y sobregeneralización como atribución global.

- Déficit emocional

El rasgo central de la depresión es su estado de tristeza profunda. En la investigación sobre indefensión se comprobó que los animales experimentaban un aumento de su ansiedad. Sin embargo, en posteriores investigaciones se cuestionó estos hallazgos. En cualquier caso, el componente emocional es, para algunos autores, el eje principal de la depresión.

Aunque la reformulación de la Teoría de la Indefensión presenta importantes avances con respecto al modelo original, y ha resultado ser el marco de trabajo para un gran número de estudios empíricos. Abramson et al. (1989) continuando con su línea de investigación, han realizado una revisión de la teoría buscando resolver las deficiencias que a continuación enumeran: a) no presenta una teoría explícitamente articulada de la depresión, b) No incorpora los hallazgos de la psicopatología descriptiva

acerca de la heterogeneidad de la depresión, y c) no incorpora plenamente descubrimientos significativos obtenidos por la psicología social, de la personalidad y cognitiva.

Para tratar la primera insuficiencia la teoría se plantea como un modelo que interacciona el estilo atribucional y el estrés, especificando una cadena de causas distales y próximas que aumentan la probabilidad de depresión, terminando en la desesperanza (Metalsky y Joiner, 1992). La cadena causal comienza con la ocurrencia de eventos vitales negativos, ésta es una diferencia con la Teoría de la Indefensión, ya que no se habla de “sucesos incontrolables” sino de “sucesos vitales negativos”. Diversas investigaciones epidemiológicas han mostrado que la ocurrencia de sucesos vitales negativos están involucrados en el desarrollo de la depresión (Brown y Harris, 1978; Lloyd, 1980).

Una cuestión fundamental para el campo de la depresión es por qué y cómo los sucesos vitales negativos contribuyen a la propia depresión. De acuerdo con la teoría, existen al menos tres tipos de inferencias que las personas realizan acerca de esos sucesos vitales negativos: (a) por qué ha ocurrido tal evento, (b) acerca de las consecuencias que podrían resultar de la ocurrencia del evento, y (c) acerca de las características negativas inferidas sobre uno mismo, dado el suceso vital negativo. Tales inferencias unidas a la importancia que le confiere al suceso el individuo, contribuyen

al desarrollo de la desesperanza y de los síntomas de la depresión por desesperanza (Abramson et al., 1995).

Para resolver la segunda insuficiencia la Teoría de la Desesperanza postula una nueva categoría nosológica, la depresión por desesperanza, la cual estaría definida por su causa (Gotlib y Abramson, 1999). La causa próxima y suficiente para que aparezca este tipo de depresión es la desesperanza; es decir, la expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso valorado como muy importante, además se da una escasa probabilidad de cambiar la ocurrencia de tal suceso. Podemos observar que la indefensión es un elemento necesario para la desesperanza, sin embargo, será la desesperanza la que defina la depresión en esta teoría. Para comprender la depresión por desesperanza Abramson et al. se han focalizado en la estabilidad y globalidad, en oposición a las atribuciones inestables y específicas para los sucesos vitales negativos. Si además interviene la internalidad, la desesperanza puede acompañarse de una baja autoestima (Metalsky, Joiner, Hardin y Abramson, 1993).

Con respecto a la tercera insuficiencia Abramson et al. (1989) enfatizan la importancia de la información situacional de tal suceso negativo. Cuando se da un bajo consenso (“le ocurre a poca gente lo que a mí me está ocurriendo”) y una alta distintividad (“me ocurre en muchas otras circunstancias”) favorece la desesperanza; es decir, el individuo atribuye de tal forma, que todas sus inferencias le llevan a la desesperanza.

Por otra parte, pueden existir diferencias individuales en las personas, en cuanto a poseer un estilo atribucional depresogénico, atribuyendo los eventos negativos a factores más estables y globales. Estos individuos estarían más propensos a desarrollar síntomas de depresión por desesperanza tales como, inicio retardado de respuestas voluntarias, tristeza, suicidio, falta de energía, apatía, retardo psicomotor, trastornos del sueño, dificultad de concentración... (Alloy, Lipman y Abramson, 1992). Dicho estilo pesimista ha sido también evaluado a la luz de las similitudes y diferencias entre estilo atributivo y ansiedad/depresión, planteando que en ambos trastornos se relacionarían con estilos atributivos específicos, caracterizándose un mayor rol de atribución externa en los sujetos ansiosos a diferencia de los depresivos (Vera-Villaruel y Buela-Casal, 2000). Los estilos atribucionales, en concreto, el grado de percepción acerca del control de los sucesos, se han establecido como variables que median estados del ánimo, es más algunas investigaciones han relacionado ciertos estilos con cambios en el sistema inmunológico (Vera Villaruel y Buela-Casal, 1999).

La Teoría de la desesperanza es bastante similar a otras teorías cognitivas de depresión, en particular a la teoría de Beck, ya que ambas teorías enfatizan la importancia de las atribuciones desadaptativas, en depresión, dando gran importancia al papel de la desesperanza. Asimismo las dos teorías ofrecen un modelo de diátesis-estrés. La principal diferencia

radica en que la teoría de la desesperanza postula la existencia de un subtipo particular de depresión –depresión por desesperanza-. Por otra parte, Beck enfatiza la existencia de sesgos negativos en el pensamiento depresivo, mientras que la teoría de la desesperanza permite la distorsión cognitiva en ambos, depresivos y no depresivos. Mientras la teoría de la desesperanza enfatiza el medio ambiente, además de los procesos cognitivos, en la etiología, mantenimiento y tratamiento de los síntomas depresivos; Beck se ha focalizado más en los procesos cognitivos. La teoría de la desesperanza se plantea mecanismos distales de inmunización (por ej. estilo atribucional específico e inestable para sucesos negativos), los cuales son omitidos por Beck en su planteamiento.

2.2. ESTILO ATRIBUCIONAL Y DEPRESIÓN

A continuación se presentan algunos antecedentes históricos, que a menudo se pasan por alto, y que proporcionan una interpretación histórica imprescindible para el estudio del enfoque atribucional en la patología depresiva (Peterson et al., 1995). Los dos predecesores fundamentales desde un punto de vista clínico son por un lado la teoría de la indefensión

aprendida (Seligman, 1975), donde el estilo atribucional surgirá de las distintas respuestas que dan los individuos ante eventos incontrolables (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). Por otro lado, el segundo predecesor es la tradición existente dentro de la psicología del estudio del *self*, con diferencias individuales en pensamientos y creencias, y cómo influyen en la motivación y la emoción.

Con respecto a la teoría de Seligman, se observó un paralelismo entre la indefensión producida por eventos incontrolables en laboratorio y la pasividad desadaptiva y cómo se produce en el mundo real. Diversos organismos no humanos, si se les administraba primero choques incontrolables o inescapables, mostraban poca motivación para aprender y actuar cuando estas conductas sí podían dar lugar a escape. Este síndrome de déficit cognitivo y motivacional se denominó *indefensión aprendida*, y se comparó con los síntomas que mostraban seres humanos deprimidos. Más concretamente si se percibe que la probabilidad de un resultado deseado no aumenta después de las conductas del sujeto (falta de contingencia entre respuesta y resultado), se anticipa la no contingencia futura y se produce indefensión.

En esta formulación Abramson et al. (1978) proporcionaron un papel central a las atribuciones, manifestando que cuando una persona encuentra que está indefensa, se pregunta por qué lo está. La atribución causal que

realiza determina la generalidad y cronicidad de los déficits de indefensión y su posterior autoestima. A partir de esta investigación experimental surgió la existencia de posibles estilos atribucionales característicos o disposiciones para juzgar determinadas causas como más importantes en distintas situaciones. Abramson et al. propusieron que atribuir el fracaso a causas que no cambian con el tiempo (estabilidad causal) y que aparecen en diversos entornos (globalidad causal) no es adaptativo; ya que una atribución causal estable nos llevaría a una desesperanza duradera (de ser inestable sería transitoria). Si la atribución causal es global entonces la desesperanza se mantendría a través de varias situaciones (de ser inespecífica corresponderá a una única circunstancia). Finalmente si la atribución causal es interna, la autoestima del individuo sufrirá una fuerte bajada (de ser externa, la autoestima se mantendría intacta). Brewin (1985) concluyó que este patrón atribucional conduciría a la aparición de depresión y que si se combina con acontecimientos vitales negativos, hace vulnerables a los individuos a síntomas de indefensión; mientras que las atribuciones de fracaso externas, inestables y específicas se considerarían adaptativas (Weiner, 1988)

El otro predecesor de la teoría atribucional es la tradición existente dentro de la psicología del estudio de las diferentes creencias con sus significados motivacionales y emocionales (Peterson, Buchanan y Seligman, 1995). Lo que se plantea es la posibilidad de que algunas

personas realicen más ciertos tipos de inferencias causales en función de la probabilidad de obtener una meta deseada; identificando esta teoría con el tradicional *locus* de control, relacionando cómo los pensamientos y creencias de las personas intentan controlar eventos importantes de su vida (Peterson y Stunkard, 1989). El planteamiento de diferencias individuales más común en la teoría de la atribución se relaciona con el contenido de las atribuciones causales, es decir, la tendencia a percibir qué causas o tipos de causas concretas se producirán o se han producido. Esta área de investigación está dominada por dos escalas: la de Rotter (1966) que estudia las preferencias por creencias causales internas frente a externas, donde se evalúa las creencias de causalidad ("Locus de control"); y la escala de Abramson, Teasdale y Seligman (1978), donde se compara atribuciones internas, estables, generales (globales) con atribuciones externas, inestables y específicas ("estilo atribucional").

2.2.1. Relación de la Teoría Atribucional con otras teorías

Además de la teoría de la atribución existen, sin duda, otras investigaciones que estudian las cogniciones que median entre el estímulo y sus consecuencias, por el contrario también existen investigaciones que excluyen las cogniciones de su programa de investigación. Los planteamientos tradicionales de aprendizaje, específicamente las teorías

acerca del condicionamiento clásico (Pavlov, 1927) y el operante (Skinner, 1953), así como los enfoques psicoanalíticos difieren enormemente de las teorías de la atribución. Desde un enfoque psicoanalítico las cogniciones sólo desempeñan un papel superficial, debido a que sus supuestos teóricos se basan en que problemas psicológicos actuales pueden estar causados por experiencias traumáticas (Försterling, 1988). La orientación operante y la clásica no incluyen variables cognitivas en sus modelos de comportamiento, argumentando que las cogniciones no pueden ser observadas científicamente, por lo tanto los procedimientos terapéuticos basados en estos dos paradigmas no prestan mucha atención a los procesos cognitivos de sus pacientes. Tradicionalmente los terapeutas conductuales explican el inicio y el mantenimiento de las conductas desadaptativas de sus pacientes a través de variaciones sistemáticas en las circunstancias externas (Försterling y Rudolph, 1988).

Desde una perspectiva histórica, existen otras corrientes, además de la teoría de la Atribución, para las cuales las cogniciones son el núcleo neural de su investigación: la teoría de Festinger de la comparación social (Festinger, 1954) y la teoría de la disonancia cognitiva (Festinger, 1957). Cabe citar también, la teoría del constructo personal (Kelley, 1955), la teoría del aprendizaje social (Rotter, 1954), la teoría de la terapia racional-emotiva (Ellis, 1962; Ellis y Grieger, 1977), y la teoría cognitiva de depresión de Beck (Beck, 1976), así como también las terapias de

aproximación cognitiva de Mahoney (1974, 1977) y la de Meichenbaum (1977). Todas estas investigaciones comparten el supuesto que las circunstancias externas, estímulos y eventos no determinan directamente el comportamiento y reacción emocional, ya que la interpretación y evaluación que realizan los sujetos de la realidad externa dirige su respuesta. Las teorías cognitivas (e.g., Beck, 1976) han intentado influir en las emociones negativas, tales como depresión cambiando inferencias cognitivas, interpretaciones y evaluaciones.

A continuación nos detendremos en la variable autoestima, que dada la importancia que este factor tiene en el curso de la depresión, es uno de los objetivos de estudio de esta investigación.

2.3. EL PAPEL DE LA AUTOESTIMA EN EL ESTILO ATRIBUCIONAL DEPRESIVO

Prácticamente todas las teorías sobre la depresión señalan la pérdida de autoestima como uno de los rasgos típicos del sujeto depresivo; este rasgo no había sido tenido en cuenta en los trabajos pioneros de Seligman (1975); será en la Reformulación de la Teoría donde se tenga en cuenta la característica de pérdida de autoestima, al plantear la posibilidad de dos tipos de desamparo (universal y personal), se estaba señalando la posibilidad de existencia de dos tipos de depresiones, una con pérdida de

autoestima y otro sin pérdida. Tanto en la Indefensión personal como en la universal el transcurso de los sucesos que conducen a los síntomas de indefensión es el siguiente: No Contingencia → Percepción de la No Contingencia → Atribución de la No Contingencia → Expectativa de No Contingencia Futura → Síntomas de Indefensión (Abramson et al., 1995). Esto es, cuando el sujeto percibe que todos sus actos están relacionados de forma incontingente con los resultados deseados, realiza una atribución de la percepción de no contingencia entre actos y resultados; dicha atribución conduce a una expectativa de no contingencia para los actos futuros del sujeto y sus resultados. Por último, los síntomas de indefensión serán una consecuencia de que la persona espera que sus actos futuros sean útiles para el resultado esperado. (Abramson et al., 1978).

La pérdida de la autoestima estaría producida por las atribuciones causales internas, estables y globales para sucesos negativos. El otro tipo de depresión identificado por el Modelo Reformulado de la Indefensión Aprendida es la depresión con alta autoestima; estos individuos utilizan un estilo atribucional externo con puntuaciones altas en las variables externalidad, especificidad e inestabilidad para los sucesos negativos. Varias investigaciones (Pecuch, 1999) hipotetizan que los individuos con un estilo atribucional externo para los eventos negativos, requieren significativamente menos sesiones de tratamiento que los individuos que utilizan un estilo atribucional interno (Thase; 1992).

Como ya se ha planteado, el Modelo Reformulado plantea la introducción de un elemento esencial en la explicación causal del entorno: las atribuciones. Los sujetos ante hechos incontrolables intentan darse una explicación de dicha incontrolabilidad; en otras palabras, cuando el individuo ha registrado las relaciones de contingencia entre sus respuestas y los resultados del entorno, se pregunta a sí mismo, a qué o quién se deben tales eventos Seligman et al. (1993). El concepto de incontrolabilidad supone que el individuo no tiene control sobre una situación, y con la explicación atribucional de la indefensión se confirma que a partir de esta falta de control se produciría un sentimiento de baja autoestima.

Una limitación importante del modelo antiguo es que no explicaba la baja autoestima que el sujeto tiene de sí mismo; los sujetos deprimidos que consideran que su indefensión es personal, muestran una autoestima más baja que aquellos otros que creen que su indefensión es universal (Abramson et al., 1978).

La atribución realizada por los sujetos se hará en función de tres dimensiones: Internalidad/Externalidad (según que se atribuya el resultado a una causa debida al propio individuo, o bien externa a él). Explicando las situaciones negativas como una atribución a factores internos se produce un descenso en la autoestima, tal situación no se produciría atribuyendo a factores externos. Estabilidad /Inestabilidad (creer o no que la causa se mantendrá en el futuro); es decir, atribuir los sucesos negativos a factores

estables, nos lleva a una situación de incontrolabilidad en situaciones futuras, por lo que el déficit depresivo se mantendrá en el tiempo. Globalidad / Especificidad (según se crea que la causa afectará a más áreas, o sólo al área en cuestión); por lo que atribuir los eventos negativos a factores globales, nos lleva a situaciones de incontrolabilidad en otras situaciones; es decir, el déficit depresivo se generalizará a otras situaciones de la vida (Thase; 1992).

Las dimensiones atribucionales más relevantes en el desarrollo de la depresión serían las de Estabilidad y Globalidad, puesto que serían las responsables en el tiempo y en distintas situaciones del déficit (motivacional, cognitivo y emocional) Alloy, Abramson et al. (1988). Así pues, el Modelo Reformulado asigna papeles particulares a cada una de las tres dimensiones, y sugiere que las personas que tienden a atribuir los fracasos a factores internos, estables y globales serían más propensas a la indefensión crónica y general, y a la depresión con baja autoestima. La Teoría Reformulada propone la existencia de un estilo atribucional peculiar, que a modo de rasgo de personalidad sería una característica estable en la persona. Para los sujetos vulnerables a la depresión se plantea un estilo interno, global y estable para el fracaso Abramson et al. (1978) y externo específico e inestable para el éxito (Seligman et al., 1979). Esta teoría ha sido confirmada en recientes estudios (Fox, 1997; Sanjuán y Palomares, 1998) donde los sujetos con estado de ánimo depresivo ante los

sucesos negativos realizaban atribuciones más internas, estables y globales, lo cual se correlacionaba con una baja autoestima.

Pilow, West y Reich (1991) han probado la afirmación del modelo de indefensión de Abramson, Seligman y Teasdale (1978) que argumentaba que la internalidad estaba relacionada con la depresión a través de la autoestima; mientras que la estabilidad y la globalidad sólo tenían una relación directa con la depresión. Pese a lo establecido por el modelo de indefensión, la globalidad estuvo significativamente relacionada con la autoestima, y la relación entre estabilidad y depresión no fue significativa.

En un estudio posterior, West y Reich no han podido confirmar las predicciones de relación entre las dimensiones de estilo atribucional con autoestima y depresión, porque han utilizado una muestra de sujetos normales en lugar de pacientes psiquiátricos.

En los últimos trabajos (Tripp, Catano y Sullivan, 1997; Flett, Pliner y Blankstein, 1995) se ha analizado la relación de la autoestima y la salud mental, llegando a la conclusión de que las autoevaluaciones negativas del self registran una relación directa con la salud mental. Herrero, Musitú y Gracia (1995) obtienen en su estudio que un mayor nivel de autoestima se relaciona con un menor nivel de depresión; los resultados obtenidos en su estudio confirman la hipótesis de la relación directa/indirecta en función del rol social preferente.

2.4. ESTUDIOS EMPÍRICOS DE LA RELACIÓN ENTRE ATRIBUCIONES CAUSALES Y DEPRESIÓN

En esta sección discutiremos los encuentros hallados en diversos estudios de depresión y atribuciones para eventos negativos. Para a continuación estudiar la relación de depresión y atribución para eventos positivos. En la literatura científica (Robins y Hayes, 1995) dichos estudios han revisado diferentes poblaciones por separado.

ESTUDIOS DE ESTILO ATRIBUCIONAL PARA EVENTOS NEGATIVOS

En las investigaciones llevadas a cabo para el estudio atribucional de los eventos negativos se utilizaron varios diseños: transversales, longitudinales y de diatesis-estrés, a lo largo de las siguientes poblaciones: niños y adolescentes, población universitaria y pacientes depresivos adultos. A continuación se prestará atención a los diseños transversales:

La mayoría de los estudios con población universitaria han medido las atribuciones causales sólo para situaciones hipotéticas, casi en todos ellos se han encontrado una correlación positiva entre las tres dimensiones (internalidad, estabilidad y globalidad) y la depresión, Robins (1995). Sin embargo, en muchos estudios en los que las tres dimensiones han sido examinadas por separado, se ha encontrado que algunas dimensiones son

significativas y otras no (Robins, 1988). Entre las últimas investigaciones con muestra universitaria cabe destacar la de Manassero y Alonso (1994), en la que estudian la Teoría de la Atribución causal aplicada al análisis de logro escolar; en este estudio se han caracterizado los rasgos que definen el éxito o el fracaso desde una perspectiva atributiva; concluyendo en sus correlaciones que las dos dimensiones: la temporal (Estabilidad) y la situacional (Globalidad), son las mejor relacionadas con el rendimiento expresado por las calificaciones, indicando que a mayor puntuación dimensional (más estabilidad y globalidad) corresponden mejores calificaciones. En otros estudios, Fazio y Palm, (1998) han investigado el estilo atribucional y la depresión en una muestra de 91 universitarios, confirmando que los estudiantes con un estilo atribucional pesimista, alcanzaban medidas más altas en depresión, que los estudiantes con un estilo atribucional optimista. El estilo atribucional está asociado con múltiples variables asociadas con depresión (autoestima, pesimismo), y de funcionamiento social (competencia social, conflicto con los padres...) como han indicado las correlaciones del estudio con adolescentes de Schwartz, Kaslow y Lewinsohn (2000).

Entre los estudios empíricos llevados a cabo con una muestra de pacientes depresivos adultos, existen investigaciones que apoyan la hipótesis que los pacientes depresivos y los controles no-depresivos

difieren significativamente en las tres dimensiones atribucionales estudiadas de conjunto (Compuesta Negativa), así como en cada una de ellas por separado (Eaves y Rush, 1984). Lo mismo que ocurría en los estudios con universitarios las diferencias atribucionales son menos consistentes para eventos reales, es decir, aquellas que les ocurren a los sujetos en su vida real.

En un reciente estudio (Joiner, 2001) se ha comprobado la relación entre estilo atribucional negativo y los síntomas de depresión por desesperanza. Los resultados de esta investigación han estado en línea con la Teoría de la Desesperanza; de forma similar a los estudios de Alloy et al. (1997) y Whisman et al. (1995) esta investigación midió la relación de un aspecto etiológico de la Teoría de la Desesperanza (estilo atribucional negativo) con la depresión por desesperanza *versus* otra sintomatología depresiva.

Una de las primeras investigaciones realizadas para el estudio del estilo atribucional con niños ha sido la de Seligman et al. (1984); estos autores realizaron un estudio para analizar si el estilo atribucional depresivo, caracteriza a los niños deprimidos. Para la medición del estilo atribucional utilizaron el “Cuestionario de estilo atribucional para niños” (CASQ); concluyeron que el estilo atribucional es una variable de diferencia individual estable entre los niños igual que entre los adultos. Las puntuaciones del CDI (Inventario de depresión de niños) fueron fiables y

consistentes después de seis meses, por lo que consideraron la depresión infantil como un síndrome coherente similar a la depresión de los adultos y no una fase pasajera. Los niños deprimidos realizaron atribuciones internas, estables y globales para los sucesos negativos, mostrando el estilo contrapuesto para los sucesos positivos. Similares conclusiones han sido obtenidas por Del Barrio, Frias y Mestre (1994) en una muestra de 656 niños y 630 niñas con edades comprendidas entre 8-13 años, sus resultados revelan una correlación negativa entre la depresión y la autoestima.

Otros estudios con niños con trastornos clínicos, no han encontrado relación entre atribuciones para eventos negativos y depresión (Curry y Craighead, 1990). Sin embargo, en este estudio los niños más depresivos refirieron más atribuciones externas, inestables y específicas para los eventos positivos. Encontrándose así una relación significativa de depresión con atribución para los eventos positivos, pero no para los eventos negativos.

Los estudios llevados a cabo con un diseño longitudinal han sido mucho más escasos.

En un primer estudio Golin et al. (1981) encontraron que la estabilidad y la globalidad eran predictoras del estado de ánimo. Sin embargo en otro estudio posterior no se ha encontrado ninguna relación entre el estilo atribucional y la depresión (Needles y Abramson, 1990). En una reciente investigación de Sakamoto y Kambara (1998) se han hallado relaciones

entre un determinado estilo atribucional (depresógeno o no depresógeno), eventos de vida y depresión.

Apenas hay estudios longitudinales acerca de las atribuciones para los eventos negativos en pacientes depresivos adultos. Firth y Brewin (1982) constataron que entre los pacientes depresivos realizaban atribuciones estables para los eventos positivos.

Existen algunos estudios que han intentado demostrar si algunas medidas atribucionales anteriores a la aparición de un estresor, pueden favorecer la sintomatología depresiva una vez que dicho estresor aparezca, son los estudios diátesis – estrés (Sanz, 1994).

En un estudio realizado por Hilsman y Garber (1995) con una muestra universitaria, siguiendo a Metalsky et al. (1987) han encontrado que el estilo atribucional depresivo hallado en un sujeto previo al estresor, puede llegar a ser un buen predictor de una sintomatología depresiva. Por el contrario Vázquez et al. (1991) habían hallado que el estilo atribucional no predice la sintomatología después de haber sufrido el estresor.

En una muestra universitaria Robin y Block (1989) encontraron que los niveles de sintomatología depresiva en una muestra de 83 universitarios estaban relacionados con la interacción de las medidas de la compuesta negativa (CN) del ASQ y la ocurrencia de eventos negativos vitales recientes. Consistente con la teoría, la relación entre eventos negativos

vitales y sintomatología depresiva fue mayor en los sujetos que tenían un estilo atribucional disfuncional. Esta interacción, sin embargo, no fue significativa para ninguna de las dimensiones atribucionales del ASQ por separado.

ESTUDIOS DE ESTILO ATRIBUCIONAL PARA EVENTOS POSITIVOS

El efecto del estilo atribucional para eventos positivos en depresión ha sido reflejado en muy pocas investigaciones. Seligman et al. (1995) concluyeron que el papel de las atribuciones para eventos positivos es menos directo que las atribuciones para eventos negativos.

En 1990, Needles y Abramson han propuesto un modelo de “recuperación” de la depresión, compatible con la teoría de la desesperanza Abramson, Metalsky y Alloy (1989), que hipotetiza que las personas depresivas tienden a realizar atribuciones globales y estables de los eventos positivos de su vida. En un estudio realizado en una población universitaria depresiva, llevado a cabo para validar este modelo, y estudiar el estilo atribucional, eventos de vida, desesperanza y síntomas depresivos; se concluye que la interacción de estilo atribucional (e.g., la tendencia a atribuir los eventos positivos a causas estables y globales) y el incremento en la frecuencia de los eventos positivos, predice reducciones en

desesperanza, lo cual lleva a reducciones en los niveles de sintomatología depresiva.

Varias investigaciones han indicado que ambos: eventos positivos de vida (Willner, Wilkes y Orwin, 1990) y estilo atribucional para los eventos positivos (Silverman y Peterson, 1993) han estado asociados con bajos niveles de sintomatología depresiva; lo mismo que disminuciones en desesperanza estaba asociado con descenso en sintomatología depresiva (Johnson y Feinstein, 1996).

Edelman, Ahrens y Haaga (1994) y Johnson, Crofton y Feinstein (1996) refirieron que atribuciones estables y globales para los eventos positivos no interaccionan con los eventos positivos de vida, para producir disminución de la desesperanza; Johnson et al. (1996) afirmaron que la disminución de la desesperanza no suponía una asociación significativa entre atribuciones estables y globales para eventos positivos recientes y disminución en depresión. Aunque investigaciones anteriores han indicado que las atribuciones estables y globales para eventos positivos recientes predicen disminución en depresión (Alloy et al., 1993; Johnson et al., 1996); no hay todavía una evidencia que indique que las atribuciones para eventos positivos recientes predigan disminución en depresión a través de la mediación de disminución en desesperanza (Johnson, 1998).

A lo largo de la presente investigación, se ha llevado a cabo un estudio en el que ha quedado patente como la depresión y los delirios reflejan

anormalidades en los mismos dominios cognitivos, lo que implica la existencia de ciertas variables desde las cuales se pueden explicar los dos fenómenos, aunque dichas variables no sean idénticas.

Las diferencias obtenidas en los estudios de depresión y delirios en cuanto a sus medidas en autodiscrepancias consistiría, en que los sujetos depresivos muestran discrepancias entre las representaciones de su yo/ real y su yo/ideal; mientras que en el caso de los sujetos delirantes las discrepancias están entre las percepciones que tienen de sí mismos y las representaciones que los otros tiene de ellos.

En cuanto a las medidas del estudio atribucional, principal objetivo de este trabajo, los sujetos depresivos atribuyen de forma anormal a causas internas los sucesos negativos; mientras que los sujetos delirantes muestran un exagerado sesgo autosirviente, atribuyendo los sucesos positivos más que los negativos a causas externas. Estos hallazgos sería importante clarificarlos a la luz de la propuesta de Kinderman y Bentall (1996) acerca de las atribuciones externas, e internas para eventos positivos y negativos; ello será lo que se pretende realizar en l aparte experimental de la presente investigación.

INTRODUCCIÓN
A LA INVESTIGACIÓN
EXPERIMENTAL

En los últimos años diversos autores han utilizado la Teoría atribucional para explicar varias clases de psicopatologías, en particular depresión (Försterling et al., 1998) y paranoia (Lyon et al., 1999).

La persona es una buscadora de explicaciones a todos los hechos que le suceden a ella, o a otras personas (Ostrom, 1984). El modelo atribucional 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 (Bentall, 1996).

En la parte teórica de dicha investigación se han revisado los estudios más relevantes en el ámbito atribucional y su relación con una variable tan significativa como es la autoestima; en general dichos estudios presentan deficiencias metodológicas, pues en algunos casos los grupos no están equiparados en cuanto al tipo de pacientes entre los grupos experimentales y con respecto al grupo control, y en aquellos casos en los que se igualan, el número de sujetos es muy reducido. En algunos estudios los términos “paranoide” y “persecutorio” se utilizan de forma intercambiable y sin definición. Por lo tanto, las conclusiones de los estudios no siempre son claras.

En la presente investigación se intenta subsanar dichas cuestiones, para ello la parte empírica se dividirá en dos estudios; en el primero se estudiará el estilo Atribucional y la Autoestima de pacientes delirantes comparándolo con un grupo control normal y en el segundo estudio se

procederá al análisis de Estilo atribucional y la Autoestima de pacientes depresivos comparándolo con un grupo control normal. Se han llevado a cabo dos estudios debido a que el objetivo principal de la presente investigación es comparar el Estilo Atribucional y la Autoestima en pacientes delirantes y depresivos. Sin embargo, debido a que son grupos clínicos muy diferentes en cuanto a sexo se pretende realizar dos estudios con su grupo control correspondiente para poder así equipararlos.

En este trabajo se analizan dos variables potencialmente importantes en la aparición y/o mantenimiento de estados depresivos y creencias delirantes, esto es el análisis de la autoestima y el estilo atribucional. El análisis atribucional se basa en las inferencias causales que efectúan los sujetos a través de diferentes situaciones y del tiempo.

El estudio atribucional es de capital importancia en la dinámica de la personalidad, 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, sobre todo en patologías de la dimensión que nos ocupa en esta investigación: creencias delirantes y depresión. Por otra parte la autoestima tiene una relación muy estrecha con la salud mental; una baja autoestima es por sí sola un buen indicador de un trastorno psicológico.

La parte empírica de esta tesis la hemos dividido en dos estudios:

1. Análisis del estilo atribucional en una muestra de pacientes delirantes, comparándolos con un grupo control normal.

2. Análisis de las atribuciones causales en un grupo de pacientes depresivos comparándolo con un grupo control normal.

3. ESTUDIO I

3.1. INTRODUCCIÓN

En las últimas investigaciones se ha enfatizado el estudio del delirio desde el marco de la teoría atribucional. En este estudio, siguiendo los pioneros trabajos de Bentall y Kaney (1989), pretendemos estudiar los sesgos atribucionales en el razonamiento de los pacientes delirantes.

En las páginas precedentes se ha estudiado que 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 (Cándido y Romney, 1990; Fear, Sharp y Healy, 1996; Kaney y Bentall, 1992; Kinderman y Bentall, 1996).

De acuerdo con los autores antes citados 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.

Recientes estudios mantienen la existencia de un modelo que asume que los delirios paranoides tienen como función proteger al individuo de una baja autoestima (Bentall, 1994; Young y Bentall, 1997). El sesgo cognitivo les lleva a sopesar la evidencia de forma diferente a los sujetos normales, en un intento de protección contra los sentimientos de baja autoestima. Podemos observar que la mayoría de los delirios encontrados en la clínica tienen una fuerte dirección “social” (delirios paranoides), debido a ello Bentall et al., (1991) han explorado su proceso atributivo en términos del modelo de Kelley (1967) de atribución social.

En síntesis, en la presente investigación se pretende explicar el delirio, analizando el papel de los sesgos cognitivos en el mantenimiento de las creencias anormales.

3.2. HIPOTESIS

Las hipótesis o premisas de las que partimos son las siguientes:

- Los pacientes delirantes, en mayor medida que los sujetos normales en su razonamiento social realizarán atribuciones relativamente externas para los eventos negativos (enfaticando la culpa en los demás).
- Los pacientes delirantes, en comparación con el grupo normal realizarán atribuciones relativamente internas para los hechos positivos, lo cual predecirá un incremento en la autoestima con respecto a los sujetos normales.
- Los pacientes delirantes al igual que el grupo control, tienden a realizar atribuciones excesivamente globales y estables, tanto para eventos positivos como negativos; esto es, este grupo de pacientes considerará que la causa que produjo el evento seguirá estando presente,

independientemente de si éste es positivo o negativo; y dicha causa afectará a todas las áreas de su vida.

- El grupo delirante en conjunto, comparándolo con el control, se manifestará puntuando en todas las dimensiones más alto en éxito que en fracaso.

3.3. VARIABLES

3.3.1. Variable Independiente:

- Trastorno delirante (5 años de cronicidad)

3.3.2. Variables Dependientes:

- Estilo Atribucional
- Autoestima

3.3.3. Variables Controladas:

- Edad
- Sexo
- Otros trastornos psicológicos
- Trastornos orgánicos cerebrales
- Consumo de drogas

3.4. MÉTODO

3.4.1. Muestra

- *Grupo experimental (delirante)*

Este grupo está compuesto por 20 pacientes diagnosticados de “esquizofrenia paranoide” y trastorno delirante ingresados en la Unidad de

Rehabilitación de un Hospital Psiquiátrico. El grupo consta de 17 hombre y 3 mujeres, con una media de edad de 36,20 (SD = 6,86). Los criterios de inclusión que hemos seguido son los siguientes:

- (1) Pacientes ingresados en la Unidad de Rehabilitación de un Hospital.
- (2) Todos ellos sufrían de ideas delirantes en el momento de pase de las pruebas, su diagnóstico seguía los criterios según el DSM IV para esquizofrenia paranoide (16 pacientes) y trastorno delirante (paranoide) (4 pacientes).
- (3) Con edades comprendidas entre 26 y 48 años.
- (4) Ninguno de ellos con historia de consumo de drogas.
- (5) Sin evidencia de trastornos orgánicos cerebrales.
- (6) Todos ellos tenían una puntuación en los ítems 1 (Delirio), 5 (Grandiosidad) y 6 (Suspición/Perjuicio) en la escala PANSS-P de más de 3.
- (7) Todos tenían más de 5 años de enfermedad.

- *Grupo control*

Es el grupo más numeroso de la muestra, y como es lógico, ello se debe a su mayor facilidad de reclutamiento. Está compuesto por 40 sujetos igualados en edad y sexo con el grupo experimental. Con una media de edad de 35,80 (SD = 6,50). Ninguno de ellos debe poseer historia psiquiátrica, ni ningún trastorno que requiera tratamiento.

3.4.2. Material

Los instrumentos utilizados en esta investigación han sido seleccionados por su fiabilidad y validez.

Instrumentos de medida:

- Escala de Autoestima de Rosenberg
- Inventario de Depresión de Beck
- Cuestionario de Estilo Atribucional
- Escala de Síndrome Positivo y Negativo en la Esquizofrenia

Escala de Autoestima de Rosenberg. – EA (Rosenberg, 1965)

Para la evaluación de la autoestima hemos utilizado la escala de Autoestima de Rosenberg (EA; Rosenberg, 1965), que constituye un instrumento de evaluación de la autoestima global del sujeto. Esta escala 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.

La escala consta de ítems que, según el autor, recogerían los aspectos medulares de la propia valía (cinco de los cuales están redactados positivamente, en el sentido de la autoestima positiva, y cinco en sentido negativo).

En un minucioso estudio sobre la autoestima del adolescente, llevado a cabo por Rosenberg (1965), a partir de una muestra de 5.024 sujetos, encontró que la escala poseía una capacidad para reproducir el orden de los puntajes (escalabilidad) del 92%. Es un estudio llevado a cabo por Silber y Tippett (1965), con una muestra de 28 sujetos, se encontró para la escala una fiabilidad mediante el método del test-retest (con un intervalo de dos semanas) de 0,85. En el mismo estudio de Silber y Tippett (1965), se investigó la validez convergente de la escala, y estos autores encontraron que ésta presentaba índices de correlación que oscilaban entre 0,56 y 0,83

con respecto a otros instrumentos similares y a la evaluación clínica de la autoestima.

En la revisión sobre la investigación en autoestima efectuada por Wylie (1974), se concluye que: “La escala de Autoestima de Rosenberg, aunque corta, mostró fuerte fiabilidad y validez, y es el instrumento más aprovechado para la medición de la autoestima”.

Por último cabe señalar, que en un reciente estudio de Pastor et al. (1997) se han examinado las dimensiones de la escala e una muestra de 640 sujetos; tomando la dimensionalidad como aspecto clave de cara a establecer las cualidades psicométricas de la escala, concluyendo que la determinación de si subyacen uno o más factores afecta de forma crucial a estudios sobre fiabilidad y validez, en especial la criterial.

Inventario de Depresión de Beck

(Beck Depression Inventory) – BDI. (Beck y cols., 1979)

El Inventario de Depresión de Beck fue desarrollado, en un primer momento, como un instrumento heteroaplicado de veintiún ítems que evaluaba la intensidad del síndrome depresivo. Los diferentes aspectos a evaluar son Tristeza, Desánimo, Sentimiento de fracaso, Insatisfacción, Culpa, Sentimiento de castigo, Desprecio de sí mismo, Autoculpabilidad, Pensamientos Suicidas, Lloro, Irritabilidad, Aislamiento, Indecisión, Imagen corporal, Trabajo, Sueño, Cansancio, Apetito, Sentimiento de pérdida de peso, Hipocondría y Sexualidad (Riaño, 1997). A continuación, los autores realizaron una versión paralela, en forma autoaplicada, transformando cada ítem en cuatro a seis fases autoevaluativas graduadas en orden creciente de intensidad. En nuestro país, Conde y Useros (1976) tradujeron y adaptaron al castellano la versión

inglesa, pero balanceando las opciones de respuesta con el fin de evitar sesgos al responder.

También se ha desarrollado una forma corta de trece ítems procedentes de lo veintiún originales (Beck y cols., 1974). Sin embargo, a pesar de que la correlación entre ambas formas es alta (0,96), se aconseja utilizar la versión de veintiún ítems, ya que el porcentaje de errores de clasificación cometidos con ella es más bajo (Kendall y cols., 1987).

El contenido de los ítems refleja claramente la importancia concedida por los autores al componente cognitivo de la depresión; solamente una tercera parte de los ítems hace referencia a aspectos fisiológicos o conductuales.

La versión más conocida en España es la de Conde y Franch. Sin embargo, la última versión del cuestionario (Beck y cols., 1979) resulta más adecuada y de más fácil aplicación, además de considerar el punto de referencia del paciente a la hora de contestar el cuestionario, no sólo el momento actual, sino también la semana anterior (Vázquez y Sanz, 1991).

En un reciente estudio se ha analizado la utilización de la versión de 1978 del Inventario para la Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979); los datos se han obtenido de una muestra de 1393 estudiantes universitarios, obteniéndose cifras altas de fiabilidad tanto en términos de consistencia interna, en el análisis de consistencia interna del BDI un coeficiente alfa de 0,83; como de estabilidad temporal, la fiabilidad tes-retest se halló en tres grupos distintos de sujetos pertenecientes a la muestra total, las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para los tres subgrupos (Sanz y Vázquez, 1998).

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) posee en los distintos criterios de validación unos buenos ajustes; sin embargo, no ha habido tanto acuerdo en lo que respecta a la estructura que conforman los 21 ítems (Ibañez, Peñate y González, 1997).

Los estudios más relevantes han sido los que han utilizado el Análisis Factorial Confirmatorio, de ahí se han derivado modelos monofactoriales, bifactoriales, trifactoriales... La estructura factorial del BDI no está suficientemente definida, lo cual se ve agravado por la escasez de estudios para la adaptación española del instrumento. Los investigadores Ibáñez, González y Peñate (1997) concluyen en un estudio que los resultados de los análisis exploratorios apoyan la posibilidad de estructuras factoriales alternativas a las mono y trifactoriales.

Cuestionario de Estilo Atribucional (Attributional Style Questionnaire) – ASQ. (Peterson y cols., (1982)

Una versión preliminar de esta escala fue elaborada por Semmel y cols. (1978). La versión utilizada es la forma final del cuestionario realizado por Peterson y cols. en 1982. Es un cuestionario autoaplicado que consta de doce situaciones, seis positivas y seis negativas, ante las que el sujeto debe indicar las causas a las que atribuiría su ocurrencia, contestando a cuatro preguntas. Dichas preguntas son presentadas siempre en el mismo orden, y se refieren: la primera a la causa principal a la que se atribuye la situación; la segunda a la internalidad o externalidad; la tercera a la estabilidad o inestabilidad y la cuarta a la globalidad o especificidad.

Al comienzo del cuestionario el sujeto recibe instrucciones escritas señalándole que lea cada una de las situaciones que se detallan a continuación, y que las imagine de manera tan vivida como si le estuvieran sucediendo realmente. A continuación se le pide que primero describa, en el espacio que se le asigna, cuál sería la causa principal de la situación si le estuviera ocurriendo y, finalmente conteste a las tres preguntas restantes, valorando su respuesta en una escala del uno al siete.

La consistencia interna, estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, osciló entre 0,44 y 0,69 para las puntuaciones de las diferentes dimensiones atribucionales, mientras que en las puntuaciones compuestas fue 0,75 para las situaciones positivas y 0,72 para las negativas. Por otra parte, las correlaciones entre las dimensiones son mucho mayores para las situaciones positivas que para las negativas, lo cual sugiere, según los autores, que sólo existe independencia entre dimensiones para los sucesos negativos.

La estabilidad test-retest del instrumento, con un intervalo de cinco semanas, muestra unas correlaciones entre 0,58 y 0,7 para las situaciones positivas y de 0,57 a 0,69 para las negativas.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ) son dos instrumentos que han sido utilizados tradicionalmente por Seligman et al. En sus investigaciones sobre el estilo atribucional.

Escala de Síndrome Positivo y Negativo en la Esquizofrenia (PANSS) (Cuesta y cols., 1994)

La Escala de los síndromes positivo y negativo (*The Positive and negative syndrome scale* – PANSS) de Kay y cols. (1987) es apropiada para la evaluación de los síntomas positivos y negativos en esquizofrenia. Esta escala deriva de dos escalas que se habían empleado ampliamente con anterioridad: La Escala de Evaluación psiquiátrica breve o BPRS (Overall y Gorkman, 1962) y el Inventario de puntuación psicopatológica (*Psychopathological rating schedule* – PRS).

Las puntuaciones de la escala PANSS, están basadas en la totalidad de la información perteneciente a un período determinado, normalmente la semana previa a la evaluación. Los datos concernientes al funcionamiento

son una fuente esencial para valorar las alternativas sociales y conductuales, y particularmente para valorar los ítems concernientes al retraimiento emocional y social, escaso control de los impulsos, evitación social activa, hostilidad, escasa cooperación, excitación y retardo motor. La mayoría de los ítems de la escala PANSS permiten la observación directa de las siguientes funciones: afectividad, psicomotricidad, cognición, percepción, atención, integración, e interacción.

De los treinta ítems 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). La puntuación total de cada una de estas escalas es la resultante de la suma de las puntuaciones de sus correspondientes ítems. Por consiguiente, los rangos potenciales son de siete a cuarenta y nueve para las escalas positiva y negativa y de dieciséis a ciento doce para la escala de psicopatología general. Además de estas escalas, existe otra escala adicional, la escala compuesta (PANSS-C), que resulta de restar la puntuación de la escala negativa a la puntuación de la escala positiva: $((\text{PANSS-P}) - (\text{PANSS-N})) = \text{PANSS-C}$. Las escalas Positiva y Negativa se componen de 7 síntomas y la de Psicopatología general incluye 16 síntomas.

Mediante la escala Compuesta se puede clasificar a los pacientes en esquizofrénicos positivos, negativos o mixtos, en función de la puntuación que se obtiene en esta operación aritmética.

Esta escala es un índice bipolar cuyos rangos están entre - 42 y 42, y refleja el grado de predominancia de un síndrome sobre el otro. La interpretación de las puntuaciones de las cuatro subescalas de la PANSS se hace con ayuda de la tabla de percentiles obtenida de un estudio de validación sobre cien pacientes esquizofrénicos. En el caso de que la puntuación actual no esté incluida en la tabla, su correspondiente percentil se puede calcular mediante una simple interpolación. El rango del percentil,

a su vez, puede ser interpretado en función de su porción en la curva de distribución normal.

La PANSS incorpora validaciones psicométricas específicas para diferentes idiomas. El grupo de Peralta y Cuesta (1994) ha llevado a cabo la validación de la PANSS en una muestra española. Realizaron un análisis factorial de todos los síntomas de la PANSS sobre una muestra de 100 pacientes esquizofrénicos, identificando 8 factores o dimensiones psicopatológicas bastante similares a las de Kay (1990). Además, identificaron claramente una dimensión desorganizativa como tercera dimensión o factor, tras de la negativa y positiva.

Cuesta y Peralta (1995) han analizado mediante técnicas de análisis factorial confirmatorio (LISREL) los 30 síntomas de la PANSS en diferentes modelos compuestos de 1 a 4 dimensiones clínicas, incluyendo también un modelo nulo para comparación. Siendo los modelos de 3 y 4 dimensiones integrados por las dimensiones Positiva, Negativa, Desorganizativa y/o Relacional los que obtuvieron mejor ajuste estadístico.

3.4.3. Procedimiento

El pase de pruebas del grupo experimental (grupo delirante) lo hemos realizado en la Unidad de Rehabilitación de un Hospital Psiquiátrico. La muestra está compuesta por 17 hombres y 3 mujeres; como es lógico, el porcentaje en sexo es consecuencia de las características de la propia patología delirante. La media de edad de la muestra delirante es de 36,20 (SD = 6,86).

El psicólogo del Centro ha informado a aquellos pacientes que reunían los criterios de inclusión en la muestra que debían tener una sesión

con el investigador para la pasación de unos cuestionarios. En la primera sesión con el paciente hemos empleado sobre unos 15 minutos para intentar establecer una buena relación, entre el investigador y el paciente.

Los pacientes que cumplían todos los criterios de selección para la investigación, pasaban a completar una serie de cuestionarios. Estas pruebas incluían medidas de cada una de las tres dimensiones de la atribución causal: 1) internalidad – externalidad, 2) estabilidad – inestabilidad y 3) globalidad – especificidad (Cuestionario de Estilo Atribucional – ASQ), del estado depresivo (Inventario de Depresión de Beck – BDI) y, de autoestima (Escala de Autoestima de Rosenberg – EA). A todos estos pacientes se les había pasado previamente la Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANSS).

En el momento de pase de las pruebas, todos los sujetos estaban siendo controlados farmacológicamente.

El tiempo empleado en este estudio fue considerablemente mayor al estimado. Inicialmente hemos tenido que aprender a superar ciertas dificultades, como la escasa voluntad de algunos pacientes, el escaso número de pacientes con los criterios de inclusión que establecimos, etc. La duración total de esta fase fue de 15 meses.

Con respecto al grupo control los sujetos han sido seleccionados igualados en edad y sexo con el grupo experimental. A este grupo no se le ha administrado la Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANSS) debido a que hemos partido de la base de que no deben poseer historial psiquiátrico que requiera tratamiento.

3.5. RESULTADOS DEL ESTUDIO I

3.5.1. Técnicas de análisis de los resultados:

A continuación exponemos las técnicas de análisis de datos con el fin de valorar las hipótesis formuladas. En el procesamiento de los datos hemos utilizado el paquete estadístico SPSS 10.0; los análisis estadísticos en los dos estudios han estado en función de los objetivos planteados. 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 comprobar la existencia de diferencias estadísticas entre grupos con respecto a las distintas subescalas o dimensiones del estilo atribucional, hemos aplicado el análisis de varianza y el coeficiente de contingencia máximo.

Análisis descriptivo y diferencial del estudio comparativo entre delirantes y normales

En los análisis de los resultados se han encontrado los siguientes datos: la puntuación media del grupo delirante en Internalidad para los eventos negativos es de 2,18 (SD = 0,71). En la tabla 1 se pueden observar las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de los grupos delirantes y normales en la variable Internalidad (para eventos positivos y negativos). Estos datos indican que el paciente delirante ante un evento negativo (e.g., “Tienes una cita y te sale mal”) realiza una atribución externa con una

puntuación media de 2,18 en una escala de 1 a 7; (Entendiendo el 1 como totalmente debido a los demás – atribución externa, y el 7 como totalmente debido a mí – atribución interna). Estos datos confirman la primera hipótesis en la que se afirmaba que los pacientes delirantes, en mayor medida que los sujetos normales atribuyen los eventos negativos a otras personas o circunstancias enfatizando la culpa en los demás.

En cuanto a la puntuación media obtenida por este grupo en la variable Internalidad para los eventos positivos es de 6,02 (SD= 0,65); es decir ante eventos del tipo “consigues una subida de sueldo” realizan una atribución interna con una puntuación media de 6,02 en una escala de 1 a 7, interiorizando la atribución del evento positivo.

Tabla 1

Puntuaciones medias y desviaciones típicas de Atribuciones en Internalidad (para eventos positivos y negativos) en pacientes delirantes y sujetos normales.

	Normales		Delirantes	
	X	SD	X	SD
Eventos Negativos	4,03	0,69	2,18	0,71
Eventos Positivos	4,75	0,81	6,02	0,65

Todo esto se ve corroborado cuando se comprueba la significación de estas diferencias estadísticamente, resultando que los sujetos delirantes ($X = 2,18$) obtienen una puntuación media en la subescala de Internalidad (para eventos negativos) significativamente inferior $F(1,58) = 71,89$; $p = 0,000$) a la obtenida por el grupo normal ($X = 4,03$). Con lo cual, se puede afirmar que se confirma la segunda hipótesis, ya que los pacientes delirantes realizarán atribuciones más internas para los hechos positivos, en comparación con el grupo normal.

Observamos también diferencias significativas $F(1,58) = 36,60$; $p = 0,000$) para los eventos positivos entre el grupo delirante ($M = 6,02$) y el grupo normal ($M = 4,75$).

En función de estos datos, comprobamos en los pacientes delirantes una excesiva internalidad para los eventos positivos, en comparación con los sujetos normales (veáse figura 1), observando para los eventos negativos una tendencia opuesta, es decir, los delirantes realizan una externalización del evento negativo en comparación con el grupo de sujetos normales.

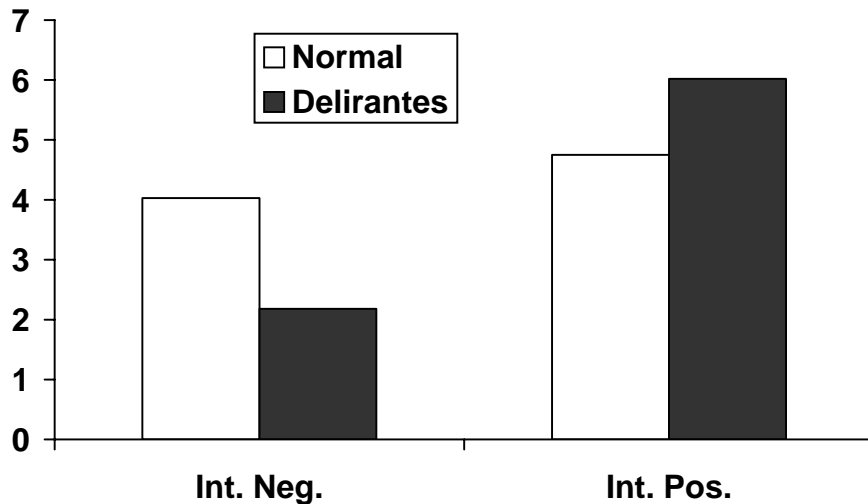


Figura 1. Puntuaciones Medias en Atribución de la variable Internalidad para eventos negativos y positivos en los grupos normales y delirantes

En cuanto a la variable Estabilidad no presenta la marcada diferencia que existía para el componente Internalidad (véase figura 2). Con respecto al componente Estabilidad para los eventos negativos, no hay diferencias significativas entre el grupo delirante y el grupo normal $F(1,58) = 1,84; p < 0,180$. Las puntuaciones medias para los eventos negativos en Estabilidad del grupo delirante son de 4,43 (SD = 1,08) en una escala de 1 a 7; entendiendo el 1 como que esa causa nunca más estará presente y el 7 que siempre estará presente.

Tabla 2

Puntuaciones medias y desviaciones típicas de Atribuciones en Estabilidad (para eventos positivos y negativos) en el grupo de delirantes y en el de normales.

	Normales		Delirantes	
	X	SD	X	SD
Eventos Negativos	4,00	1,18	4,43	1,08
Eventos positivos	5,07	0,90	5,78	0,79

La puntuación media en Estabilidad para los eventos negativos en el grupo de normales es de 4,00 (SD = 1,18). Se concluye que entre el grupo delirante y el normal no se han encontrado diferencias significativas en la dimensión Estabilidad para los eventos negativos. Por lo tanto no se satisface la hipótesis de partida, ya que los pacientes delirantes realizan una atribución causal en estabilidad para los sucesos negativos, de su vida similar a la de los normales.

Sin embargo ante eventos positivos del tipo “Elaboras un proyecto que es valorado positivamente” 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 tabla 2, el grupo de delirantes obtiene una media

para los eventos positivos de 5,78 (SD = 0,79) frente a una media del grupo control de 5,07 (SD = 0,90).

La hipótesis de la que se partía era que los delirantes eran más estables que los sujetos normales, tanto para los hechos positivos como para los negativos; ante estos resultados se confirma que esta hipótesis se corrobora para los sucesos positivos, pero no para los negativos.

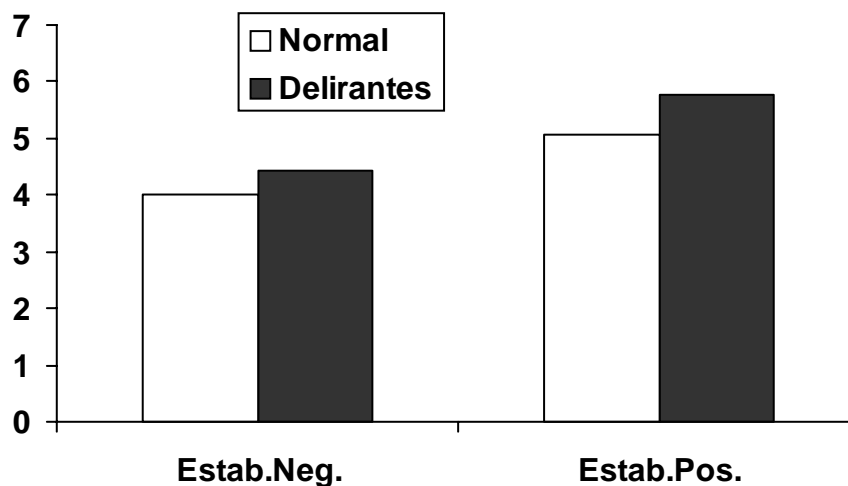


Figura 2. Puntuaciones Medias de Atribución en la variable Estabilidad para eventos negativos y positivos en los grupos normales y delirantes

Como puede verse en la tabla 3, el grupo delirante presenta una puntuación media en la subescala de Globalidad para eventos negativos de 3,30 (SD = 1,06) en una escala de 1 a 7 (Entendiendo el 1 como que esa causa afecta solamente a una situación concreta, -- especificidad -- y el 7 que afecta a todas las situaciones de su vida -- globalidad --), dicha puntuación ha sido muy similar a la alcanzada por el grupo normal (X =

3,62; SD = 1,04) (véase figura 3). No encontrándose 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.

Tabla 3

Puntuaciones medias y desviaciones típicas de Atribuciones en Globalidad (para eventos positivos y negativos) en el grupo de delirantes y en el de normales.

	Normales		Delirantes	
	X	SD	X	SD
Eventos Negativos	3,62	1,04	3,30	1,06
Eventos Positivos	4,74	1,11	4,69	1,16

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 ($X = 4,69$; $SD = 1,16$) y los normales ($X = 4,74$; $SD = 1,11$). Es decir, tanto los delirantes como los normales obtienen puntuaciones similares cuando se les pregunta si dicho hecho positivo afectará a la globalidad de su vida.

Ante el análisis de estos resultados se concluye que no se confirma la hipótesis que sostenía que los pacientes delirantes, con respecto al grupo

control, realizan atribuciones más globales tanto para los hechos positivos como para los negativos.

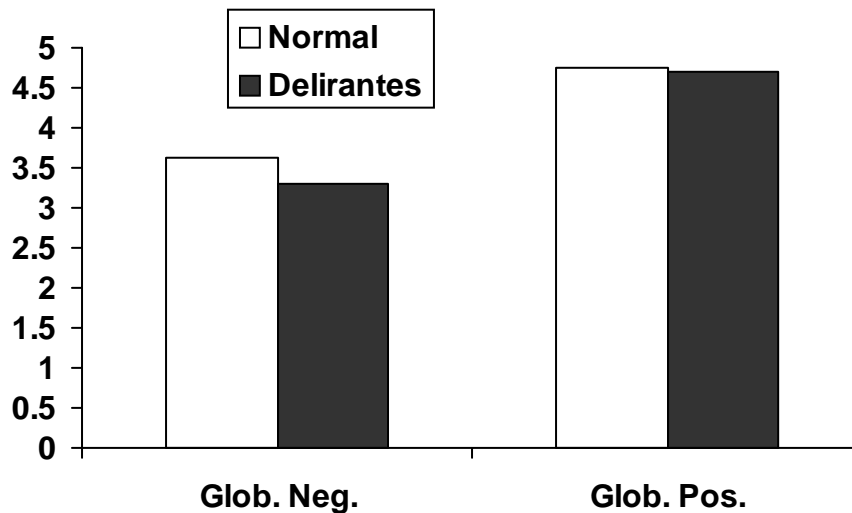


Figura 3. Puntuaciones Medias en Atribución de la variable Globalidad para eventos negativos y positivos en los grupos normales y delirantes

En los análisis de los resultados de la variable Desesperanza, como se observa en la tabla 4, la puntuación media para los sujetos delirantes es de 7,80 (SD = 1,40), en una escala de 2 a 14, entendiendo como 2 lo mínimo que puntúa un paciente en Desesperanza y 14 lo máximo. Esto nos hace ver que estos sujetos se asemejan en la puntuación media de Desesperanza a los sujetos normales con una media de 8,02 (SD = 1,75); de manera que ante un hipotético hecho negativo los sujetos normales efectuarán una atribución estable y global en la misma medida que los sujetos delirantes.

Tabla 4

Puntuaciones medias y desviaciones típicas de Desesperanza (atribuciones de Estabilidad y Globalidad para eventos negativos) y Esperanza (atribuciones de estabilidad y globalidad para eventos positivos) en el grupo de sujetos normales y en el de delirantes

	Normales		Delirantes	
	X	SD	X	SD
Desesperanza	8,02	1,75	7,80	1,40
Esperanza	9,94	1,49	10,86	1,14

Cuando se ha comprobado la significación de estas diferencias estadísticamente observamos que en el componente Desesperanza no existen diferencias significativas entre el grupo delirante y el grupo normal $F(1,58) = 0,229$; $p < 0,63$; lo cual confirma que los pacientes delirantes realizan una atribución causal en estabilidad y globalidad de conjunto para los sucesos negativos similar a los sujetos normales.

En cuanto al componente Esperanza, es decir, la atribución de conjunto que se realiza en estabilidad y globalidad para los hechos positivos), se han encontrado que los sujetos delirantes puntúan con ($X = 10,86$; $SD = 1,14$), mientras que los sujetos normales tienen una media de

9,94 (SD = 1,49) en una escala de 2 a 14, (véase figura 4). En lo que refiere al análisis diferencial, existen diferencias significativas en el componente Esperanza entre los dos grupos $F(1,58) = 5,85$; $p < 0,019$, siendo el grupo delirante el que puntúa más alto en este componente con respecto al grupo control, es decir que el grupo delirante confirma la hipótesis que mantiene que los delirantes realizarán atribuciones más estables y globales para los hechos positivos que sus controles los normales. Se entiende así, que el grupo delirante, tiende a atribuir los eventos positivos como bastante estables y globales (esperan que sigan presentes en el futuro y están afectando a bastantes áreas de su vida).

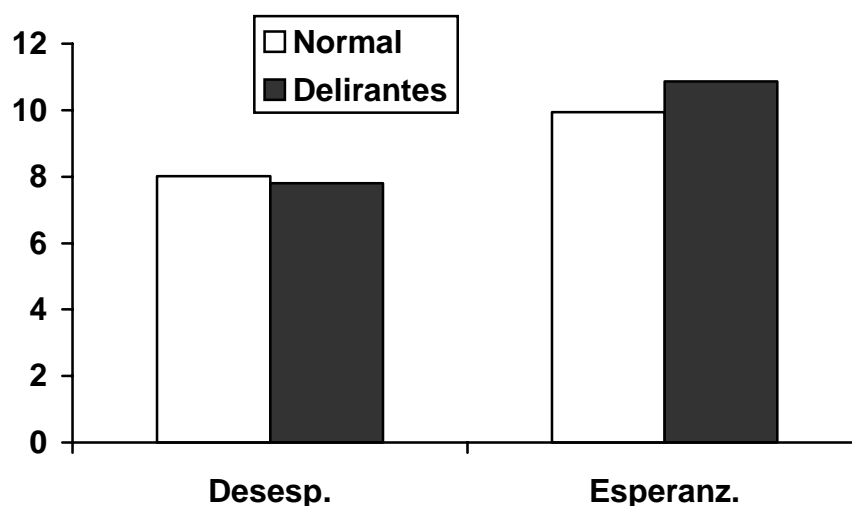


Figura 4. Puntuaciones Medias de Desesperanza (atribuciones de Estabilidad y Globalidad para hechos negativos) y Esperanza (atribuciones de Estabilidad y Globalidad para hechos positivos) en los grupos normales y delirantes.

En el estudio del análisis de los resultados de la COMPUESTA NEGATIVA -CoNeg.- (Media de las puntuaciones de conjunto de Internalidad, Estabilidad y Globalidad, que el sujeto ofrece para eventos negativos), los sujetos delirantes tienen una puntuación media para la Compuesta Negativa ($X = 9,86$; $SD = 1,42$) mientras que el grupo de normales tiene una puntuación media ($X = 11,67$; $SD = 2,19$) en una escala de 3 a 21, entendiendo como 3 lo mínimo que un sujeto puntúa ante el hipotético hecho negativo y 21 lo máximo.

Tabla 5

Puntuaciones medias y desviaciones típicas de la COMPUESTA NEGATIVA (Internalidad, Estabilidad y Globalidad para los eventos negativos) y la COMPUESTA POSITIVA (Internalidad, Estabilidad y Globalidad para los eventos positivos) en sujetos delirantes y normales.

	Normales		Delirantes	
	X	SD	X	SD
CoNeg.	11,67	2,19	9,86	1,42
CoPos.	14,57	2,07	15,97	2,11

En cuanto al análisis estadístico, se han verificado diferencias significativas $F(1,58) = 11,20$; $p < 0,001$ en la Compuesta Negativa entre el

grupo delirante y el normal; es decir que el grupo delirante con una puntuación media inferior (véase tabla 5) para los eventos negativos, realizará atribuciones de conjunto menos internas, estables y globales (Compuesta Negativa) para los hechos negativos que el grupo normal.

Por lo que respecta a la variable Compuesta Positiva, es decir, atribuciones de conjunto (CoPos), internas, estables y globales que el sujeto realiza para los eventos positivos, el grupo delirante es el que presenta una puntuación superior, como puede verse en la figura 5, con una puntuación media 15,97 (SD = 2,11), frente al grupo de normales con una puntuación media de 14,57 (SD = 2,07). En el estudio del análisis estadístico de la Compuesta Negativa, se han observado diferencias significativas, $F(1,58) = 6,00$; $p < 0,017$ entre el grupo delirante y el normal; ante eventos positivos (e.g., “Te haces rico”) existe una tendencia en los delirantes, como se había hipotetizado, a atribuir dicha causa, internamente, (a ellos mismos); a entender que en un futuro esta causa seguirá estando presente, (estabilidad); y que afectará a bastantes áreas de su vida, (globalidad).

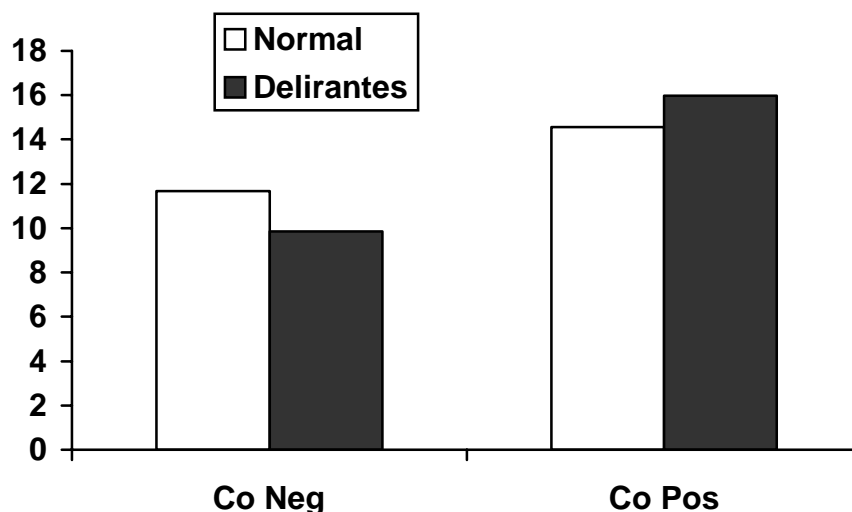


Figura 5. Puntuaciones Medias de la Compuesta Negativa (atribuciones de conjunto de Internalidad, Estabilidad y Globalidad para los eventos negativos) y de la Compuesta Positiva (atribuciones de conjunto de Internalidad, Estabilidad y Globalidad para los eventos positivos) en los grupos normales y delirantes

A continuación se estudiará el análisis de los resultados de la variable autoestima en el grupo delirante y en el grupo normal (véase tabla 6), prestando especial atención a sus puntuaciones en depresión (BDI) tal y como se refleja en la figura 7; los pacientes delirantes alcanzan una puntuación media de 27,90 (SD = 2,61) similar a la del grupo control (X = 29,20; SD = 2,71). Los pacientes delirantes, como se puede apreciar en la figura 6, 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 que los delirantes tienen una alta autoestima con respecto a los normales.

Tabla 6

Puntuaciones medias y desviaciones típicas de la Autoestima / BDI en el grupo de normales y el grupo de delirantes

	Normales		Delirantes	
	X	SD	X	SD
Autoestima	29,20	2,71	27,90	2,61
BDI	14,00	10,65	4,20	2,53

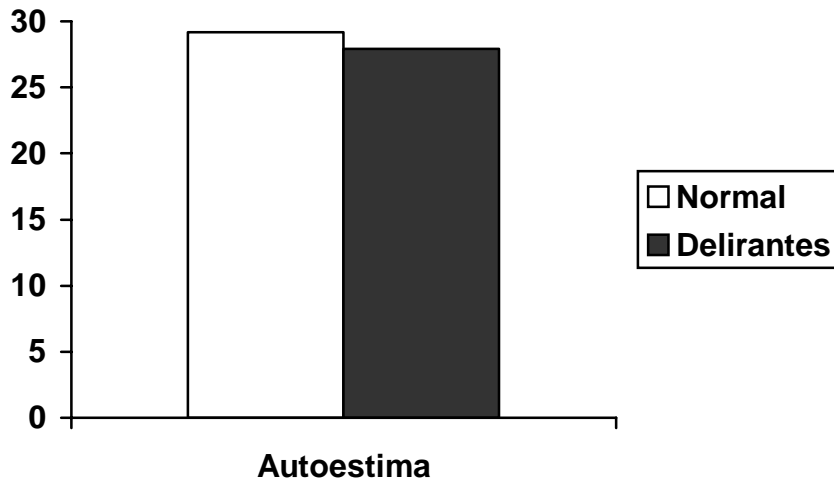


Figura 6. Puntuaciones Medias en la variable Autoestima para los grupos normales y delirantes

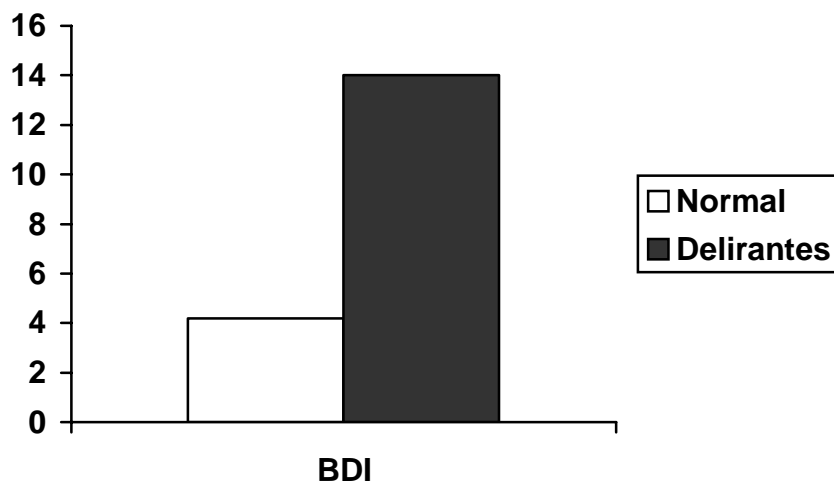


Figura 7. Puntuaciones Medias en el BDI para los grupos normales y delirantes

3.6. DISCUSIÓN DEL ESTUDIO I

El objetivo principal de esta investigación es el de examinar el estilo atribucional y la Autoestima en pacientes delirantes, comparándolo con el de sujetos normales. Para ello, se ha utilizado un modelo motivacional, como es la teoría atribucional; esta teoría concede al delirio un poder de protección, evitando la culpabilidad, auto-censura o agresividad que le conduciría a una débil autoestima. Se ha partido del supuesto de que existe una tendencia en los pacientes delirantes a realizar atribuciones externas de los sucesos negativos, y siguiendo a Bentall et al. (1998) 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; explicamos el delirio como consecuencia de un estilo atribucional que parte de la premisa básica de que los delirios persecutorios sirven para preservar la autoestima del paciente delirante y evitar responsabilidades, siendo lo delirios formas extremas de un sesgo normal de utilidad en sujetos normales (Bentall y Kaney, 1989; Bentall, 1994; Kinderman y Kaney, 1994).

Esta explicación es consistente con la sugerencia de Zigler que representa la paranoia como una forma de "depresión camuflada" (Zigler y Guick, 1988), asimismo tiene cierta relación con las teorías psicodinámicas (Winters y Neal, 1983).

En la presente investigación se parte del presupuesto de Bentall y Kaney (1989), que se puede resumir con la siguiente premisa: Los pacientes delirantes realizan atribuciones excesivamente externas para los sucesos negativos e internas para los positivos.

Analizando en este primer estudio las hipótesis a lo largo de los distintos componentes de la dimensión atribucional podemos concluir:

INTERNALIDAD

En general, la revisión teórica que se ha realizado, apoya la hipótesis que los sujetos delirantes tienden a culpar 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 (Candido y Rommey, 1990). 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 cabe citar la de Kinderman et al. (1992) quienes concluyeron en su estudio que los pacientes delirantes tienen una tendencia a efectuar atribuciones causales externas para los eventos negativos, lo cual tiene como función prevenirlos contra sentimientos autoreferentes decepcionantes. También los trabajos de Lyon et al. (1994) reflejaron un estilo atribucional característico para los pacientes delirantes.

Centrándonos en los resultados obtenidos en nuestra investigación 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; realizando los pacientes delirantes atribuciones excesivamente externas ante un hecho negativo (recayendo la culpa en los demás) y atribuciones excesivamente internas para eventos positivos. Nuestros datos amplían los de Candido y Rommey (1990) al comparar los pacientes delirantes con una muestra distinta a la de dichos autores, lo cual se explicará en la discusión final. A su vez, ratifican las investigaciones previas de Bentall y Kaney (1994), quienes han comprobado que los sujetos delirantes exhiben un marcado sesgo “auto-serviente”. Cabe destacar, además, que los resultados de esta investigación apoyan aquellos estudios previos (Kaney, Wolfenden, Dewey y Bentall, 1992) en los que los pacientes delirantes mostraban un exagerado sesgo atribucional "auto-serviente", comúnmente encontrado en sujetos normales.

Kinderman y Bentall (2000) han propuesto para las personas con delirios persecutorios un modelo atribucional de ideación paranoide basándose en la Teoría de la Autodiscrepancia de Higgins (1987), argumentando que la externalización de las atribuciones para los eventos negativos reducen las discrepancias entre el yo-real y el yo ideal, aunque

por supuesto incrementa las discrepancias entre el yo percibido y la representación que los demás tienen de ellos.

Por otra parte se ha observado, aunque no era el objetivo de dicha investigación, que los pacientes delirantes mostraban una fuerte preferencia por realizar atribuciones personales para los eventos negativos, en lugar de circunstanciales o situacionales, elección que era preferida por los sujetos normales. Esta tendencia, ha sido estudiada en el modelo atribucional de delirios persecutorios (Bentall et al., 1994). Recientemente, Kinderman y Bentall (1996) han propuesto una nueva medida que distingue entre dos tipos de atribuciones externas, aquellas que implican factores situacionales y aquellos que implican la responsabilidad en las acciones de los otros.

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 puede constatar en esta investigación ya que los pacientes delirantes en este estudio alcanzaban puntuaciones similares en autoestima al grupo control de normales; de existir una anomalía en el procesamiento de información relacionado con su autoconcepto, referente a información negativa de sí mismos, debe ser estudiado con otra metodología.

ESTABILIDAD

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 (Kaney y Bentall, 1989), la presente investigación corrobora 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. Nosotros explicamos que de existir tal resultado se entendería como una función defensiva del paciente delirante, es decir, en el supuesto que se dé un evento negativo en su vida, el paciente concluiría que sería algo fortuito, inestable y que no volvería a ocurrir.

GLOBALIDAD

Las conclusiones del análisis de la dimensión globalidad, la cual determina la generalización temporal de la expectativa, no satisface la hipótesis en la cual se afirmaba, y de acuerdo con Bentall, que los sujetos delirantes realizaban atribuciones excesivamente globales tanto para hechos positivos como para negativos (Bentall, 1996); lo que constata nuestra investigación es que los pacientes delirantes globalizan los eventos negativos en igual medida a los sujetos normales. Los resultados que se han

obtenido en esta dimensión atribucional para los pacientes delirantes, no confirman los hallados por Candido y Rommey (1990); 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 el que se ha comparado directamente 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.

DESESPERANZA / ESPERANZA

A partir del estudio de los análisis del componente Desesperanza y Esperanza, podemos concluir que en la dimensión de conjunto de Estabilidad y Globalidad para los eventos negativos (Desesperanza) los pacientes delirantes alcanzan puntuaciones similares a los sujetos normales, no hallándose diferencias significativas entre ellos. Sin embargo los pacientes delirantes en la dimensión atribucional de conjunto de Estabilidad y Globalidad para los sucesos positivos, en comparación con sus controles normales, opinan que ante un hipotético acontecimiento positivo, puede

volverles a ocurrir en cualquier momento, y además afecta muy significativamente a bastantes áreas de sus vidas, atribuyéndose el éxito con más énfasis que los sujetos normales y que ese éxito será duradero.

En la presente investigación no se ha corroborado la hipótesis de la elevada autoestima de los delirantes con respecto a los normales, podemos suponer que ello se debe a puntuaciones relativamente elevadas en depresión, confirmadas por el Cuestionario de Depresión de Beck. Esta alta puntuación en depresión, también podría estar desempeñando una función decisiva en la realización de sus atribuciones, ya que dimensiones atribucionales como la Estabilidad y la Globalidad para los hechos negativos (es decir, la permanencia de la situación y cómo afecta a otras áreas de su vida) no presentan diferencias significativas con los sujetos normales, lo que no sucedería si no hubiese un componente depresivo en los pacientes delirantes y tuviesen una autoestima relativamente más elevada que los normales.

4. ESTUDIO II

4.1. INTRODUCCIÓN

Este estudio corresponde al análisis de las atribuciones en pacientes depresivos comparándolo con un grupo de normales.

Abramson et al., (1978) proponen la existencia de un estilo atribucional característico de la depresión, consistente en atribuir los resultados negativos a causas internas, estables y globales; dicha hipótesis fue probada en un estudio posterior (Seligman y cols., 1979), en el que compararon que sujetos con estado de ánimo depresivo, comparados con los no depresivos, realizaban atribuciones más internas, estables y globales para los eventos negativos. Esta teoría no establecía predicciones explícitas para los resultados positivos; sin embargo se cree que el hecho de que se atribuyan a factores externos, inestables y específicos podría incrementar la vulnerabilidad a la depresión.

Para el estudio de las atribuciones causales, la principal operativización que se ha utilizado en la literatura es el “Cuestionario de Estilo Atribucional” (*Attributional Style Questionnaire* o ASQ; Peterson y cols., 1982) con el fin de evaluar las tres dimensiones atribucionales propuestas, tanto para eventos positivos como negativos.

La mayor parte de las investigaciones que se han focalizado en corroborar la existencia de un estilo atribucional depresivo han apoyado las predicciones del modelo de Abramson (Palomares et al., 1998); estas investigaciones han encontrado una correlación positiva significativa entre las medidas de estado de ánimo depresivo y las atribuciones causales a los eventos negativos (Minarik et al., 1995).

El objetivo principal de este estudio es el de analizar si existen diferencias de estilo atribucional de una muestra de pacientes depresivos comparándola con una muestra control de normales.

4.2. HIPÓTESIS

- Los pacientes depresivos, en comparación con el grupo control, realizarán atribuciones significativamente más internas para los hechos negativos.
- Los pacientes depresivos, en comparación con el grupo control, realizarán atribuciones relativamente externas para los eventos positivos. (Aunque esta tendencia es menos marcada que para los eventos negativos, de la hipótesis anterior).
- Los pacientes depresivos, en conjunto, serán menos internos, estables y globales y atribuirán menos importancia al éxito que el grupo normal.
- Los depresivos diferirán, con respecto a los normales significativamente en sus atribuciones de éxito y fracaso, siendo más internos, estables y globales para el fracaso y atribuyendo mayor importancia al fracaso.
- Los pacientes depresivos, en comparación con el grupo control, manifestarán una autoestima baja, esta disminución en dicha variable estará predicha por atribuciones excesivamente internas para los eventos negativos.

4.3. VARIABLES

4.3.1. Variable Independiente:

- Depresión

4.3.2. Variables Dependientes:

- Estilo Atribucional
- Autoestima

4.3.3. Variables Controladas

- Edad
- Sexo
- Otros trastornos psicológicos
- Trastornos orgánicos cerebrales
- Consumo de drogas

4.4. MÉTODO

4.4.1. Muestra

Para llevar a cabo este estudio hemos establecido dos grupos igualados en edad y sexo.

- *Grupo experimental (depresivos):*

Este grupo está compuesto por cuarenta sujetos depresivos (12 hombres y 28 mujeres), con una media de edad de 32,40 (SD = 8,53). Sus edades estaban comprendidas entre los 20 y los 49 años. Hemos establecido este margen de edad para evitar incluir a aquellos individuos que manifestaran problemas de una adolescencia complicada y/o a sujetos con otros trastornos añadidos que pudieran

surgir a partir del límite superior de edad fijado. Todos los pacientes estaban recibiendo tratamiento para la depresión durante el tiempo que duró nuestro estudio, su diagnóstico seguía los criterios según el DSM IV para depresión mayor, o trastornos depresivos, sin ningún síntoma psicótico.

Los criterios de inclusión/exclusión que hemos seguido son los siguientes:

- (1) Diagnóstico de trastorno depresivo mayor establecido a través de una entrevista clínica en la que se constataban los criterios señalados en el DSM IV para dicho trastorno.
- (2) Los sujetos no podían ser incluidos en la muestra si manifestaban en ese momento o habían manifestado en el pasado síntomas de trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o paranoide. La depresión tampoco debía ser originada por un trastorno mental orgánico.
- (3) La obtención de una puntuación igual o superior a 19 en el Inventario de Depresión de Beck, es decir, según el BDI la intensidad de la depresión debía ser de moderada a severa.

El primer paso para establecer estos criterios ha sido entrevistar a los pacientes sirviéndonos para ello de una Entrevista Semiestructurada para la selección de pacientes con Depresión Mayor.

- *Grupo control:*

Este grupo está igualado en edad y sexo con el grupo experimental, está compuesto por 80 sujetos (24 hombres y 56

mujeres). Con una media de edad de 31,91 (SD = 8,14). Ninguno de ellos debe poseer historia psiquiátrica, ni ningún trastorno que requiera tratamiento. Lo mismo que el grupo experimental se les ha administrado la Escala de Autoestima de Rosenberg (EA), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ).

4.4.2. Material

En este estudio hemos aplicado los siguientes instrumentos, que previamente se han descrito en el estudio I

- Escala de Autoestima Rosenberg (EA)
- Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)
- Entrevista Semiestructurada para la selección de pacientes con Depresión Mayor

La Entrevista Semiestructurada para la selección de pacientes con Depresión Mayor (Senra, 1989); la cual ha sido ha sido elaborada para la evaluación de pacientes con depresión; consta de cuarenta y cinco ítems divididos en V secciones. En la sección I se recogen los datos de filiación, en la sección II síntomas y signos esenciales, en la sección III síntomas y signos concomitantes, en la sección IV síntomas de exclusión y en la sección V el perfil del episodio. Las secciones II, III y IV están interrelacionadas y compuestas por criterios descriptivos de inclusión y exclusión.

4.4.3. Procedimiento

Para la realización de este estudio hemos obtenido la muestra depresiva (grupo experimental) en la Unidad de Salud Mental de un Hospital Psiquiátrico y en varias Unidades de Salud mental (Unidades Ambulatorias)

A este grupo de pacientes el psicólogo encargado de su terapia le pidió su colaboración en el trabajo, informándoles que el estudio pertenecía a una investigación que se estaba llevando a cabo desde una Universidad. A los pacientes les hemos ofrecido en todo momento la confidencialidad de los datos.

Se utilizó una muestra compuesta por 12 hombres y 28 mujeres, con una media de edad de 32,40 (SD = 8,53). Las pruebas incluían medidas del estilo atribucional (Cuestionario de Estilo Atribucional – ASQ), de autoestima (Escala de Autoestima Rosenberg – EA) y, del estado depresivo (Inventario de Depresión de Beck – BDI, y Entrevista Semiestructurada para pacientes con Depresión Mayor).

Pese a que los pacientes estaban seleccionados a juicio del clínico y cumplían los criterios de inclusión en nuestra muestra, por distintos problemas en la comprensión de los Cuestionarios hemos tenido que prescindir de varios pacientes.

Entre otros, el mayor problema con el que nos encontramos en este estudio ha sido el del tiempo, ya que estos pacientes, como señalábamos anteriormente, pertenecían a una Unidad Ambulatoria. Cuando llegaban a nosotros venían de su consulta con el psicólogo y psiquiatra y el factor cansancio se hacía notar. Hemos necesitado varias sesiones para el pase completo de las pruebas.

En lo que atañe al grupo control los sujetos han sido seleccionados igualados en edad y sexo con este grupo experimental (depresivo). Ninguno

de ellos deberá poseer historia psiquiátrica, ni ningún tipo de trastorno que requiera tratamiento.

4.5. RESULTADOS DEL ESTUDIO II

Análisis descriptivo y diferencial del estudio comparativo entre depresivos y normales

Tabla 7

Puntuaciones medias y desviaciones típicas de Atribuciones en Internalidad (para eventos positivos y negativos) en pacientes depresivos y sujetos normales

	Normales		Depresivos	
	X	SD	X	SD
Eventos Negativos	3,67	0,96	5,80	0,69
Eventos Positivos	5,27	0,85	3,45	0,83

Como puede observarse en la tabla 7, la puntuación media del grupo depresivo en el componente Internalidad para eventos negativos del estilo “has estado buscando infructuosamente un trabajo sin llegar a conseguirlo” es de 5,80 (SD = 0,69), en una escala de 1 a 7; (Entendiendo el 1 como totalmente debido a otras personas o circunstancias “atribución externa”, y

el 7 como totalmente debido a mí “atribución interna”); sin embargo el grupo de normales tiene una puntuación media de 3,67 (SD = 0,96) en la variable Internalidad para los hechos negativos que acontecen en su vida; esta diferencia en sus atribuciones de Internalidad, para los eventos negativos entre ambos grupos puede observarse en la figura 8.

En el análisis estadístico se han encontrado diferencias significativas entre el grupo depresivo y el grupo de normales, $F(1,118) = 155,27$; $p = 0,000$ en el estudio de sus atribuciones de Internalidad para los sucesos negativos; lo cual confirma la primera hipótesis en la que se afirmaba que los pacientes depresivos, en comparación con el grupo control, realizarán atribuciones significativamente más internas para los hechos negativos.

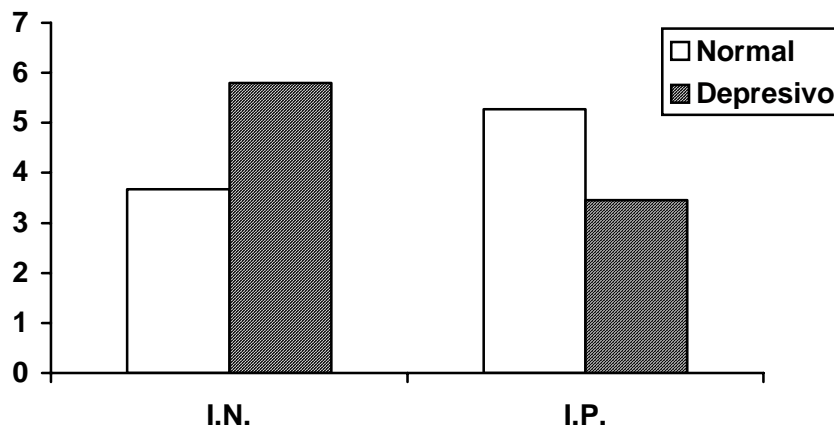


Figura 8. Puntuaciones Medias en Internalidad para eventos negativos y positivos en los grupos normales y depresivos

Por el contrario, se observa que el grupo depresivo (tabla 7), para los eventos positivos obtiene una puntuación media de 3,45 (SD = 0,83), es decir, ante eventos del tipo “Elaboras un proyecto que es valorado positivamente” realizan una atribución externa en una escala de 1 a 7, exteriorizando y atribuyendo el evento positivo a otras personas, al azar o la suerte, mientras que el grupo de normales, tiene una puntuación media de 5,27 (SD = 0,85). El análisis estadístico informa de diferencias significativas $F(1,118) = 122,40$; $p = 0,000$ entre los depresivos y los sujetos normales para la atribución en Internalidad de los hechos positivos.

En el análisis de resultados de la variable Estabilidad (posibilidad que las causas estén presentes en el futuro), la puntuación media para los eventos negativos del grupo depresivo es de 5,35 (SD = 0,77) en una escala de 1 a 7, (entendiendo el 1 como que esa causa nunca más estará presente y el 7 que siempre estará presente); es decir, tienden a pensar que el evento negativo (e.g., “Te encuentras con un amigo que reacciona de manera hostil hacia ti) seguirá estando presente en el futuro. Esta puntuación en el componente Estabilidad del grupo depresivo, se manifiesta en clara oposición a la obtenida por el grupo de normales (véase figura 9), observando en éste grupo una puntuación media de 3,71 (SD = 1,07), es decir, ante un evento negativo tienden a realizar una atribución inestable de tal situación. Se observa que se han podido establecer diferencias significativas en el componente Estabilidad para los eventos negativos

entre los grupos depresivos y normales $F(1,118) = 73,27$; $p = 0,000$; lo cual confirma la hipótesis que los depresivos son más estables para los eventos negativos que los controles normales.

Tabla 8

Puntuaciones medias y desviaciones típicas de Atribuciones en Estabilidad (para eventos positivos y negativos) en el grupo de depresivos y en el de normales.

	Normales		Depresivos	
	X	SD	X	SD
Eventos Negativos	3,71	1,07	5,35	0,77
Eventos Positivos	5,33	0,89	4,38	2,61

En el grupo de depresivos con respecto a la variable Estabilidad, para los eventos positivos, como puede verse en la tabla 8, se obtiene una puntuación ($X = 4,38$; $SD = 2,61$) ligeramente inferior a los sujetos normales ($X = 5,33$; $SD = 0,89$). Asimismo para los eventos positivos la significatividad en la dimensión Estabilidad entre los grupos depresivos y normales ha sido $F(1,118) = 8,74$; $p < 0,004$. Por lo que se cumple la hipótesis que los depresivos son menos estables para las situaciones positivas, que los normales en la dimensión Estabilidad.

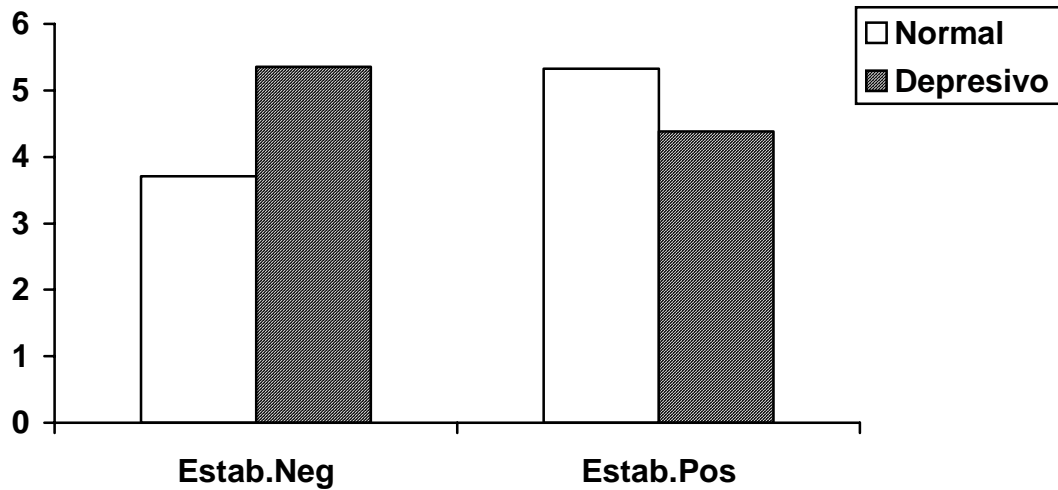


Figura 9. Puntuaciones Medias de Estabilidad para eventos negativos y positivos en los grupos normales y depresivos

Tabla 9

Puntuaciones medias y desviaciones típicas de Atribuciones en Globalidad (para eventos positivos y negativos) en el grupo de depresivos y en el de normales.

	Normales		Depresivos	
	X	SD	X	SD
Eventos Negativos	3,58	1,22	5,42	0,89
Eventos Positivos	5,00	0,98	3,61	1,22

En la presente investigación, los sujetos depresivos efectuaron atribuciones globales para los eventos negativos (e.g., “has estado buscando infructuosamente un trabajo, sin llegar a conseguirlo) con una

puntuación media de ($X = 5,42$, $SD = 0,89$); en una escala de 1 a 7; (entendiendo el 1 como que dicho evento afecta solamente a esa situación y el 7 que afecta a todas las situaciones de su vida, a una globalidad). Como se muestra en la tabla 9, la puntuación media del grupo de sujetos normales ($X = 3,58$; $SD = 1,22$) en la variable Globalidad para las situaciones negativas ha sido inferior a la del grupo depresivo. En cuanto a la significación estadística hemos podido verificar que entre el grupo depresivo y el grupo normal se establecen diferencias significativas para los eventos negativos $F(1,118) = 71,04$; $p = 0,000$. Se puede concluir que se confirma la hipótesis que los depresivos son más globales para los eventos negativos que los sujetos normales (véase figura 10).

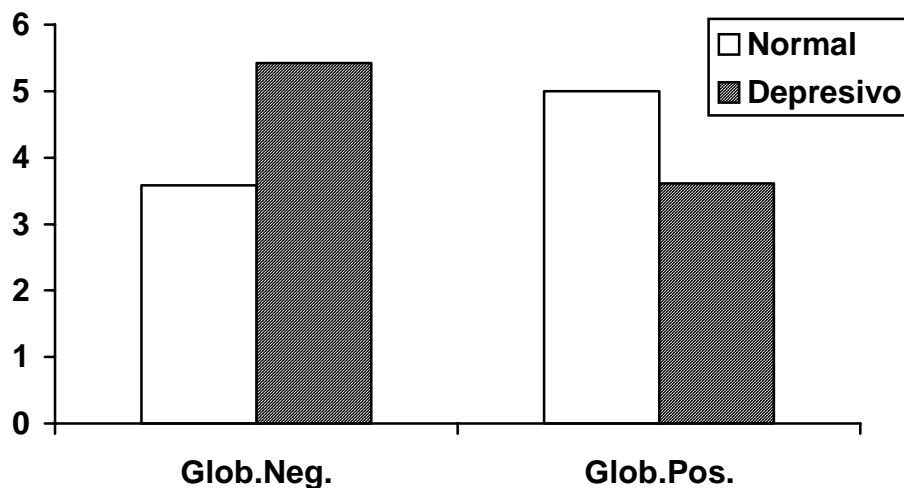


Figura 10. Puntuaciones Medias de Globalidad para eventos negativos y positivos en los grupos normales y depresivos

Con respecto a los eventos positivos, se ha comprobado la tendencia opuesta, es decir, el sujeto depresivo va a atribuir una especificidad a tal evento positivo con una puntuación media de ($X = 3,61$; $SD = 1,22$), dicha situación positiva no afectaría a la globalidad de las áreas de su vida. Al contrario el grupo de normales alcanza una puntuación media de ($X = 5,00$; $0,98$), observándose en ellos que manifiestan una globalidad para los eventos positivos. Asimismo, la diferencia es significativa entre los grupos depresivos y normales para los eventos positivos $F(1,118) = 44,74$; $p = 0,000$. Confirmándose que los sujetos normales son más estables para los acontecimientos positivos que los depresivos.

Tabla 10

Puntuaciones medias y desviaciones típicas de Desesperanza (atribuciones de Estabilidad y Globalidad para eventos negativos) y Esperanza (atribuciones de estabilidad y globalidad para eventos positivos) en el grupo de sujetos normales y en el de depresivos.

	Normales		Depresivos	
	X	SD	X	SD
Desesperanza	7,55	2,11	10,93	1,72
Esperanza	10,43	1,57	7,63	1,89

En la tabla 10 se presenta que la puntuación media en Desesperanza para los sujetos depresivos es de ($X = 10,93$; $SD = 1,72$), frente al grupo de normales, con una puntuación de ($X = 7,55$; $SD = 2,11$), en una escala de 2 a 14, entendiendo como 2 lo mínimo que puntúa un sujeto en Desesperanza y 14 lo máximo. Cuando se comprueba la significación de estas diferencias estadísticamente, se observa que en el componente Desesperanza existen diferencias significativas entre el grupo depresivo y el grupo normal $F(1,118) = 76,26$; $p = 0,000$. Este análisis nos verifica una mayor estabilidad y globalidad de conjunto, de los depresivos para los hechos negativos.

Asimismo es notable la diferencia de los depresivos con respecto a los normales que se puede observar en el componente Esperanza (véase figura 11), puntuando los sujetos depresivos con una media ($\underline{X} = 7,63$; $\underline{DE} = 1,89$) en una escala de 2 a 14, y los normales con una puntuación media de 10,43 ($\underline{DE} = 1,57$). Al analizar estadísticamente estos datos se verifican diferencias significativas para el componente Esperanza entre estos dos grupos, $F(1,118) = 73,68$; $p = 0,000$, indicando que los sujetos depresivos cuando se trata de atribuir causas a los resultados positivos son menos estables y globales que los sujetos normales. Se entiende así, que este grupo tiende a atribuir los eventos positivos como bastante inestables y específicos (no esperan que estén presentes en el futuro y están afectando a pocas áreas de su vida).

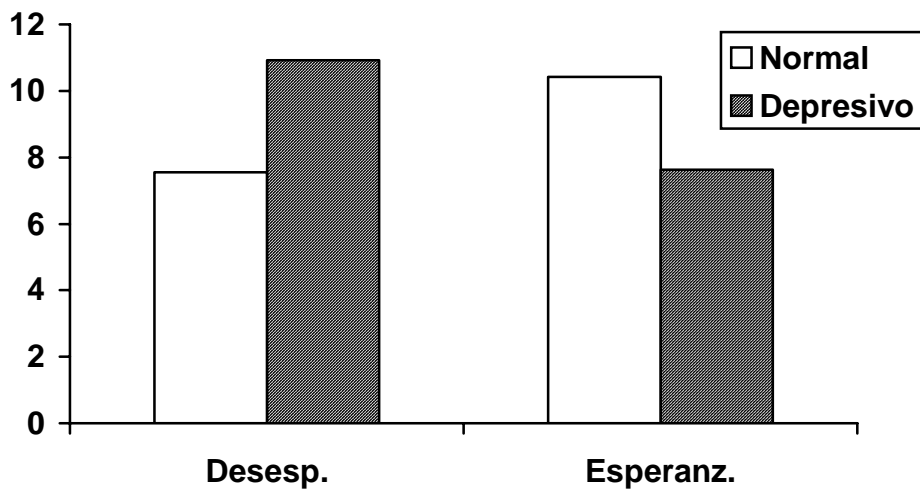


Figura 11. Puntuaciones Medias de Desesperanza y Esperanza en los grupos normales y depresivos

Tabla 11

Puntuaciones medias y desviaciones típicas de la COMPUESTA NEGATIVA (Internalidad, Estabilidad y Globalidad para los eventos negativos) y la COMPUESTA POSITIVA (Internalidad, Estabilidad y Globalidad para los eventos positivos) en sujetos depresivos y normales.

	Normales		Depresivos	
	X	SD	X	SD
CoNeg.	10,98	2,32	16,58	1,83
CoPos.	15,63	2,22	11,03	2,06

Como puede apreciarse en la tabla 11, el grupo depresivo tiene una puntuación media en la Compuesta Negativa CoNeg (puntuaciones de conjunto de Internalidad, Estabilidad y Globalidad que el sujeto atribuye para los eventos negativos) de 16,58; (SD = 1,83), en una escala de 3 a 21, entendiendo como 3 lo mínimo que un sujeto puntúa ante el hipotético hecho negativo y 21 lo máximo, alcanzando puntuaciones de mayor internalidad, estabilidad y globalidad para las situaciones negativas que los sujetos normales con una puntuación media de 10,98; (SD = 2,32). En cuanto al análisis diferencial se han observado diferencias significativas $F(1,118) = 177,29$; $p = 0,000$ en la Compuesta Negativa entre el grupo depresivo y el normal que corroboran la hipótesis que los pacientes depresivos son más internos, estables y globales para los acontecimientos negativos que suceden en su vida que los sujetos control normales (véase figura 12).

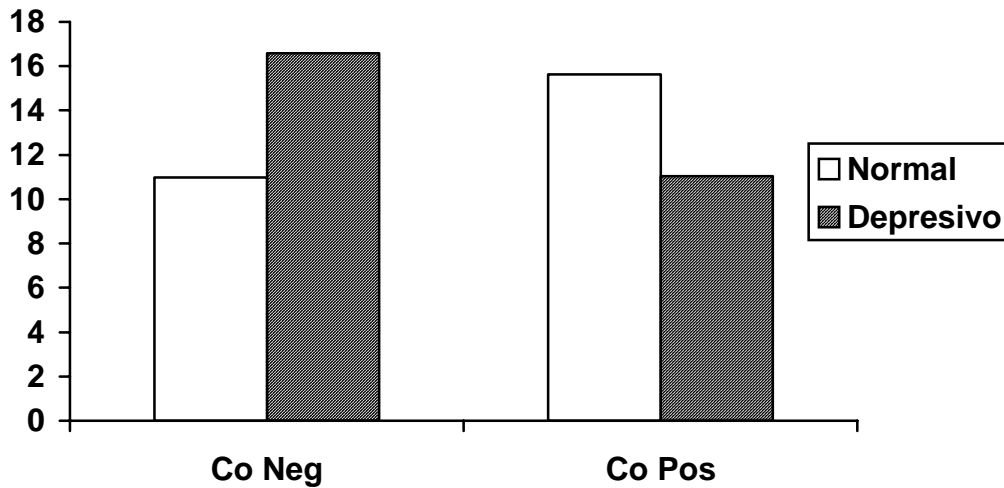


Figura 12. Puntuaciones Medias de la Compuesta Negativa (atribuciones de conjunto de Internalidad, Estabilidad y Globalidad para los eventos negativos) y de la Compuesta Positiva (atribuciones de conjunto de Internalidad, Estabilidad y Globalidad para los eventos positivos) en los grupos normales y delirantes

Con respecto a las puntuaciones medias para los eventos positivos, los resultados revelaron que los sujetos normales son más internos, estables y globales para las situaciones positivas ($X = 15,63$; $SD = 2,22$) frente a los depresivos con una puntuación media $11,03$; ($SD = 2,06$). Así como también para la Compuesta Positiva existen diferencias significativas $F(1,118) = 119,03$; $p = 0,000$. Los sujetos depresivos atribuyen a causas más internas los resultados negativos, creen que esas mismas causas se mantendrán en otras situaciones diferentes de la vida y afectarán a todas las áreas de su existencia más que sus controles normales.

En el estudio del análisis de los resultados de la variable autoestima se han encontrado diferencias significativas entre el grupo depresivo y el grupo control de normales $F(1,118) = 271,95$; $p = 0,000$ dicha significatividad confirma la hipótesis de una autoestima más baja ($X = 22,40$; $SD = 2,34$) en los sujetos depresivos, que en los pacientes normales, los cuales en la presenta investigación alcanzan una puntuación media de 29,41 ($SD = 2,12$) (véase tabla 12). Asimismo la autoestima baja de los pacientes depresivos se ve acompañada de una puntuación media en el BDI de 29,45 ($SD = 7,07$), en comparación con una puntuación media de los controles normales de 4,53 ($SD = 2,54$).

Tabla 12

Puntuaciones Medias y desviaciones típicas en Autoestima y en Depresión (BDI) para los sujetos normales y depresivos.

	Normales		Depresivos	
	X	SD	X	SD
Autoestima	29,41	2,12	22,40	2,34
BDI	4,53	2,54	29,45	7,07

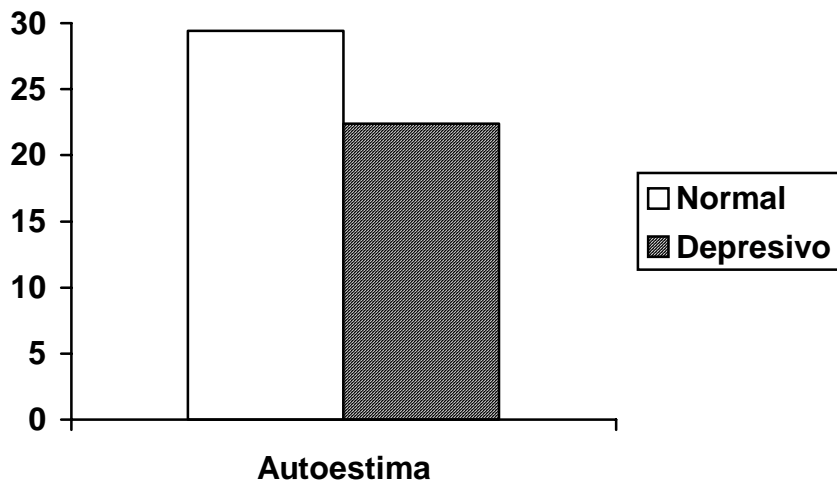


Figura 13. Puntuaciones Medias en Autoestima para los grupos normales y depresivos

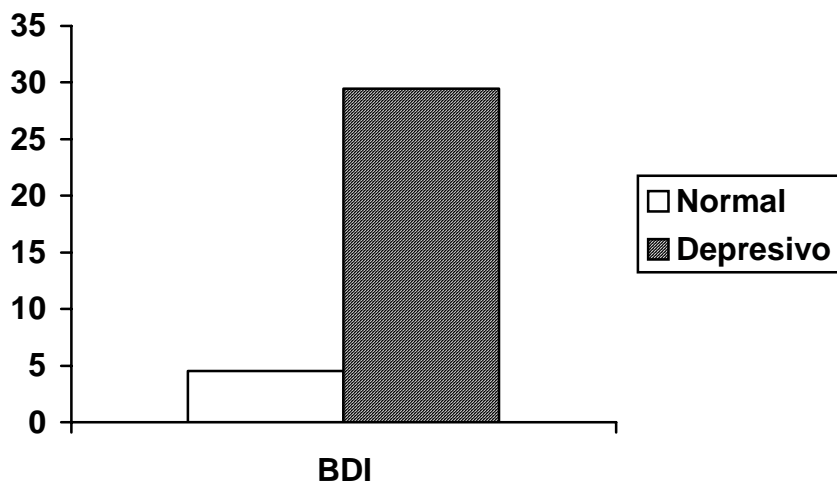


Figura 14. Puntuaciones Medias en el BDI para los grupos normales y depresivos

4.6. DISCUSION DEL ESTUDIO II

En la investigación del segundo estudio nos proponíamos corroborar la existencia de un estilo atribucional característico de la depresión, consistente en atribuir los resultados negativos a causas internas, estables y globales; debido a que nuestro fin último, es poder reflejar el estilo atribucional investigado en ambos estudios, es decir, el de los pacientes delirantes y depresivos.

La casi totalidad de las teorías existentes sobre la depresión señalan la pérdida de autoestima como uno de los rasgos típicos del sujeto depresivo. La pérdida de autoestima estaría producida por las atribuciones causales internas, estables y globales para los eventos o experiencias negativas de su vida.

A continuación nos disponemos a poner de manifiesto las conclusiones a las que hemos llegado a la vista de lo que revela el análisis de los datos en nuestra investigación.

Para ello nos centraremos en la explicación de los hallazgos que muestran los datos para las situaciones favorables y adversas, estudiándolos a lo largo de los componentes atribucionales, como habíamos llevado a cabo en el estudio con pacientes delirantes.

SITUACIONES NEGATIVAS

Del presente estudio el encuentro más explícito es la corroboración del estilo atribucional característico de los pacientes depresivos (Crittenden y Lamug, 1988; Brewin y Furnham, 1987) que apoyan las predicciones propuestas por la reformulación del modelo de Indefensión Aprendida (Abramson et al., 1978), con respecto a la existencia de un estilo atribucional depresivo. En esta investigación los análisis de datos arrojan la conclusión que los sujetos depresivos, cuando se trata de atribuir causas a los resultados son más internos, estables y globales que los sujetos normales, es decir, los sujetos depresivos atribuyen a causas internas los resultados negativos y creen que esas mismas causas se mantendrán en otras situaciones diferentes de la vida.

Nuestros datos para los pacientes depresivos ante eventos negativos, corroboran los de Försterling y Gall (1998), al realizar atribuciones internas, globales y estables para el fracaso, como ya habían predicho Abramson et al. (1982) y Miller y Norman (1979); o atribuciones externas, específicas o inestables para el éxito (Bem, 1972; Haley y Strickland, 1977; Wortman y Dintzer, 1978; Seligman et al., 1979; Miller y Seligman, 1982; Whisman et al., 1991), por otra parte, es probable que este tipo de explicaciones causales, una vez bien formadas, sean bastante perseverantes (Haaga y Beck, 1995)

SITUACIONES POSITIVAS

El papel que desempeña el estilo atribucional para los eventos positivos es menos claro que para los eventos negativos; esta es la causa principal por la que en el curso de la depresión no haya sido demasiado investigada. Lewinsohn et al. (1985) suponen una excepción ya que ellos han llevado a cabo una serie de estudios analizando el papel de “actividades gratificantes” en la depresión. Needles y Abramson (1990) argumentaron que el estilo atribucional para los eventos positivos, es importante en procesos de recuperación del trastorno depresivo. Específicamente han predicho que los pacientes depresivos que intensifican su estilo atribucional para los eventos positivos (realizando atribuciones para tales eventos más estables y globales) muestran reducciones en su desesperanza, lo cual se ha verificado que se acompaña de una remisión de la sintomatología depresiva. Estos investigadores refieren una correlación significativa entre el número de actividades agradables y el estado de ánimo en sujetos depresivos y no depresivos.

En un trabajo pionero, Seligman, Abramson, Semmel y von Baeyer (1979) concluyeron que puntuaciones bajas en Internalidad y Estabilidad para situaciones positivas correlacionaban con puntuaciones elevadas en el BDI, pero la relación no había sido tan explícita como la encontrada para el

estilo atribucional de las situaciones negativas. Seligman et al. concluyeron que el papel de las atribuciones para los eventos positivos es menos directo que el de las atribuciones para los eventos negativos.

Como puede observarse en el análisis de datos de nuestra investigación, los sujetos depresivos realizan una atribución externa para los eventos positivos; sin embargo, y de acuerdo también con investigaciones anteriores no ha sido tan significativo como para los sucesos negativos.

5. DISCUSION FINAL

Consideramos que los resultados de esta investigación son de gran importancia tanto por las implicaciones clínicas en el tratamiento del delirio, como en el estudio de la atribución en psicopatología en términos generales.

Como se exponía al comienzo de la discusión del segundo estudio, el objetivo de este trabajo es analizar el estilo atribucional y la autoestima de los grupos delirantes y depresivos.

A lo largo de esta investigación se ha constatado una relación entre estilo atribucional depresivo y una baja autoestima, confirmando que el nivel de autoestima es el mejor predictor de un estilo atribucional depresivo tal y como habían obtenido otros autores (Tennen y Herzberger, 1987; Charlier, 1985; Tiggemann et al., 1991; Kwon, 1999, etc.) al estudiar la relación entre estilo atribucional, depresión, fracaso y autoestima. Además, en nuestro estudio se ha encontrado que los sujetos depresivos son los que realizan una más extrema internalización de sus resultados negativos, en comparación con sus controles normales, acompañándose al mismo tiempo de descensos en su autoestima; lo que corrobora que el sujeto depresivo se

siente responsable de los sucesos negativos, pero no de los positivos, se siente culpable de lo negativo y piensa que lo bueno no dependerá directamente de él (Bermúdez, 2000). Todo esto ratifica la importancia del estudio de los eventos o situaciones positivas en el tratamiento de recuperación de la depresión de estos pacientes, que Abramson y Needles proponen en sus investigaciones.

La relación entre estilo atribucional y los delirios ha sido mucho menos investigada, de ahí la importancia de los resultados de este estudio. Los resultados de esta investigación confirman los hallazgos de Bentall que soportan la hipótesis que los delirios persecutorios reflejan exageraciones de sesgos cognitivos encontrados en sujetos normales; sin embargo no ratifican que los delirios tengan la función de proteger al individuo de sentimientos de baja autoestima. Esta segunda hipótesis ayudaría a entender por qué los delirios son resistentes a la contraargumentación; incluso investigaciones acerca de tratamientos cognitivos con sujetos delirantes indican que estas intervenciones son más exitosas si evitamos la confrontación directa con el sistema de creencias del paciente (Chadwick y Birchwood, 1994; Tarrier, 1995).

En línea con las últimas investigaciones acerca de esta temática (Garety y Hemsley, 1994; Young y Bentall, 1997; Kinderman y Bentall, 2000, etc.) explicamos el exagerado sesgo atribucional (externo para los eventos negativos) encontrado en los pacientes delirantes como una forma

de protección rechazando su culpabilidad; de no existir este sesgo atribucional defensivo su autoestima se vería drásticamente afectada. Si nos remitimos a la literatura acerca de la autoestima y de acuerdo con Harter (1993) la autoestima tiene dos “raíces principales” (p.78). La primera “raíz” se refiere a la experiencia individual de competencia, mostrándole al individuo el éxito que puede tener en el mundo. La segunda “raíz” se refiere al “feedback social”, éste será el feedback que los individuos reciben de sus amigos, familia y otros significativos. Centrándonos en nuestra investigación quizás podríamos decir que sería la discrepancia entre estas dos “raíces” lo que provoca el sesgo atribucional de nuestros pacientes delirantes; es decir ante la supuesta situación negativa, que de atribuirla de modo interno, amenazaría seriamente su autoestima, la externalizarían para protegerse de una discrepancia entre su yo real y la percepción de él que le ofrecen los demás.

Al final de esta discusión se presenta un cuadro en el que se puede apreciar las diferencias halladas a lo largo de esta investigación entre los dos estudios; es decir, se pueden observar las diferencias entre delirantes/normales y depresivos/normales; no sin antes matizar, que el factor género se distribuye de forma desigual entre delirantes y depresivos. Como se puede observar, en los dos estudios se encuentran diferencias significativas entre el grupo experimental y el control para la variable Internalidad (para los hechos negativos); los pacientes delirantes atribuyen

externamente tales situaciones negativas con respecto a los sujetos normales, concordando con Krstev, Jackson y Maude (1999); sin embargo, los pacientes depresivos realizan una internalización de la situación negativa si se comparan con los sujetos normales, lo cual está en línea con la existencia de un estilo atribucional característico en los sujetos depresivos como predecían Pillow et al.(1991). Lo mismo se puede concluir de la Internalidad (para los eventos positivos), ya que damos cuenta de unas diferencias significativas entre los delirantes y los normales, internalizando y atribuyéndose el éxito los delirantes; frente a las diferencias significativas halladas entre los depresivos y los normales, en los que los depresivos exteriorizan los sucesos positivos; esta conclusión está en consonancia con los encuentros de Johnson et al. (1998) que indican las posibles implicaciones clínicas de estos hallazgos y la importancia que los eventos positivos tienen para la terapia clínica, ya que las atribuciones para los eventos positivos predicen disminuciones en la sintomatología depresiva al disminuir la desesperanza en los pacientes.

En el componente Estabilidad (para los eventos negativos), como se había comentado, no se han hallado diferencias significativas entre los delirantes y su grupo control, es decir, que la estabilidad temporal que el sujeto delirante ofrece, para cualquier suceso negativo que acontezca en su vida, no difiere de la mostrada por los sujetos normales; sin embargo sí se ha verificado una diferencia significativa entre los depresivos del segundo

estudio con respecto a sus controles, ya que los sujetos depresivos son más estables para los hechos negativos y creen que dichos sucesos pueden seguir estando presentes a lo largo de su vida. Como cabría esperar para los sucesos positivos, los pacientes delirantes, al contrario que los normales, opinan que tal situación positiva se mantendrá en el tiempo; dicho razonamiento favorecería un nivel óptimo en su autoestima. La dimensión estabilidad en el estudio de depresivos/ normales muestra la visión extrema de los sujetos depresivos frente a los acontecimientos negativos de su vida, pensando que seguirán presentes a lo largo del tiempo, nuestras conclusiones concuerdan con la investigación realizada por Vázquez y Ring (1993) acerca de la dimensión estabilidad en depresión.

Como ya se había dicho en el estudio entre delirantes y normales, no se confirma la dimensión atribucional de estabilidad hallada por Candido y Romney (1990) para los pacientes delirantes. La posible discrepancia entre los resultados de la presente investigación y la citada anteriormente puede deberse a las diferencias a las diferencias entre las muestras seleccionadas, ya que dichos autores estudian el estilo atribucional en una muestra de delirantes, delirantes/depresivos y depresivos, mientras que esta investigación analiza las atribuciones de los delirantes pero comparándolos con una muestra de normales.

En el estudio de la dimensión globalidad entre delirantes y normales se ha evaluado la focalización del self a otras áreas de la vida de estos

sujetos, no encontrándose diferencias significativas ni para los eventos positivos ni para los negativos; esto es, no existen diferencias entre los sujetos delirantes y los normales a la hora de generalizar a otras facetas de su vida lo bueno o malo que les pueda acontecer. Como se puede apreciar en el cuadro que ilustra esta discusión, el grupo depresivo difiere significativamente en sus atribuciones de globalidad para los acontecimientos positivos y negativos del grupo control normales, reflejando su estilo atribucional depresivo.

En consonancia con los resultados encontrados para la estabilidad y la globalidad en los sucesos negativos, existe una diferencia significativa en Desesperanza entre los sujetos depresivos y sus controles. Lo mismo sucede para la Esperanza ya que los sujetos depresivos alcanzan menos niveles en estabilidad y globalidad de conjunto, para los eventos positivos, que los normales. A la vista del cuadro es importante observar la concordancia en no significatividad de la variable Desesperanza en el estudio delirantes/normales con la estabilidad y globalidad para los eventos negativos; asimismo, se puede ratificar la significatividad en estabilidad para los hechos positivos en los resultados de Desesperanza.

Finalmente, resaltar que en los resultados mostrados en el cuadro, se observa en las dimensiones de internalidad, estabilidad para los eventos positivos y Esperanza un comportamiento opuesto en los dos estudios (delirantes/normales y depresivos/normales). No se ha podido establecer

dicha diferencia en la variable autoestima, una posible explicación a ello puede ser el componente depresivo hallado en los sujetos delirantes y evaluado mediante el Cuestionario de Depresión de Beck, de no existir dicho componente se supone que los sesgos atribucionales de los pacientes delirantes podrían ser más marcados.

A la luz de la revisión científica realizada en esta área y a los resultados obtenidos, es posible asignar a las diferentes metodologías utilizadas en depresión y delirios alguna de las contradicciones encontradas, lo cual sería importante considerar en posibles investigaciones futuras. Además, posteriores investigaciones deberían prestar especial atención tanto a los estados afectivos y síntomas psicopatológicos en determinados trastornos psiquiátricos como a la interacción de procesos cognitivos, lo que ya había sido propuesto en el modelo paranoide de Bentall, Kinderman y Kaney, donde se asume que las autorrepresentaciones y las atribuciones causales están relacionadas de una forma dinámica, en concreto, atribuciones internas para los eventos negativos (realizadas por los pacientes depresivos), deberían estar asociadas con un aumento en sus discrepancias yo/real: yo/ideal y yo/real: yo/debería; mientras que las atribuciones externas para los sucesos negativos (realizadas por los pacientes delirantes) deberían estar asociadas con el fin o minimización de tales discrepancias. En el caso de los pacientes delirantes que realizan atribuciones externas y personales para los eventos negativos esta

disminución de las discrepancias entre el yo/real: yo/ideal y yo/real: yo/debería estarían acompañadas por un incremento en la convicción de que los otros mantienen puntos de vista negativos acerca de uno mismo.

Es obvio que se necesitan más estudios específicos en esta área, especialmente con pacientes psiquiátricos; es evidente que tales estudios no son fáciles de llevar a cabo, ya que implica trabajar con sujetos que en virtud de sus condiciones, son muy difíciles de reclutar para proyectos de investigación.

	Delirantes / Normales	Depresivos / Normales
Internalidad (-)	↓	↑
Internalidad (+)	↑	↓
Estabilidad (-)	=	↑
Estabilidad (+)	↑	↓
Globalidad (-)	=	↑
Globalidad (+)	=	↓
Desesperanza	=	↑
Esperanza	↑	↓
Autoestima	=	↓

(=) Cuando las diferencias entre el grupo experimental y el control no son significativas

↑ Cuando las diferencias son significativas, pero más elevadas en el grupo experimental.

↓ Cuando las diferencias son significativas, pero más bajas en el grupo experimental.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta tesis doctoral nos permiten extraer las siguientes conclusiones:

1. Ante cualquier evento o situación negativa, los sujetos delirantes en comparación con los sujetos normales realizan una atribución externa de tal evento, evitando la culpabilización y haciendo que ésta recaiga en los demás.
2. Los sujetos delirantes en comparación con los normales realizan una ineternalización excesiva de los hechos positivos.
3. La dimensión atribucional estabilidad para los eventos negativos en los sujetos delirantes no es significativa con respecto a los sujetos normales.
4. Existen diferencias significativas entre los sujetos delirantes y los normales en cuanto a sus atribuciones de estabilidad para los eventos positivos, asumiendo los delirantes que dicha situación exitosa será estable en el tiempo.

5. En la dimensión atribucional globalidad entre los sujetos delirantes y normales no existen diferencias significativas en su atribución a otras áreas de la vida del sujeto ni para los eventos positivos ni para los negativos.
6. Respecto a la variable desesperanza, no existen diferencias significativas entre los sujetos delirantes y los normales, contrariamente a lo que sucede con la variable esperanza en la que los delirantes alcanzan niveles más altos que los normales.
7. Los sujetos depresivos realizan una mayor internalización de los eventos negativos que los sujetos normales.
8. Los sujetos depresivos realizan atribuciones más estables para los hechos negativos que para los positivos en comparación con los sujetos normales, considerando que dicha situación negativa se mantendrá en el tiempo.
9. Existen diferencias significativas entre los sujetos depresivos y los normales en la dimensión atribucional globalidad tanto para las situaciones positivas como negativas.
10. En cuanto a la variable desesperanza, existen diferencias significativas entre los sujetos normales y los depresivos. Siendo superior en éstos últimos, al contrario de lo que sucede en la variable esperanza.

11. Los sujetos delirantes no difieren de los normales en sus niveles de autoestima. Mientras que los sujetos depresivos puntúan significativamente más bajo en la variable autoestima que los normales.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B. y Metalsky, G. I. (1995). Hopelessness Depression. En G. M. Buchanan y M. E. P. Seligman (Eds.), *Explanatory Style* (pp. 113-134). New Jersey: Hillsdale.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Addington, D., Addington, J. y Robinson, G. (1999). Attributional style and depression in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 47(7), 697-700.
- Alloy, L. B. y Abramson, L. I. (1988). Depressive realism: Four theoretical perspectives. In L. B. Alloy (Ed), *Cognitive processes in depression*. pp. 223-265. New York: Guilford
- Alloy, L. B. y Abramson, L. Y. (1982). Learned helplessness, depression, and the illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 6, 1114-1126.

- Alloy, L. B. y Tabachnik, N. (1984). Assessment of covariation by humans and animals. The joint influence of prior expectations and current situational information. *Psychological Review*, 91, 112-149.
- Alloy, L. B., Just, N. y Panzarella, C. (1997). Attributional style, daile life events, and hopelessness depression: subtype validation by prospective variability and specificity of symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 321-344.
- Alloy, L. B., Lipman, A. J. y Abramson, L. Y. (1992). Attributional style as a vulnerability factor for depression: Validation by past history of mood disorders. *Cognitive Terapy and Research*, 16, 391-407.
- APA (1994), Diagnostic and stadistical manual of mental disorders, 4^a edición (DSM–IV), Washington, D. C., APA.
- Arietri, S. (1955). *Interpretation of Schizophrenia*. New York: Brunner.
- Beck, A. T. y Clarck, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1, 23-26.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press. (Trad. Bilbao, D. D. B. 1983).
- Beck, A., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, N°6, 861-865.
- Bem, D. J. (1972). Self–perception theory. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*. vol. 6. N. Y. Academic Press.
- Bentall, R. P. y Kinderman, P. (1999). Self–regulation, affect and psychosis: the role of social cognitiion in paranoia and mania. En T.

- Dalgleish y M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and emotion*. pp. 353-381. New York: Wiley.
- Bentall, R. P. y Young, H. F. (1996). Sensible hypothesis testing in deluded, depressed and normal subjects. *British Journal of Psychiatry*, 168, 372-375.
 - Bentall, R. P. (1994). Cognitive biases and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. En A. S. David y J. Cutting (Eds.), *The Neuropsychology of Schizophrenia*. Londres: Erlbaum.
 - Bentall, R. P., Jackson, H. F. y Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of “schizophrenia”: some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303-324.
 - Bentall, R. P., Kaney, S. y Dewey, M. E. (1991). Persecutory delusions: An attribution theory analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 13-23.
 - Bentall, R. P., Kinderman, P. y Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 331-341.
 - Bermúdez, M. P. (2000). *Déficit de autoestima*. Pirámide: Madrid.
 - Berrios, G. E. (1991). Delusions as “Wrong beliefs”: a conceptual history. *British Journal of Psychiatry*, 159 (suppl. 14), pp. 6-13.
 - Berrios, G. E. (1996). *Delirio*. Madrid: Trotta.
 - Brewin, C. R. y Furnham, A. (1986). Attributional versus preattributional variables in self-esteem and depression: A comparison and test of learned helplessness theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 1013-1020.
 - Brewin, C. R. (1985). Depression and causal attributions: What is their relation? *Psychological Bulletin*, 98, 297-309.

- Brockington, I. (1991). Factors Involved in delusion Formation. *British Journal of Psychiatry*, 159 (suppl. 14), 42-45.
- Brown, G. W. y Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. New York: Free Press.
- Brown, G. W., Bifulco, A. y Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression III. Aetiological issues. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 25, 235-243.
- Buchanan, G. H. y Seligman, M. E. P. (1995). *Explanatory style*. New Jersey: Hillsdale.
- Cabaleiro Goás, M. (1966). La Psicopatología de los delirios. En *Temas psiquiátricos*, pp. 957-1012. Madrid: Paz Montalvo.
- Candido, C. L. y Romney, D. M. (1990) Attributional style in paranoid versus depressed patients. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 355-363.
- Castilla del Pino, C. (1998). *El delirio un error necesario*. Oviedo, España: Nobel.
- Chadwick, P. D. I. y Lowe, C. F. (1994). A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour Research Therapy*, vol. 32, N°3, 355-367.
- Chapman, L. J. y Chapman, J. P. (1988). The genesis of delusions. En T. F. Oltmanns y B. A. Maher (Eds.), *Delusional Beliefs*. New York: Wiley.
- Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Cooper, A. F., y Curry, A. R. (1976). Pathology of deafness in the paranoid and affective psychoses of later life. *Journal of Psychosomatic Research*, 20, 97-105.

- Cooper, A. F., Kay, D. W. K., Curry, A. R., Garside, R. F. y Roth, M. (1974). Hearing loss in paranoid and affective disorders of the elderly. *Lancet*, 2, 851-854.
- Crocker, J., Kayne, N. T. y Alloy, L. B. (1988). Attributional style, depression and consensus for events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 840-846.
- Cuesta, M. y Peralta, V. (1994). Manual de Puntuación de la PANSS.
- Curry, J. F. y Craighead, W. E. (1990). Attributional style in clinically depressed and conduct disordered adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 757-764.
- Davidson, L. (1992). Commentary on Garety. *Psychiatry*, col. 55, pp. 292-296.
- del Barrio, V., Frias, D. y Mestre, V. (1994) Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*. vol 47(4), 471-476.
- Dudley, R. E. J., John, C. H., Young, A. W. y Over, D. E. (1997). Normal an abnormal reasoning in people with delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 243-258.
- Eaves, G. y Rush, A. J. (1984). Cognitive patrtrens in Symptomatic and remitted unipolar major depressives. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 31-40.
- Eimer, M. (1987). *Konzeptionen von Kausalizät (Conceptions of casuality)*. Bern: Huber.
- Ellis, A. y Grieger, R. (Eds.) (1977). *Handbook of rational–emotive therapy*. New York: Springer.
- Ellis, A. (1962). *Reason and amotions in psychotherapy*. Secaucus, N. J.: Citadel Press.
- Ey, H. (1950). *Estudios sobre los delirios*. Paz Montalvo: Madrid.

- Fazio, N. M. y Palm, L. J. (1998). Attributiona style, depression, and grade point averages of college students. *Psychological Reports*, 83 (1), 159-162.
- Fear, C. F., Sharpe, M. y Healy, D. (1996). Cognitive processes in delusional disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, 61-67
- Festiger, L. A. (1954). A theory of Social comparison process. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Firth, J. y Brewin, C. R. (1982). Attributions and recovery from depression. A preliminary study using cross-lagged correlation and analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 229-230.
- Fiske, S. T. y Taylor, S. E. (1991). *Social Cognition*. New York: McGraw-Hill.
- Flett, G. L., Pliner, P. y Blankstein, K. R. (1995). Preattributional dimensions in self-esteem and depressive symptomatology. *Journal of Social Behavior and Personality*. vol 10(1), 101-122.
- Förstering, F. y Rudolph, U. (1988). Situations, attributions on the evaluation of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 225-232.
- Försterling, F. (1990). Attributional Therapy. In S. Graham y V. Folkes (Eds.), *Attribution theory: Applications to achievement, mental health, and interpersonal conflict* (pp. 123-139). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Försterling, F., Bühner, M., Gall, S. (1998). Attributions of Depressed persons: How consistent are they with the covariation principle? *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 75, N°4, 1047-1061.
- Fox, S. H. (1997). Attributional style in a West African Sample: Implication for the depressive experience and beyond. *International Journal*. vol 5(2), 33-50.
- Freeman, D., Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P. y Hadley, C. (1998). The London-East Anglia randomised controlled

- trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis IV: self esteem and persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 415-430.
- Friedman, E. S. y Thase, M. E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carroble (Eds.), *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos vol. 1.* (pp. 618-681). Madrid: Siglo XXI.
 - Frith, C. D. y Corcoran, R. (1996). Exploring “theory of mind” in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26, 521-530.
 - Frith, C. D. (1979). Consciousness, information processing and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 134, 225-235.
 - Frith, C. D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
 - Frith, C. D. (1994). Theory of mind in schizophrenia. En A. S. David y J. C. Cutting (Eds.), *The Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove: Erlbaum.
 - Garety, P. A. y Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
 - Garety, P. A. y Hemsley, D. R. (1994). *Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Hove: Psychology Press.
 - Gilhooly, K. J. (1982). *Thinking: Directed, Undirected and Creative*. London: Academic Press.
 - Golin, S., Sweeney, P. D. y Schaeffer, D. E. (1981). The causality of causal attributions in depression: A cross-lagged panel correlational analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 14-22.
 - Gotlib, J. H. y Abramson, L. Y. (1999). Attributional theories of emotion. En T. Dalgleish y M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and emotion*. pp. 613-636. New York: Wiley y Sons.

- Haaga, D. y Beck, A. T. (1995). Perspectives on depressive realism: Implications for cognitive theory of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 41-48.
- Haaga, D. A. F., Ahrens, A. H., Schulman, P., Seligman, M. E. P., DeRubies, R. J. y Minarik, M. L. (1995). Metatraits and Cognitive Assessment: Application to Attributional style and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, vol. 19, N°1, 121-142.
- Hankin, B. L. y Abramson, L. Y. (1999). Development of gender differences in depression: description and possible explanations. *Annals of Medicine*, 31(6), 372-379.
- Hemsley, D. R. y Garety, P. A. (1986). Formation and maintenance of delusions: A Bayesian analysis. *British Journal of Psychiatry*, 149, 51-56.
- Herrero, J., Musitin, G y Gracia, E. (1995). Autoestima y depresión: relaciones directas versus indirectas. *Revista de Psicología Social*. (10)2, 191-204.
- Hewstone, M. (1989). *Causal attribution: From cognitive processes to collective beliefs*. Oxford: Blackwell.
- Higgins, E. T. (1989). Continuities and discontinuities in self-regulatory and self-evaluative processes: A development theory relating self and affect. Special issue: Long-term stability and change in personality. *Journal of Personality*, 57, 407-444.
- Higgins, E. T., Hlein, R. y Strauman, T. (1985). Self-concept discrepancy theory: a psychological model for distinguishing among different aspects of depression and anxiety. *Social Cognition*, 3, 51-76.
- Hilsman, R. y Garber, J. (1995). A test of the cognitive diathesis-stress model of depression in children: academic stressors, attributional style, perceived competence, and control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(2), 370-380.

- Ibáñez, I., González, M. y Peñate, W. (1997). Comparación de modelos factoriales alternativos para la versión española del Inventario de Depresión de Beck. *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 23, N°88, 283-300.
- Ibáñez, I., Peñate, W. y González, M. (1997). La estructura factorial del Inventario de depresión de Beck. *Psicología Conductual*, vol. 5, N°1, 71-91.
- Jaspers, K. (1913). *General Psychopathology*, trad. Hoening, J. y Hamilton, HW. Manchester: Manchester University Press.
- Jaspers, K. (1950). *Psicopatología general*. Buenos Aires: Beta.
- John, C. H. y Dogson, G. (1994). Inductive reasoning in delusional thinking. *Journal of Mental Gealth*, 3, 31-49.
- Johnson, J. G., Han, Y. S., Douglas, C. J., Johannet, C. M. y Rusell, T. (1998). Attributions for Positive life events predict recovery from depression among psychiatric inpatients: An investigation of the Needles and Abramson Model of recovery from depression. *Journal of Consulting and Clonical Psychology*. Vol. 66. N°2, 369-376.
- Joiner, T. E. Jr. (2001). Negative attributional style, hopelessness depression and endogenous depression. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 139-149.
- Jones, A. (1966). Information deprivation in humans. En B. A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research, vol III*. New York: Academic Press.
- Jones, E. E. y Davis, V. E. (1965). From acts to dispositions: The attribution process in person perception. In L. Berkowitz (Ed.) *Advances in experimental social psychology*, vol. 2, New York: Academic Press. pp. 219-266.
- Kaney, S. y Bentall, R. P. (1989). Persecutory delusions and attributional style. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 191-198.

- Kaney, S. y Bentall, R. P. (1992). Persecutory delusions and the self-serving bias: Evidence from a contingency judgement task. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 773-780.
- Kaney, S., Bowen-Jones, K. y Bentall, R. P. (1999). Persecutory delusions and autobiographical memory. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 97-102.
- Kaney, S., Bowen-Jones, K., Dewey, M. E. y Bentall, R. P. (1997). Two predictions about paranoid ideation: Deluded, depressed and normal participants' subjective frequency and consensus judgements for positive, neutral and negative events. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 349-364.
- Kaney, S., Wolfenden, M., Dewey, M. E. y Bentall, R. P. (1992). Persecutory delusions and the recall of threatening and nonthreatening proportions. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 85-87.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. y Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 13. N°2, 261-267.
- Kelley, H. H. (1967). Attribution theory in social psychology. In D. Levine (Ed.) *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln, NB: University of Nebraska Press. pp. 192-238.
- Kelley, H. H. (1973). The process of causal attributions. *American Psychologists*, 28, 107-128.
- Kelley, H. H., y Michaela, J. L. (1980). Attribution theory and research. *Annual Review of Psychology*, 31, 457-501.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: W. W. Norton.
- Kemp, R., Chua, S., McKenna, P. y David, A. (1997). Reasoning and delusions. *British Journal of Psychiatry*, 170, 398-405.

- Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammen, C. L. y Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 289-299.
- Kendler, K. S., Glasery, W. M. y Morgenstern, M. (1983). Dimensions of delusional experience. *American Journal of Psychiatry*, 140, 466-469.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G. y Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29, 85-96.
- Kiev, A. (1972). *Transcultural psychiatry*, Nueva York. Free Press.
- Kinderman, P. y Bentall, R. P. (1996). Self-discrepancies and persecutory delusions: Evidence for a defensive model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 106-114.
- Kinderman, P. y Bentall, R. P. (1997). Causal attributions in paranoia and depression: Internal, personal and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 341-345.
- Kinderman, P. (1994). Attentional bias, persecutory delusions and the self-concept. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 53-66.
- Kinderman, P., Dunbar, R. y Bentall, R. P. (1998). Theory-of-mind deficits and causal attributions. *British Journal of Psychology*, 89, 191-204.
- Kindermann, P. y Bentall, R. P. (2000). Self-discrepancies and causal attributions: Studies of hypothesized relationships. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 255-273.
- Klerman, G. L. (1991). An American perspective on the conceptual approaches psychopathology. En A. Kerr y H. McClelland (Eds.), *Concepts of mental disorder: A continuing debate*. London: Gaskell.

- Krstev, H., Jackson, H. y Maude, D. (1999). An investigation of attributional style in first-episode psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 181-194.
- Kwon, P. (1999). Attributional style and Psychodynamic defense mechanisms: Toward an integrative Model of Depression. *Journal of Personality*, 67:4, 645-658.
- Lewinsohn, P. M., Moberman, H. M., Teri, L. y Hantzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). New York: Academic Press.
- Lewis, C. T. y Short, C. (1879): A Latin Dictionary, Clarendon Press, Oxford.
- Linney, Y., Peters, E. y Ayton, P. (1998). Reasoning biases in delusion-prone individuals. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 247-370
- Lloyd, C., Zisook, S., Click, M., Jr. y Jaffe, K. E. (1981). Life events and response to antidepressants. *Journal of Human Stress*, 7, 2-15.
- Locasio, J. J. y Snyder, C. R. (1975). Selective attention to threatening stimuli and field independence as factors in the etiology of paranoid behaviour. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 637-643.
- Lyon, H. M., Kaney, S. y Bentall, R. P. (1994). The defensive function of persecutory delusions: evidence from attribution tasks. *British Journal of Psychiatry*, 164, 637-646.
- Lyon, H., Startup, M., y Bentall, R.P. (1999). Social cognition and the manic defense: Attributions, selective attention, and self-schema in bipolar affective disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 273-282.
- Maher, . A. (1974). Delusional Thinking and cognitive disorder. En H. London y R. E. Nisbett (Eds.), *Thought and feeling: Cognitive alteration of feeling states*. Chicago: Aldine.

- Maher, B. A. y Ross, J. S. (1984). Delusions. En H. E. Adams y P. B. Sutker (Eds.) *Comprehensive Handbook of Psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Maher, B. A. (1988). Delusions as the product of normal cognitions. En Oltmanns, T. F. y Maher, B. A. (Eds.) *Delusional beliefs*. Nueva York: Wiley.
- Maher, B. A. y Spitzer, M. (1993), Delusions, En C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of Schizophrenia*. Nueva York: Wiley.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass: Ballinger.
- Mahoney, M. J. (1977). Reflections on the cognitive learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, 32, 5-13.
- Manassero, M. A. y Vázquez, A. (1994). La atribución causal y la predicción del logro escolar: patrones causales, dimensionales y emocionales. *Estudios de Psicología*, 54, 3-22.
- Marks, G. y Miller, N. (1987). Ten years of research on the false consensus effect: An empirical and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 102, 72-90.
- McArthur, L. A. (1972). The how and what of why: Some determinants and consequences of causal attributions. *Journal of Personality and social Psychology*, 22, 171-193.
- Mechanic, D. (McAlpine, D. Rosenfield, S. y Davis, D. (1994). Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Social science and Medicine*, 39, 155-164.
- Meichenbaum, D. A. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. Morristown, N. J.: General Learning Press.
- Meider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.

- Metalsky, G. I. y Joiner, T. E., Jr (1992). Vulnerability to depressive symptomatology: A perspective test of the diathesis–stress and causal mediation components of the hopelessness theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 667-675.
- Metalsky, G. I., Joiner, T. E., Jr, Hardin, T. S. y Abramson, L. Y. (1993). Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: A test of the hopelessness and self–esteem theories of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 101-109.
- Metalsky, G. I., Malberstadt, L. J. y Abramson, L. Y. (1987). Vulnerability to depressive mood reactions: Toward a more powerful test of the diathesis–stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 356-393.
- Michotte, A. E. (1946). La perception de la causalite, París: J. Frin.
- Miller, I. W. y Normal, W. M. (1979). Learned helplessness in humans: A review and attribution–theory model. *Psychological Bulletin*, 86, 1, 93-118.
- Minkowski, E. (1950). Discusión sobre la ponencia “Psychopathologie des délires”. Cong. Mond. Psych. París: Comptes rendus, pp. 134-138. París: Hermann 1952.
- Mug, S. F., Garety, P. A. y Hemsley, D. R. (1988). Probabilistic judgements in deluded and nondeluded subjects. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 40A, 801-812.
- Mullen, P. (1979). Phenomenology of disordered mental function. En P. Hill, R. Murray y G. Thorley (Eds.) *Essentials of Postgraduate Psychiatry*, 2. Londres: Academic Press.
- Needles, D. J. y Abramson, L. Y. (1990). Positive life events, attributional style, and hopefulness: Testing a model of recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 156-165.

- Neufeld, R. W. (1990). Memory in paranoid schizophrenia. En P. Magaro (Ed.), *Cognitive bases of mental disorders: Annual review of psychopathology*, 1, Newbury Park, CA: Sage.
- Nims, J. P. (1959). Logical reasoning in schizophrenia: the von Domarus principle. Publicado como Tesis Doctoral. University of Southern California.
- Oltmanns, TH. F. (1988). Approaches to the Definition and Study of Delusions. En Th. F. Oltmanns y B. A. Maher (Eds.), *Delusional Beliefs*, pp. 3-12. Nueva York: Wiley y Sons.
- Overall, J. E. y Gorham, D. R. (1962). Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Palmer, L. K. (1995). Effects of a walking program on attributional style, depression, and self-esteem in women. *Perceptual and Motor Skills*. vol. 81 (3, Pt 1), 891-898.
- Pastor, A., Navarro, E., Tomás, J. M. y Oliver, A. (1997). Efectos de método en escalar de personalidad: la escala de autoestima de Rosemberg. *Psicológica*. vol 18(3), 269-283.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. London: Oxford University Press.
- Pecuch, J. P. (1999). Depression, self-esteem and attributional style among community college students. *Dissertations Abstracts International*, vol 58 (11-B) 6244.
- Peters, E., Day, S. y Garety, P. (1997). From preconscious to conscious processing: Where does the abnormality lie in delusions?. *Schizophrenia Research*, 24, 120.
- Peterson, C., y Stunkard, A. J. (1989). Personal control and health promotion. *Social Science and Medicine*, 28, 819-828.

- Peterson, C., Buchanan, G. M., Seligman, M. E. P. (1995). Explanatory style: History and Evolution of the Field. In G. M. Buchanan y M. E. P. Seligman (Eds.), *Explanatory Style* pp. 1-20. New Jersey: Hillsdale.
- Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Seligman, M. E. P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-299.
- Piaget, J. (1954). Das moralische Urteil beim Kinde. Zürich: Goldman, Rascher.
- Pilow, D. R., West, S. G. y Reich, J. W. (1991). Attributional Style in Relation to Self-esteem and Depression: Mediational and interactive models. *Journal of Research in Personality*, 25, 57-69.
- Ralph, J. A. y Mineka, S. (1998). Attributional style and self-esteem: the prediction of emotional distress following a midterm exam. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 203-215.
- Reed, G. (1988) *The Psychology of Anomalous Experience*. New York: Prometheus Books. (Edición revisada).
- Riaño, D. (1997). La Evaluación Cognitiva. En *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Paidós, Barcelona.
- Robins, C. J. y Block, P. (1989). Cognitive theories of depression viewed from a diathesis-stress perspective: Evaluations of the models of Beck and of Abramson, Seligman, and Teasdale. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 294-313.
- Robins, C. J. y Hayes, A. M. (1995). The Role of causal Attributions in the Prediction of Depression. En Buchanan, G. M. y Seligman, M. E. P. (Eds.), *Explanatory Style*, pp. 71-79. New Jersey: Hillsdale.
- Robins, C. J. (1998). Attributions and depression: Why is the literature so inconscient? *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 880-889.

- Rommey, D. M. (1994). Cross-validation of a causal model relating attributional style, self-esteem, and depression: an heuristic study. *Psychological Reports, 74(1)*, 203-207.
- Ross, L. y Nisbett, R. E. (1991). *The person and the situation: Perspectives of social psychology*. New York: McGraw Hill.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 80*, N°60.
- Sakamoto, S. y Kambara, M. (1998). A longitudinal study of the relationship between attributional style, life events, and depression in Japanese undergraduates. *Journal of Social Psychology, 138(2)*, 229-240.
- Sanjuán, P. y Palomares, A. (1998). Análisis del estilo atribucional en estudiantes con estado de ánimo depresivo. *Estudios de Psicología, 61*, 25-33.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema. vol. 10. N°2*, 303-318.
- Sanz, J. (1992). Constructos personales y síntomas depresivos: Un estudio longitudinal. *Revista de Psicología General y Aplicada, 45*. 403-411.
- Sanz, J. (1994). ¿Existen los autoesquemas depresivos y ansiosos?. *Boletín de Psicología, 43*, 53-88.
- Schwartz, J. A., Kaslow, N. I., Seeley, J. y Lewinsohn, P. (2000). Psychological, cognitive, and interpersonal correlates of attributional change in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology. 29(2)*, 188-198.

- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A. y Von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- Seligman, M. E. P., Peterson, C., Kaslow, N. J., Tannenbaum, R. L., Alloy, L. B. y Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- Silverman, R. J. y Peterson, C. (1993). Explanatory style of Schizophrenia and Depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, vol. 17, N°5, 457-470.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behaviour*. New York: Macmillan.
- Spitzer, M. (1990). On defining delusions. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 31. N°5, 377-397.
- Spitzer, M. (1995). A neurocomputational approach to delusions, *Comprehensive Psychiatry*, 36, pp. 83-105.
- TARRIER, N. (1995). Tratamiento y modificación de los síntomas psicóticos positivos residuales. En M. Birchwood y N. TARRIER (coord.), *El Tratamiento psicológico de la Esquizofrenia*. (pp. 144-173). Barcelona: Ariel.
- Tennen, M., Herzberger, S. y Nelson, H. F. (1987). Depressive Attributional style: The role of self-esteem. *Journal of Personality*, 55:4, 631-659.
- Thase, M. E. (1992). Long-term treatments of recurrent depressive disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 33-44.
- Tiggemann, M., Winefield, A. M., Winefield, M. R. y Goldney, R. D. (1991). The stability of attributional style and its relations to

- psychological distress. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 247-255.
- Tripp, D. A., Catano, V. y Sullivan, M. J. L. (1997). The contributions of attributional style, expectancies, depression, and self-esteem in a cognition-based depression model. *Canadian Journal of Behavioural Science*. vol 29(2), 101-111.
 - Ullmann, L. P. y Krasner, L. (1969). *A psychological approach to abnormal behaviour*. Englewood Cliffs, N.I.: Prentice-Hall.
 - Vázquez, C. y Ring, J. (1993). Altered cognitions in depression: Are dysfunctional attitudes stable? *Personality and Individual Differences*, 15, 475-479.
 - Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. *Congreso de Evaluación Psicológica*, 25-28 sept. Barcelona.
 - Vera-Villaroel, P. E. y Buela-Casal, G. (1999). Psiconeuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31, 271-289.
 - Von Domarus, E. (1944). The specific laws of logic schizophrenia. En J. Kasanin (Ed.) *Language and thought in schizophrenia*. Berkeley: University of California Press. (*Traducción castellana en Buenos Aires: Hormé*, 1958).
 - Walker, C. (1991). Delusion. What did Jaspers really say?. *British Journal of Psychiatry*, 159 (suppl. 14), 94-103.
 - Weiner, B. (1988). Attribution theory and attributional therapy: Some theoretical observations and suggestions. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 93-104.

- Weiner, B. (1988): Attribution theory and attributional therapy: Some theoretical observations and suggestions. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 93-104.
- Weiner, B. (1990): Attribution Processes in Personality, en L. A. Pervin (Ed.): *Handbook of Personality. Theory and Research*. Nueva York: Guilford
- Whisman, M. A., Miller, I. W., Norman, W. H. y Keitner, G. I. (1995). Hopelessness depression in depressed inpatient: symptomatology, patient characteristics, and outcome. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 377-398.
- Williams, E.B. (1964). Deductive reasoning in schizophrenia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 47-61.
- Willner, P., Wilken, M. y Orwin, A. (1990). Attributional style and perceived stress in endogenous and reactive depression. *Journal of Affective Disorders*, 18, 281-287
- Winters, K. C. y Neale, J. M. (1983). Delusions and delusional thinking in psychotics: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 3, 227-253.
- Wortman, C. B. y Dintzer, L. (1978): Is an attributional analysis of the learned helplessness phenomenon viable?: A critique of the Abramson–Seligman–Teasdale reformulation, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 1, 75-90.
- Young, H. F. y Bentall, R. P. (1995). Hypothesis testing in patients with persecutory delusions: Comparison with depressed and normal subjects. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 353-369.
- Young, H. F. y Bentall, R. P. (1997). Probabilistic reasoning in deluded, depressed and normal subjects: Effects of task difficulty and meaningful versus non–meaningful material. *Psychological Medicine*, 27, 455-465.

- Zigler, E. y Glick, M. (1988). Is paranoid schizophrenia really camouflaged depression? *American Psychologist*, Vol. 43, N°4, 284-290.
- Zimbardo, P. G., Andersen, S. M. y Kabat, L. G. (1981). Induced hearing deficit generates experimental paranoia. *Science*, 212, 1259-1531.
- Zuckerman, M. (1979). Attribution of success and failure revisited, or the motivational bias is alive and well in attribution theory. *Journal of Personality*, 47, 245-187