

**MÀSTER OFICIAL
PSICOLOGIA CLÍNICA I DE LA SALUT**

**ESPECIALITAT
RECERCA EN PSICOLOGIA CLÍNICA DEL ADULTS**

TUTOR
NEUS BARRANTES

**INFLUENCIA DE LOS ESQUEMAS COGNITIVOS IMPLÍCITOS Y
EXPLÍCITOS EN LA MANIFESTACIÓN DE EXPERIENCIAS
PSEUDO-PSICÓTICAS POSITIVAS.**

TREBALL D'INVESTIGACIÓ DE
ADRIANA GRAU ABERTURAS

BARCELONA, JULIO DE 2011



Universitat Autònoma de Barcelona

RESUMEN

El presente estudio evalúa la influencia de los esquemas implícitos y explícitos, tanto acerca de uno mismo como de los demás, sobre la experimentación de experiencias pseudo-psicóticas positivas; tomando como marco de referencia dos destacados modelos explicativos: el modelo atribucional de auto-representación y el modelo de la anticipación cognitiva de la amenaza. Los análisis se realizaron sobre una muestra de 185 estudiantes de psicología de la *UAB*. Los resultados obtenidos apoyaron la influencia de los esquemas explícitos positivos del yo y los negativos de los otros sobre las experiencias pseudo-psicóticas positivas; aportando así un apoyo parcial para ambos modelos.

PALABRAS CLAVE: Esquemas cognitivos; Autoestima implícita; Esquemas explícitos; Experiencias pseudo-psicóticas.

RESUM

Aquest estudi avalua la influència de esquemes implícits i explícits, tant sobre un mateix i altres, sobre l'experimentació d'experiències positives pseudo-psicòtiques; prenent com marc de referència dos models explicatius destacats: el model atribucional d'autorepresentació i el model de l'anticipació cognitiu de l'amenaça. Les anàlisis es van realitzar en una mostra de 185 estudiants de Psicologia de la UAB. Els resultats es donen suport a la influència dels esquemes explícits positius del jo i dels negatius de l'altre en les experiències positives pseudo-psicòtiques; proporcionant suport parcial per als dos models.

PARAULES CLAU: Esquemes cognitius; L'autoestima implícit; Esquemes explícits; Experiències pseudo-psicòtiques.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la psicosis es ampliamente conceptualizada como un fenotipo dimensional. Según la *hipótesis del continuum*, el fenotipo psicótico se distribuye a lo largo de un continuum de gravedad que comprendería tanto a la población general como a la clínica (Johns y van Os, 2001). Este fenotipo englobaría desde una relativa salud psicológica hasta la manifestación más grave del espectro psicótico: la esquizofrenia. Las manifestaciones intermedias de este contínuum abarcan sintomatología sub-clínica expresada en síntomas pseudo-psicóticos, siendo éstos un fenómeno psicológico bastante común entre la población general (van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul y Krabbendam, 2009). Por la tanto, la población no clínica constituye un ‘laboratorio natural’ de estudio de los mecanismos etiopatogénicos de las experiencias psicóticas idóneo puesto que está libre de los factores de confusión que acechan a las manifestaciones clínicas (gravedad, medicación, estigma, comorbilidad, etc.).

Respecto a la etiología del contínuum psicótico, las últimas dos décadas de investigación han demostrado el papel esencial que juegan tanto la emoción como los sesgos cognitivos en la aparición y mantenimiento de la psicosis, siendo de particular interés en el estudio de la sintomatología psicótica positiva (delirios y alucinaciones).

Con respecto a la emoción, actualmente nos encontramos con un extenso cúmulo de estudios que evidencian la contribución de síntomas afectivos, como el humor deprimido o la baja autoestima, en el desarrollo de sintomatología psicótica positiva. Un claro ejemplo de esta relación podemos verlo en el estudio longitudinal de tres años llevado a cabo por Krabbendam *et al.* (2002), en el cual encontraron que la baja autoestima, en conjunción con otras variables, constituye un factor de riesgo para la posterior aparición de psicosis, y

en concreto, para el desarrollo de síntomas positivos de la psicosis, en sujetos que antes del estudio nunca habían presentado ningún síntoma psicótico ni pseudo-psicótico.

En lo que respecta a los sesgos cognitivos, entendidos estos como una “desviación en el estilo de adquisición, procesamiento y evaluación de la información” (Moritz *et al.*, 2010, p. 407), se ha producido un incremento de estudios en los que se les atribuye un papel muy relevante en la formación y mantenimiento de los síntomas positivos dentro de las psicosis, y muy en especial en lo concerniente a los delirios paranoides o de persecución.

Desafortunadamente, hasta ahora ha resultado difícil replicar un patrón de asociación específico entre dichos factores emocionales y sesgos cognitivos y la aparición de los delirios y alucinaciones. Así, por ejemplo, mientras algunos estudios encontraron que los sujetos con delirios paranoides presentaban una autoestima implícita positiva similar a la de un grupo de sujetos sanos y una autoestima explícita ligeramente inferior a la de este grupo de control (MacKinnon, Newman-Taylor y Stopa, 2010), otros encontraron que los sujetos paranoides mostraban una alta autoestima explícita similar a la de su grupo control, y una autoestima implícita significativamente más baja que la de dicho grupo sano, siendo más similar a la de su grupo de sujetos deprimidos (Valiente *et al.*, 2011). Por otro lado, algunos estudios se han hallado la existencia de un sesgo extremo de auto-complacencia (*self-serving bias*) en sujetos con delirios paranoides (Bentall, Kinderman y Kaney, 1994), por el cual atribuirían los sucesos positivos a factores internos propios y los negativos a factores externos, y generalmente, a factores internos a otras personas. Sin embargo, otros estudios encontraron que la presencia de dicho sesgo de auto-complacencia estaba asociado con un menor número de experiencias psicóticas (Humphreys y Barrowclough, 2006).

Así pues, a la luz de los datos, distintos autores han intentado concebir un modelo integrador, que aunando lo emocional y lo cognitivo, logre dar cuenta de los resultados inconsistentes, e incluso en ocasiones contradictorios, que se han venido obteniendo.

Por un lado nos encontramos con el modelo propuesto por Bentall y cols., el modelo atribucional de auto-representación (*attribution-self-representation model*) (Bental, Corcoran, Howard, Blackwood, y Kinderman, 2001; Bentall *et al.*, 1994), en cual la emoción tendría un papel motivacional defensivo, al ser la evitación de una baja autoestima explícita lo que motivaría o propiciaría la aparición de los delirios. Por otro lado, tendríamos la propuesta de Garety, Freeman y cols., el modelo de la anticipación cognitiva de la amenaza (Freeman, Garety, Kuipers, Fowler y Bebbington, 2002; Garety, Kuipers, Fowler, Freeman y Bebbington, 2001), en el cual “la emoción negativa y la baja autoestima tienen un papel central, normal, directo y no defensivo en el desarrollo de los síntomas” (Smith *et al.*, 2006; p. 182).

En cuanto al modelo atribucional, Bentall *et al.* (1994, 2001) propusieron que los individuos que experimentan delirios de persecución poseen creencias negativas latentes sobre sí mismos, lo que les llevaría a presentar una baja autoestima implícita, y que dichos delirios les proporcionarían una defensa que evitaría que esa baja autoestima alcanzara el nivel de consciencia. Estas creencias serían propensas a ser activadas por sucesos vitales negativos. Para evitar esta activación, los sujetos paranoides atribuirían la ocurrencia de sucesos negativos o amenazadores a otras personas (atribuciones externas personales) para mantener elevada su autoestima explícita o consciente, y que su baja autoestima y creencias negativas sobre sí mismos permanezcan subyacentes. Dicho de otro modo, al atribuir los sucesos negativos a las conductas malintencionadas de los otros, los paranoides estarían empleando un exagerado sesgo de auto-complacencia (Bentall *et al.*, 1994).

Por su parte, Garety y Freeman argumentan en su modelo que experiencias adversas o traumáticas vividas en la infancia podrían crear una vulnerabilidad cognitiva permanente, caracterizada por esquemas negativos acerca de uno mismo y del mundo, que harían a los sujetos vulnerables a la anticipación de posibles amenazas, alimentando con ello síntomas como escuchar voces y/o la ideación paranoide (Freeman *et al.*, 2002; Garety *et al.*, 2001). Estos esquemas representarían al *yo* como vulnerable a las amenazas y a los *otros* como hostiles y peligrosos, llevando al sujeto a experimentar una baja autoestima y a realizar atribuciones externas.

En estos individuos vulnerables, las alteraciones cognitivas (Garety *et al.*, 2001) unidas a un evento estresante precipitarían un aumento del *arousal*, que provocaría un estado de confusión entre lo interno y lo externo (Freeman *et al.*, 2002), lo que llevaría a los sujetos a vivenciar experiencias anómalas, siendo aparentemente externas a ellos y potencialmente amenazantes (por ej. percepción alterada, pensamientos experimentados como voces). En este contexto, Garety *et al.* (2001) conceptualizan los delirios como una “creencia de amenaza”, que surgiría de la búsqueda de una explicación para esas experiencias, internas o externas, que les resultan inusuales, anómalas o emocionalmente significativas.

Este último modelo es consistente con el estudio realizado por Cukor y McGinn (2006), en el cual encontraron que los eventos traumáticos en la infancia repercuten en el desarrollo de los esquemas cognitivos, dando lugar a creencias negativas sobre uno mismo y sobre los otros. También es consistente con los resultados hallados por Honig *et al.* (1998), que revelaban que la aparición de las alucinaciones auditivas estaba precedida de un suceso traumático o de un suceso que habría activado el recuerdo de un trauma anterior. De hecho, se considera a los eventos traumáticos en la infancia, como es el haber padecido algún tipo de abuso, como un factor causal para la aparición de psicosis, y más específicamente, para la experimentación de alucinaciones auditivas (Read, van Os, Morrison y Ross, 2005).

Basándonos en lo expuesto, el objetivo del presente estudio sería comprobar cuál de los dos modelos explicativos de la aparición de la sintomatología psicótica positiva presentados anteriormente explicaría mejor la presencia de experiencias pseudo-psicóticas positivas en una muestra no clínica.

Por un lado, Bentall y cols. proponen que los sujetos presentarían una autoestima implícita negativa y unos esquemas explícitos de sí mismos positivos, los cuales serían protegidos de la influencia de la dicha autoestima implícita negativa por medio de los delirios y los esquemas explícitos negativos sobre los otros. Por otro, Garety, Freeman y cols. proponen que los sujetos poseerían unos esquemas explícitos negativos de sí mismos y de los otros, los cuales les harían vulnerables a presentar una autoestima (implícita) negativa. En el presente estudio se evaluarán los esquemas cognitivos del yo y de los otros, tanto a nivel explícito como implícito, para establecer y poder comprobar estas hipótesis.

Así, según el modelo propuesto por Bentall y cols. hipotetizaríamos que los sujetos experimentarán mayor sintomatología pseudo-psicótica positiva a medida que presenten unos esquemas implícitos sobre sí mismos y sobre los otros más negativos, y unos esquemas explícitos sobre sí mismos más positivos y sobre los otros más negativos; apoyando así la función defensiva de los delirios. En cambio, según el modelo planteado por Garety, Freeman y cols. hipotetizaríamos que los sujetos presentarían más experiencias pseudo-psicóticas positivas a medida que manifiesten unos esquemas explícitos más negativos tanto sobre sí mismos como sobre los demás, y unos esquemas (implícitos) sobre sí mismos y sobre los demás más negativos; lo cual apoyaría la función explicativa de los delirios.

Dada la evidente influencia del trauma infantil tanto en la génesis de esquemas negativos entorno a uno mismo y a los otros, como en la aparición de la psicosis, planteamos como

objetivo secundario evaluar la posible interacción de esta variable con dichos esquemas, tanto implícitos como explícitos, a la hora de explicar la presencia de experiencias pseudo-psicóticas positivas.

MÉTODO

Participantes

La muestra de este estudio deriva de la primera fase del proyecto de investigación del cual se han obtenido los datos del fenotipo de psicosis no clínica. En la primera fase de este proyecto, dirigido a explorar la asociación entre el autoinforme de experiencias traumáticas y la psicosis no clínica, se evaluó a 589 participantes, pertenecientes en su mayoría al primer ciclo de los estudios de Psicología de la UAB, dando todos ellos su consentimiento por escrito para participar en el estudio. Se descartaron 42 participantes debido a su puntuación anómala en la Escala de Infrecuencia (Chapman y Chapman, 1983), quedando pues un tamaño muestral total de 547 individuos (rango edad 17 a 59, media=20.7, DE=4.6; 83.4% mujeres). Posteriormente se seleccionó a una submuestra para ser evaluada mediante entrevistas en un mayor número de variables, entre ellas las que ocupan al presente estudio. Para la obtención de dicha submuestra, se seleccionaron a individuos pertenecientes a los rangos bajo, medio y alto de las distribuciones de puntuaciones en esquizotípia, experiencias pseudopsicóticas y trauma autoinformado, sobreseleccionando a participantes con altos niveles del fenotipo subpsicótico y de trauma para asegurar en la Fase 2 del estudio una variabilidad de puntuaciones notable.

De la submuestra final prevista en 200 participantes, el presente estudio emplea los datos de los 185 sujetos recogidos hasta el momento. La muestra contaba con un rango de edad de 17 a 30 años, con una media de 19,86 años (DT = 2,5). La pertenencia de todos los participantes a la población universitaria nos permitió equipararles en nivel educativo, si

bien encontramos una distribución desigual del sexo en la muestra, estando compuesta por 141 mujeres (76,2%) y 44 hombre (23,8%).

Instrumentos de medida

Escala de Evaluación Comunitaria de Experiencias Psíquicas (CAPE; Stefanis *et al.*, 2002). Escala autoinformada diseñada para evaluar experiencias cuasi psicóticas y síntomas psicóticos en población general. Consta de 40 ítems repartidos entre 3 dimensiones sintomatológicas: 18 ítems de la escala positiva, 14 ítems de la escala negativa, y 8 ítems de la escala depresiva que se centran en los aspectos cognitivos de la depresión (pesimismo, tristeza, desesperanza y culpabilidad), al ser los que permiten discriminar entre síntomas depresivos y negativos (Kibel, Laffout, y Liddle, 1993). Cada ítem debe ser evaluado en cuanto al grado frecuencia, de la experiencia, y a la afectación o nivel de distrés, provocado por la misma. La escala de afectación solo debe ser contestada cuando la experiencia esté presente al menos “algunas veces” en la escala de frecuencia.

Para el presente estudio se aplicó la versión española de la CAPE (Ros-Morente, Vilagrà-Ruiz, Rodríguez-Hansen, Wigman y Barrantes-Vidal, 2011), y se emplearon para el análisis la frecuencia de la escala positiva como variable dependiente, y la frecuencia de la escala depresiva como medida de control.

Go/No-go Association Task (GNAT; Nosek y Banaji, 2001). Se empleó el programa Inquisist (Millisecond Software, 2005) para la presentación de esta prueba, que permite evaluar la fuerza de asociaciones individuales entre conceptos atributivos (ej. Positivo vs. Negativo) y una categoría de interés (ej. Yo) (ej. “Yo-Negativo” vs. “Yo-Positivo”). En concreto, se utilizó la versión de la GNAT diseñada por Valiente *et al.* (2011), que mide la asociación entre conceptos del “Yo” y atributos positivos y negativos; y entre conceptos de los “Otros” y atributos positivos y negativos. Esta versión de la GNAT cuenta con 4 bloques de práctica y 4 bloques de ejecución de la prueba en cada condición, 2 para el

concepto “Yo” y 2 para el concepto “Otros”, presentados en orden aleatorio. Cada ensayo de la condición de ejecución consistía en la presentación del concepto (“Yo” u “Otros”) en blanco en la esquina superior izquierda, del atributo (Positivo o Negativo) en azul en la esquina superior derecha, y de una palabra, en blanco o azul dependiendo de a cuál de los términos de las esquinas pertenezca, en el centro de la pantalla. Se instruyó a los participantes a presionar la barra espaciadora lo más rápido posible si consideraban que la palabra del centro de la pantalla pertenecía a alguna de las palabras de las esquinas superiores.

En el bloque 1, se presentan la categoría “Yo” y el atributo “Positivo” (Figura 1), mientras que en el bloque 2, se presentan la categoría “Yo” y el atributo “Negativo” (Figura 2). Los bloques 3 y 4 siguen la misma dinámica que los anteriores, pero en estos en lugar de la categoría “Yo” aparecía la categoría “Otros”; presentándose ésta junto con el atributo positivo en el bloque 3, y junto con el negativo en el bloque 4 (Figura 3).

La GNAT permite calcular varios índices d-prime y tiempo de reacción, pero para este estudio emplearemos solo los índices de tiempo de reacción, dado que al ser una medida continua en lugar de dicotómica (como lo es la del d-prime) presenta mayor consistencia interna (Nosek y Banaji, 2001).

Para este estudio se manejaron las medidas implícitas de la autoestima y de la evaluación sobre los otros, calculadas de los tiempos de reacción (Figura 4), como esquemas implícitos del yo y de los otros respectivamente.

Escala Breve de Esquemas Básicos (BCSS; Fowler *et al.*, 2006). Escala autoinformada que evalúa los esquemas cognitivos que implican al yo y a los otros en la psicosis. Consta de 24 ítems distribuidos en cuatro escalas que miden las distintas creencias del sujeto, positivas y negativas, sobre sí mismo y sobre los demás; considerando que éstas reflejarían un aprendizaje social y emocional. Los participantes indicarían si poseen la creencia en una

escala dicotómica (Sí/No) y, en caso de poseerla, informarían del grado de convicción de la misma en una escala tipo Likert de 1(Lo creo un poco) a 4 (Lo creo totalmente).

Versión abreviada del Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003). Escala desarrollada a partir del CTQ (Bernstein et al., 1994) para disponer de una prueba breve que permitiera evaluar de forma retrospectiva el maltrato durante la infancia. Cada ítem se valoraba en una escala tipo Likert que va de 1 (Nunca) a 5 (Muy a menudo). En su versión corta, cada dimensión del maltrato (abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligencia física y negligencia emocional) está representada por 5 ítems, confiriéndole una adecuada fiabilidad e inclusión del contenido recogido en la versión original. Ambas versiones incluyen también una escala de Minimización-Negación, compuesta por 3 ítems, para detectar la infracomunicación del trauma.

Procedimiento

La recolección de los datos de la GNAT se realizó durante la Fase 2 del estudio. Para ello, se llamó a cada uno de los participantes para solicitar la participación en dicha fase concertando una entrevista, tras la cual se les pasaba una de las 2 pruebas computerizadas de que consta esta Fase 2 del estudio (una de ellas la GNAT). Los sujetos recibían una compensación económica por su participación en el estudio.

Análisis

Se empleó el paquete estadístico SPSS (v19.0) para los análisis de los datos. Previamente al estudio de las relaciones existentes entre las variables, se efectuó un análisis descriptivo de los datos demográficos de la muestra y de la distribución de cada variable. Posteriormente se procedió al análisis de los datos mediante la técnica estadística de regresión lineal, en la cual las Experiencias Pseudo-Psicóticas Positivas (en adelante EPP) actuaron como variable dependiente; y los esquemas explícitos, positivos y negativos,

sobre el yo y los otros, y los esquemas implícitos sobre el yo y los otros, lo hicieron como variables independientes.

Dada la posible confusión o efecto de los estados depresivos sobre variables-rasgo (estables) como son los esquemas cognitivos negativos, todos los análisis se han ajustado por los niveles de síntomas depresivos. También se ajustarán por género, dadas las diferencias evidenciadas entre hombres y mujeres en cuanto al inicio, curso, y sintomatología de los trastornos psicóticos. Así, para el ajuste de dichos análisis se tomaron la depresión y el sexo como variables de confusión.

Para evaluar si el trauma actúa modificando el efecto de las variables dependientes sobre la independiente (EPP), primeramente se comprobaron las prevalencias de los distintos tipos de trauma en nuestra muestra de sujetos, para trabajar exclusivamente con aquellos que presentaran una prevalencia mínima del 20%, mostrando así una variabilidad suficiente y evitando con ello trabajar con variable desequilibradas. Para ello se crearon 5 variables dicotómicas para cada escala del CTQ, y se procedió al análisis de sus prevalencias. En vista de los porcentajes, sólo se tuvo en cuenta el abuso emocional a la hora del análisis.

Tras esto, se procedió a la creación de 6 nuevas variables, que contendrían los términos de interacción resultantes de la multiplicación del abuso emocional por cada una de las variables independientes, y a la realización de una prueba de significación global de estas 6 interacciones en bloque (Chunk test). Dado que esta prueba demostró la no significación del bloque de interacciones, ajustado por las variables depresión y sexo, se procedió a la eliminación tanto de los términos de interacción como de la variable de abuso emocional.

Finalmente se analizó mediante regresión lineal el efecto de las 6 variables independientes sobre las EPP, ajustando por sexo y depresión.

RESULTADOS

Los resultados del análisis descriptivo de los datos demográficos de la muestra y de la distribución de cada variable están contenidos en la Tabla 1.

En cuanto al análisis del trauma, tras la creación de las 5 variables dicotómicas en base a los puntos de corte establecidos por Bernstein y Fink (1998) para cada escala del CTQ se observó que, de los participantes, el 11,9% informaba de haber sufrido Negligencia Emocional, el 14,1% informaba de Negligencia Física, el 22,2% informaba de Abuso Emocional, el 9,7% informaba de Abuso Físico y el 6,5% informaba de Abuso Sexual. Ante estos resultados se decidió incluir en el análisis sólo la dimensión de Abuso Emocional, dado que era la que presentaba una prevalencia y, por consiguiente, una variabilidad suficientes en nuestra muestra para su análisis.

Así pues, se crearon 6 nuevas variables para recoger las interacciones de la variable abuso emocional con las 6 VI. La prueba de significación global de las 6 interacciones en bloque (Chunk test), ajustada por las 2 variables de confusión, resultó no significativa ($p=0,450$). Por ello, en el siguiente análisis se excluyeron tanto los términos de interacción como la variable abuso emocional.

En la Tabla 2 puede verse el modelo explicativo obtenido finalmente. En cuanto a los esquemas implícitos, ni los esquemas positivos del yo ($p=0,178$) ni los esquemas negativos de los otros ($p=0,266$) se asociaron significativamente con las EPP. Con respecto a los esquemas explícitos, ni los esquemas negativos del yo ($p=0,104$) ni los esquemas positivos de los otros ($p=0,420$) se asociaron con las EPP, mientras que los esquemas positivos del yo ($p=0,031$) y los esquemas negativos de los otros ($p<0,001$), y muy especialmente estos últimos, se asociaron significativamente con las EPP. Todos estos resultados están ajustados por las variables sexo y depresión.

DISCUSIÓN

Las hipótesis del presente estudio se han derivado de dos modelos explicativos competitivos de la aparición de sintomatología psicótica positiva planteados por Bentall *et al.* (1994, 2001) y por Garety, Freeman y cols. (Freeman *et al.*, 2002; Garety *et al.*, 2001). Según la hipótesis teórica de Bentall *et al.* se esperaba que los niveles de Experiencias Pseudo-psicóticas Positivas (EPP) estarían asociados a (1) baja autoestima implícita (esquemas implícitos más negativos del yo), (2) esquemas explícito positivo sobre el yo, y (3) esquemas negativos, tanto explícitos como implícitos, de los demás. Por otro lado, y siguiendo la hipótesis teórica de Garety y Freeman, las experiencias pseudo-psicóticas positivas deberían asociarse a (1) esquemas explícitos negativos tanto sobre sí mismos como sobre los otros, (2) una evaluación negativa de los otros (esquemas explícitos negativos sobre los otros) y, en consecuencia, (3) también a una más baja autoestima implícita (esquemas implícitos más negativos del yo).

Los resultados obtenidos parecen mostrar un apoyo parcial a la “hipótesis defensiva” desarrollada por Bentall *et al.*, al observarse que los esquemas explícitos positivos sobre el yo y negativos sobre los otros se ven asociados con las experiencias pseudo-psicóticas positivas. Estos datos supondrían un apoyo para el modelo de Bentall *et al.*; por un lado, a través del sesgo de *self-serving*, al poderse interpretar los esquemas explícitos negativos sobre los otros como un reflejo de la tendencia de los sujetos con sintomatología positiva a realizar atribuciones de sucesos negativos a los demás (*hostiles*) y a sus (*malévolas*) intenciones, y por otro lado, al considerar los esquemas explícitos positivos acerca del yo como una manifestación explícita del autoconcepto, y por tanto, pudiendo ser interpretados éstos como una autoestima explícita positiva que debe ser defendida.

Hablamos de un apoyo parcial debido a que, si bien los resultados de nuestra muestra respaldan la parte de la hipótesis referente a que los sujetos con una visión explícita más positiva sobre sí mismos y una más negativa sobre los demás presentan más EPP, estos mismos resultados no apoyan el papel crucial que Bentall *et al.* asignarían a la baja autoestima implícita (esquemas implícitos más negativos sobre el yo) en la aparición de síntomas psicóticos positivos como son los delirios, al indicar que esta variable no contribuía a la experimentación de EPP. Aunque los esquemas implícitos más negativos sobre los otros tampoco se asocian con la experimentación de más o menos EPP, esto no influiría en el apoyo de nuestros datos al modelo, ya que Bentall *et al.* no incluyeron las evaluaciones o esquemas implícitos de los otros como variables explicativas en el mismo.

A pesar de lo dicho, no debemos olvidar que estos resultados se refieren a una muestra de población no clínica y que, por lo tanto, la presencia del hipotético sesgo de *self-serving* probablemente no tenga una función defensiva especialmente marcada y disfuncional en una muestra cuya autoestima, tanto implícita como explícita, estarán mucho más conservadas que en una muestra de pacientes clínicos. Esta diferencia justificaría porqué otros estudios, como el de Valiente *et al.* (2011), han encontrado una baja autoestima implícita en pacientes con sintomatología psicótica positiva, pero no en sujetos de población general.

En cuanto al modelo de la anticipación de la amenaza de Garety, Freeman y cols., el apoyo de nuestros resultados parece ser también parcial ya que, aunque la no influencia ni de los esquemas implícitos del yo (autoestima implícita) ni de los otros (evaluación implícita de los otros) en la explicación de las experiencias pseudo-psicóticas positivas no refutaría su modelo, al no ser éstas variables esenciales del mismo, y aunque obtuvimos apoyo de nuestros resultados para la presencia de esquemas más negativos sobre los otros en sujetos con mayor número de dichas EPP; como en el caso anterior, estos mismos resultados no

apoyan el papel crucial que debería tener un factor clave de su modelo: los esquemas negativos explícitos sobre el yo. Así pues, en nuestros análisis, la presencia de estos esquemas no influye en la presencia de experiencias pseudo-psicóticas positivas.

Pese a esto, no debemos olvidar, como ya hemos mencionado antes, el tipo de muestra con el que hemos trabajado, el cual, daría cuenta de la baja prevalencia de trauma infantil autoinformado por los participantes del estudio y, por tanto, de la no actuación del trauma como variable moderadora en la relación entre los esquemas, tanto implícitos como explícitos, y las EPP. Este sería un importante factor a tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados ya que, según la propuesta explicativa de Garety y Freeman, serían las experiencias adversas o traumáticas vividas en la infancia las que darían lugar a la ya citada vulnerabilidad cognitiva permanente, caracterizada por los esquemas negativos acerca de uno mismo y del mundo. Esta apreciación se vería apoyada por el hecho de que Cukor y McGinn (2006) encontraron en su muestra que sólo aquellos sujetos que habían sufrido abusos graves en la infancia mostraban esquemas cognitivos negativos constituidos por creencias de vergüenza e imperfección sobre uno mismo y de desconfianza sobre los demás.

Sin embargo, al sí haber emergido en esta muestra otras relaciones esperadas (como la aparecida entre los esquemas negativos de los otros y las EPP), como ya ha sucedido en estudios que han trabajado en muestras también de estudiantes (Fowler et al., 2006), indicaría la necesidad de esperar a la finalización de la recogida de datos para poder contar con mayor variabilidad en las distribuciones y permitir así la detección de asociaciones sutiles pero informativas y etiológicamente relevantes.

La asociación tan significativa encontrada en nuestros datos entre los esquemas negativos de los otros y las EPP iría en consonancia con la fuerte asociación encontrada por Addington y Tran (2009) entre las creencias negativas sobre los otros y la suspicacia.

En definitiva, los resultados derivados de nuestro estudio no aportan evidencia suficiente en apoyo de ninguno de los dos modelos, enfatizando la necesidad de más investigación en torno al tema antes de poder decidir cuál de las propuestas explicativas existentes aportarían una respuesta más integradora.

Limitaciones y Propuestas para futuras líneas de investigación

El presente estudio presenta ciertas limitaciones que hace que sus resultados deban ser interpretados con precaución. En primer lugar, al tratarse de un estudio de tipo transversal, no permite hacer inferencias sobre relaciones de causalidad. La composición de la muestra empleada limita la generalización de los resultados, al ceñirse a un rango de edad pequeño, con una proporción mucho mayor de mujeres y estar constituida toda ella por estudiantes universitarios. Esto nos llevaría a subrayar la necesidad de replicar el estudio en una muestra más representativa de la población general, y en el mejor de los casos, con un diseño longitudinal. Por otro lado, en vista de las aparentes limitaciones que puede suponer para su posterior generalización a sujetos de la población clínica la realización en población general de un estudio en esta materia, sería interesante plantear un estudio de características similares en el contexto de una población en estadio EMAR (Estados Mentales de Alto Riesgo). Sin embargo, es necesario recalcar que los estudios en población no clínica son imprescindibles para poder comprobar las hipótesis conceptuales planteadas en el marco de la psicosis como un continuum que abarca desde respuestas adaptativas (por ej. la defensa paranoide leve) hasta la patología. Otra limitación a tener en cuenta con respecto a la metodología empleada es el hecho de que la información obtenida

por medio de cuestionarios de auto-informe podría haberse visto sesgada por el efecto de la discapacidad social, la negación, la omisión o la exageración de la información.

De cara a futuras líneas de investigación en torno al modelo explicativo de la psicosis como defensa sería de interés incluir una medida de autoestima explícita, ya que, en la reformulación que Bentall *et al.* (2001) planteó sobre su modelo, a la luz de los resultados aparecidos, la idea central no era tanto el que los pacientes con delirios presentarían una baja autoestima implícita, sino que estos pacientes mostrarían una discrepancia, sin importar la amplitud de la misma, entre su autoestima implícita y explícita, teniendo que ser esta última mayor que la primera. Así, el no incluir una medida de autoestima explícita en este estudio nos impidió comprobar esta hipótesis; restándole su importancia al hecho de que la autoestima implícita apareciera, aisladamente y en una muestra de población general universitaria con, probablemente, un autoconcepto bastante positivo, como no influyente en la aparición de las PPE. Si bien es cierto, que aunque no se haya incluido una medida de autoestima explícita, la BCSS parece proporcionar una medida más útil para medir los esquemas acerca de uno mismo que las tradicionales medidas de autoestima. Más aún, Humphreys y Barrowclough (2006) afirmaron que para comprender la paranoia sería mejor pensar en términos de esquemas de creencias en lugar de en una autoestima global.

También se debería tener en cuenta, para próximas incursiones en el tema, que, dado que el sesgo de *self-serving* es un estilo atribucional también presente en la población general, quizás fuera interesante contar con una medida de la línea base de dicho sesgo en la población, para poder emplearla como variable de ajuste y poder comprobar así que la relación entre el supuesto sesgo extremo de *self-serving* y la sintomatología psicótica positiva se debe, en efecto, a una propensión patológica a culpabilizar a los otros de la vulnerabilidad y desdicha propias, y no a un fenómeno común entre la población normal (Campbell y Sedikides, 1999).

Por último, y también de cara a futuras investigaciones, podría resultar útil el empleo de análisis más sofisticados, como serían los Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM), los cuales nos permitirían estudiar las posibles relaciones existentes entre nuestras variables independientes, de confusión y de ajuste, si alguna de ellas cumple un papel mediador en sus relaciones con la variable dependiente, etc.

REFERENCIAS

- Addington, J. y Tran, L. (2009). Using the Brief Core Schema Scales with Individuals at Clinical High Risk of Psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 227-231.
- Bentall, R., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N. y Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21, 1143-1192.
- 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.
- Bernstein, D.P. y Fink, L. (1998). Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-Report: Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Saparetor, E. y Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132-1136.
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J. et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27, 169-190.

- Campbell, W.K. y Sedikides, C. (1999). Self-Threat Magnifies the Self-Serving Bias: A Meta-Analytic Integration. *Review of General Psychology*, 3, 23-43.
- Chapman, L.J. y Chapman, J.P. (1983). Infrequency Scale. University of Wisconsin. Cuestionario sin publicar.
- Cukor, D. y McGinn, L.K. (2006). History of child abuse and severity of adult depression: The mediating role of cognitive schema. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15, 19-34.
- Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Kuipers, E., Bebbington, P., Bashforth, H., Coker, S., Gracie, A., Dunn, G. y Garety, P. (2006). The Brief Core Schema Scales (BCSS): Psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. *Psychological Medicine*, 36, 749-759.
- Freeman, D., Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D. y Bebbington, P.E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 331-347.
- Garety, P.A., Kuipers, E.E., Fowler, D.D., Freeman, D.D. y Bebbington, P.E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 31(2), 189-195.
- Honig, A., Romme, M.A., Ensink, B.J., Escher, S.D., Pennings, M.H. y deVries, M.W. (1998). Auditory hallucinations: A comparison between patients and nonpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 646-651.
- Humphreys, L. y Barrowclough, C. (2006). Attributional style, defensive functioning and persecutory delusions: Symptom-specific or general coping strategy? *British Journal of Clinical Psychology*, 45 (2), 231-246.
- Johns, L.C. y van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general populations. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.
- Kibel, D.A., Laffout, A.I. y Liddle, P.F. (1993). The composition of the negative syndrome of chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 162, 744-750.

- Krabbendam, L., Janssen, I., Bak, M., Bijl, R.V., de Graaf, R. y van Os, J. (2002). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for psychosis. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37, 1-6.
- MacKinnon, K., Newman-Taylor, K. y Stopa, L. (2010). Persecutory delusions and the self: An investigation of implicit and explicit self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 54-64.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Hottenrott, B., Woodward, T.S., Randjbar, S. y Lincoln, T.M. (2010). Different sides of the same coin? Intercorrelations of cognitive biases in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 15(4), 406-421.
- Nosek, B. A. y Banaji, M. R. (2001). The go/no-go association task. *Social Cognition*, 19, 161-176.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A.P. y Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-350.
- Ros-Morente, A., Vilagrà-Ruiz, R., Rodríguez-Hansen, G., Wigman, J.H. y Barrantes-Vidal, Neus. (2011). Proceso de Adaptación al Castellano de la Escala de Evaluación Comunitaria de Experiencias Psíquicas (CAPE). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 95-105.
- Smith, B., Fowler, D.G., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety, P. et al. (2006). Emotion and psychosis: Links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 86, 181-188.
- Stefanis, N.C., Hanssen, M., Smirnis, N.K., Avramopoulos, D.A., Evdokimidis, I.K., Stefanis, C.N., Verdoux, H. y van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of

psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine*, 32(2), 347-358.

Valiente, C., Cantero, D., Vázquez, C., Sanchez, Á., Provencio, M. y Espinosa, R. (2011). Implicit and explicit self-esteem discrepancies in paranoia and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, doi:10.1037/a0022856.

van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., y Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179-195.

FIGURAS

Bloque 1:

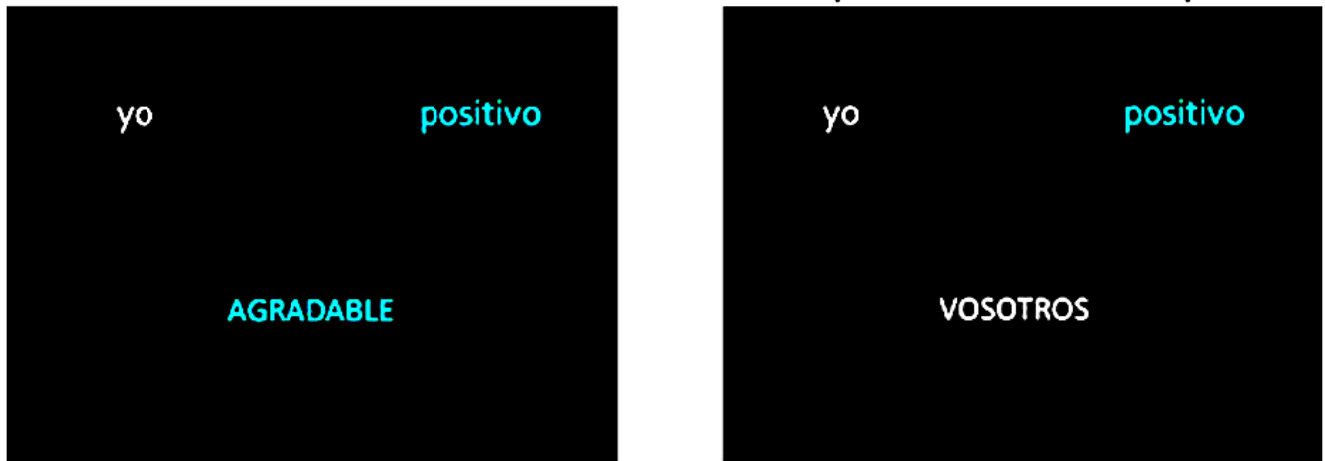


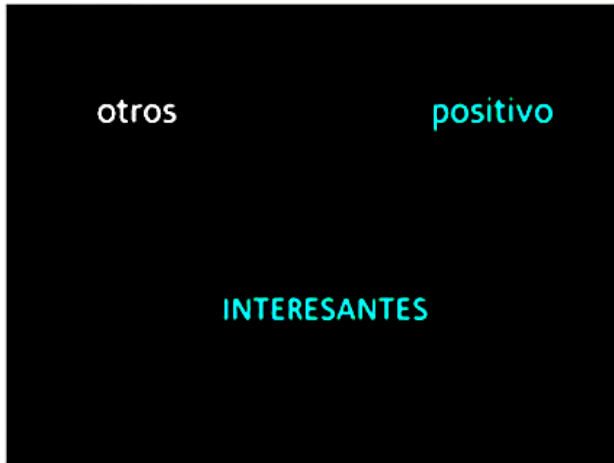
Figura 1. Ejemplos de ensayos del Bloques 1 de la GNAT: A la izquierda, el sujeto debía presionar la barra espaciadora; a la derecha, no debía presionarla.

Bloque 2:



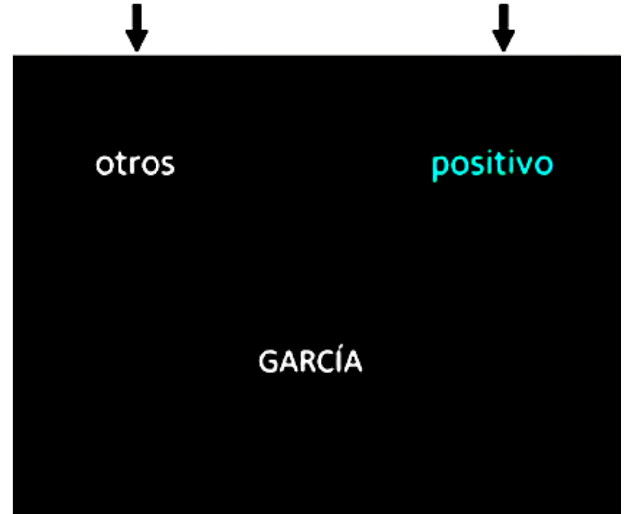
Figura 2. Ejemplos de ensayos del Bloques 2 de la GNAT: A la izquierda, el sujeto debía presionar la barra espaciadora; a la derecha, no debía presionarla.

Bloque 3:

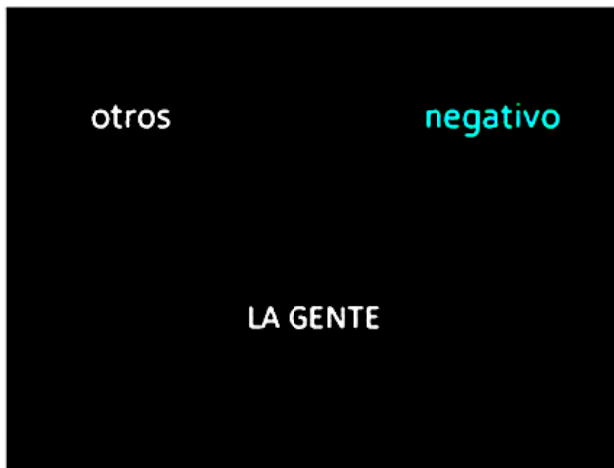


Categoría

Atributo



Bloque 4:



Categoría

Atributo

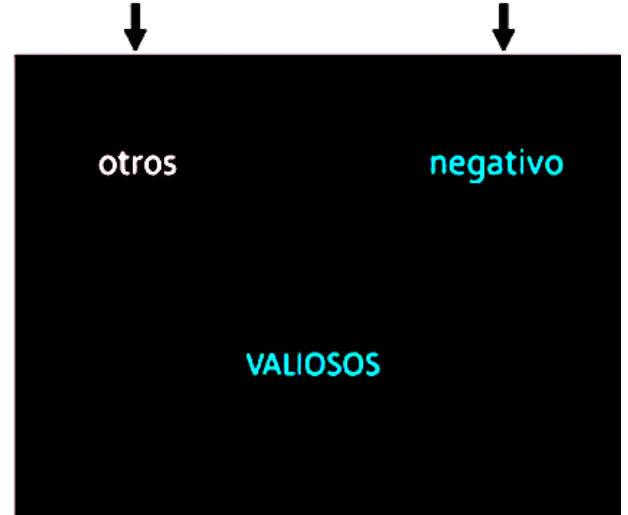


Figura 3. Ejemplos de ensayos de los Bloques 3 y 4 de la GNAT: A la izquierda, el sujeto debía presionar la barra espaciadora; a la derecha, no debía presionarla.

Autoestima Implícita	= $RT_{\text{Bloque2(Yo_Negativo)}} - RT_{\text{Bloque1(Yo_Positivo)}}$	=	$\begin{cases} >0; \text{Autoestima Implícita Positiva} \\ <0; \text{Autoestima Implícita Negativa} \end{cases}$
Evaluación Implícita de los Otros	= $RT_{\text{Bloque4(Otros_Negativo)}} - RT_{\text{Bloque3(Otros_Positivo)}}$	=	$\begin{cases} >0; \text{Evaluación Implícita Positiva} \\ <0; \text{Evaluación Implícita Positiva} \end{cases}$

Figura 4. Cálculo de los índices basados en los tiempos de reacción (RT) de los sujetos.

TABLAS

TABLA 1. Descriptivos de las variables de estudio.

VARIABLE	N	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo	Mediana
EDAD	185	19,86	2,479	17	30	19,00
CAPE						
Positivo - Frecuencia	184	8,19	4,793	0	22	7,00
Depresivo - Frecuencia	184	6,09	2,893	1	18	6,00
Esquemas Implícitos (GNAT)						
E. I. del Yo (ISE)	184	28,68	48,443	-137,80	183,31	25,12
E. I. de los Otros (IOE)	185	-0,53	55,465	-172,25	175,56	1,18
Esquemas Explícitos (BCSS)						
E. E. Positivos del Yo	185	12,48	4,823	2	24	12,00
E. E. Negativos del Yo	183	2,52	2,652	0	13	2,00
E. E. Positivos de los Otros	185	10,25	4,959	0	21	10,00
E. E. Negativos de los Otros	185	2,98	3,352	0	17	2,00
Trauma (CTQ-SF)						
Negligencia Emocional	185	9,54	3,704	5	21	9,00
Negligencia Física	185	5,96	1,461	5	12	5,00
Abuso Emocional	183	7,63	3,620	5	20	6,00
Abuso Físico	185	5,59	1,613	5	17	5,00
Abuso Sexual	185	5,55	2,106	5	25	5,00

CAPE: Escala de Evaluación Comunitaria de Experiencias Psíquicas.

GNAT: Go/No-go Association Task.

BCSS: Escala Breve de Esquemas Básicos.

CTQ-SF: Versión abreviada del Cuestionario de Trauma Infantil.

TABLA 2. Resultados del análisis de regresión lineal que explora el efecto de los esquemas implícitos (GNAT) y de los esquemas explícitos (BCCS) sobre la dimensión frecuencia de Experiencias Pseudo-Psicóticas Positivas.

	B	Error Estándar	p	IC 95%	
				Límite Inferior	Límite Superior
Esquemas Implícitos (GNAT)					
E. I. del Yo	0,008	0,006	0,178	-0,004	0,020
E. I. de los Otros	-0,006	0,005	0,266	-0,016	0,005
Esquemas Explícitos (BCCS)					
E. E. Positivos del Yo	0,155	0,071	0,031	0,014	0,296
E. E. Negativos del Yo	-0,232	0,142	0,104	-0,512	0,048
E. E. Positivos de los Otros	-0,057	0,071	0,420	-0,198	0,083
E. E. Negativos de los Otros	0,471	0,107	0,000	0,259	0,683

Variable dependiente: Escala de Frecuencia de la Subescala Positiva del CAPE.

Nota: Los valores registrados en esta tabla están ajustados por las variables de confusión Sexo y Depresión.