

Estilo atribucional en el espectro esquizofrénico

Gloria ESTEBARANZ RENDÓN
Servicio Andaluz de Salud

Resumen

En el presente trabajo se ha realizado una revisión de los estudios empíricos sobre el estilo atribucional en pacientes del espectro esquizofrénico publicados en los últimos quince años. Algunas de las investigaciones revisadas se han centrado en el estudio de las atribuciones en personas que presentan delirios persecutorios, independientemente de la entidad diagnóstica a la que puedan pertenecer, y otros estudios se han interesado por el estilo atributivo de categorías diagnósticas concretas, tales como el trastorno delirante o la esquizofrenia. Dada esta diversidad en las muestras estudiadas, se han hallado resultados contradictorios. Por otra parte, las investigaciones que se han llevado a cabo son transversales, por lo que no permiten estudiar la posible causalidad del estilo atribucional en la aparición de los síntomas psicóticos. Estas limitaciones podrían ser subsanadas por futuros estudios dentro de esta línea de investigación.

Palabras clave: estilo atribucional, esquizofrenia, trastorno delirante, delirios.

Abstract

In this article we present a review of empirical studies into the attributional style in patients with schizophrenic disorders which have been published in the last fifteen years. Some of these investigations, irrespective of their diagnosis, have focused on the study of attributions in persons experiencing persecutory delusions. Others have centred on the attributional style of specific diagnostic categories, such as delusional disorder or schizophrenia. Because of the diversity of the samples studied, we have found contradictory results. On the other hand, all these investigations are transversal, which does not permit us to study the causal relationship between the attributional style and the appearance of psychotic symptoms. With future research in this area these limitations may be overcome.

Key words: attributional style, schizophrenia, delusional disorder, delusions.

En el estudio de los trastornos del espectro esquizofrénico se pueden distinguir dos diferentes perspectivas. Una de ellas se ha centrado en determinadas categorías diagnósticas (esquizofrenia, trastorno delirante), pertenecientes a las clasificaciones psiquiátricas clásicas, al considerar que estos trastornos son bastante diferentes y pueden tener distintas etiologías. Por otro lado, muchos autores han abogado por la investigación de síntomas particulares de psicosis, tales como los delirios, en lugar de estudiar los grandes síndromes psicóticos. Esta decisión puede deberse a que se ha considerado que es fundamental el estudio de estos síntomas para la comprensión de la psicopatología del síndrome en el que se presentan, o bien puede deberse a la existencia de dudas sobre la validez científica de las clasificaciones psiquiátricas convencionales.

Para explicar el origen de los delirios, se han desarrollado muchos modelos teóricos que postulan la implicación de diferentes procesos psicológicos y neuropsicológicos en la formación de las creencias delirantes. Sin embargo, todavía se han realizado muy pocos estudios empíricos que intenten contrastar estas teorías explicativas.

Frith (1992) propone que en la construcción de los delirios, especialmente en la formación de los delirios persecutorios y de referencia, puede estar presente un defecto en la *teoría de la mente*, es decir, en la capacidad para reconocer los propios contenidos de la conciencia y, lo que es más importante, para interpretar adecuadamente las intenciones, motivaciones o pensamientos de las demás personas. Estas dificultades podrían llevar, por ejemplo, a que los individuos infirieran malas intenciones en los otros.

Apostando igualmente por la existencia de déficit cognitivos, Garety y Hemsley (1994) sugieren que los delirios son el resultado de un razonamiento defectuoso si se considera como marco de referencia la lógica Bayesiana. Los pacientes con creencias delirantes forman juicios con mayor rapidez y confianza que las personas normales, cometiendo errores a la hora de valorar información probabilística para razonar sus hipótesis y aceptando conclusiones a niveles muy bajos de probabilidad.

Por el contrario, Maher y Spitzer (1993) proponen que las ideas delirantes son interpretaciones racionales de experiencias inusuales. Una experiencia anómala genera una serie de dudas sobre su origen, los motivos de los autores, así como el por qué los otros niegan su existencia. Ante esta circunstancia, los pacientes recurren a interpretaciones esotéricas o mágicas que les ofrece su medio cultural, así como a sus propias preocupaciones y esperanzas para dar sentido a lo que no parece tenerlo.

Kaney y Bentall (1989) presentan un modelo explicativo de los delirios de persecución que sugiere que éstos son la consecuencia de un estilo cognitivo de atribución social que pone en funcionamiento un sesgo egoísta o interesado excesivo (*Self-serving bias*), presente también en sujetos normales, aunque en menor medida. Este modelo plantea que los pacientes con delirios de persecución tienen un auto-esquema negativo subyacente, como el de los deprimidos. El *sesgo egoísta* consigue que el paciente atribuya el fracaso u otras experiencias negativas a causas externas y los éxitos u otros eventos positivos a sí mismo, funcionando como un mecanismo de defensa que protege al individuo de las amenazas a su frágil autoestima. Este punto de

vista coincide con el de Zigler y Glick (1988) sobre la paranoia, al considerarla un equivalente depresivo o la expresión de una depresión camuflada.

El creciente interés por aplicar la teoría atribucional a diferentes síntomas y diagnósticos, la mayor atención que se está prestando en los últimos años a los aspectos socio-cognitivos de la esquizofrenia y la observación clínica de que los pacientes con delirios persecutorios tienden a culpar a las circunstancias y a otros de sus fallos y a atribuirse a ellos mismos sus éxitos, ha llevado al desarrollo de una serie de investigaciones sobre el estilo atribucional en pacientes psicóticos.

La mayoría de estas investigaciones se ha basado en el modelo reformulado de indefensión aprendida, propuesto por Abramson, Seligman y Teasdale (1978), que sostiene que cuando las personas son sometidas a experiencias de incontrolabilidad y las perciben como tal, harán una atribución respecto de cuál es la causa de esa falta de control. Esta atribución se hace en función de tres dimensiones:

- *Internalidad-externalidad* (según que se atribuya el resultado a una causa debida al propio sujeto o externa a él).
- *Estabilidad-inestabilidad* (creer o no que la causa se mantendrá en un futuro).
- *Globalidad-especificidad* (según se piense que la causa afectará a más áreas o sólo al área en cuestión).

De acuerdo con estas dimensiones, atribuir la falta de control a causas internas producirá una disminución en la autoestima, mientras que atribuirlo a causas externas no tendrá necesariamente el mismo

efecto; de la misma manera, atribuirlo a factores estables hará que la indefensión se mantenga a través del tiempo, y atribuirlo a factores globales generalizará la indefensión a otras áreas de la vida. Estos autores apuntaron que existiría un estilo atribucional depresivo, consistente en una tendencia a explicar los resultados negativos mediante causas internas, estables y globales, y que los sujetos con esta tendencia estarían predispuestos a reacciones depresivas tras sucesos vitales negativos.

Las atribuciones se han estudiado también desde la teoría de la atribución social de Kelley (1967). Este otro marco teórico sugiere que cualquier persona, al realizar una atribución, tendrá en cuenta tres tipos de información: *consenso*, *distintividad* y *consistencia*. El observador cree que existe *consenso* cuando todas o la mayor parte de las personas responden frente al estímulo o la situación de igual forma que la persona observada. Existe *distintividad* cuando la persona observada responde de forma diferente a otros objetos/entidades similares. Finalmente, existe *consistencia* cuando la persona observada responde siempre de la misma o parecida forma al estímulo o situación considerada. Cada uno de estos elementos de información puede adquirir dos valores (alto y bajo) y se pueden combinar entre sí de múltiples formas.

McArthur (1972) encontró que los sujetos normales atribuyen las acciones observadas de una persona a otra persona diana si hay evidencia de que la acción es distintiva en relación a dicha persona, es consistente con las conductas previas del actor hacia la persona diana y si hay un consenso sobre acciones hacia esa misma persona diana. Por convención, la persona diana es conocida como el estímulo para la acción y esta clase de atribuciones se denominan

atribuciones al estímulo. En el contexto de baja distintividad, consenso y consistencia, las acciones serían atribuidas a la persona que las hace (convencionalmente descritas como *atribuciones a la persona*) o a las circunstancias en las cuales ocurren (*atribuciones a la circunstancia*).

En el presente trabajo se ha realizado una revisión de los estudios empíricos sobre el estilo atribucional de pacientes con trastornos esquizofrénicos publicados en los últimos quince años. Teniendo en cuenta las dos diferentes perspectivas dentro del estudio del espectro esquizofrénico, las investigaciones revisadas se han agrupado en tres apartados: aquellas que se centran en el estudio de las atribuciones de los individuos que presentan delirios persecutorios (independientemente de la categoría diagnóstica a la que puedan pertenecer), aquellas interesadas por las atribuciones que se presentan en el trastorno delirante y, por último, aquellas investigaciones que estudian las atribuciones en personas diagnosticadas de esquizofrenia.

Estudios sobre el estilo atribucional en personas con delirios persecutorios

Kaney y Bentall (1989) evaluaron el estilo atribucional de un grupo de pacientes psicóticos que presentaban delirios persecutorios, comparándolo con dos grupos controles, uno de pacientes depresivos y otro de sujetos normales, empleando el *Attributional Style Questionnaire* (ASQ, Peterson, Semmel, von Baeyer, Abramson, Metalsky y Seligman, 1982). En este cuestionario, se les presentan a los sujetos eventos hipotéticos positivos y negativos y se les pide que imaginen que estos sucesos les ocurriesen a ellos. Con cada evento, se les solicita a los sujetos que generen pro-

bles causas y, luego, que autoevalúen estas atribuciones causales en tres escalas bipolares: *internalidad* (grado en el cual los eventos son atribuidos a sí mismo o a causas externas, tales como circunstancias u otras personas), *estabilidad* (grado en el cual las causas serán persistentes o no en el tiempo) y *globalidad* (grado en el cual las causas pueden influir en un ancho rango de situaciones o si únicamente afectan al suceso específico mencionado en el cuestionario).

Estos autores encontraron que los pacientes delirantes, al igual que los depresivos, hacen más atribuciones globales y estables para sucesos negativos cuando se comparan con sujetos normales. Por otro parte, los pacientes delirantes, en contraste con ambos grupos controles, realizan un mayor número de atribuciones externas para sucesos valorados negativamente y excesivas atribuciones internas para sucesos valorados positivamente. Por último, los pacientes delirantes paranoides, en comparación con los controles, tienden a hacer menos atribuciones al azar y más atribuciones a otros. Ante estos resultados, los investigadores sugieren que el estilo atribucional observado en los pacientes con delirios persecutorios podría llevar a los individuos vulnerables a hacer interpretaciones persecutorias y de grandiosidad sobre los sucesos vitales. Además, afirman que estos hallazgos apoyan la propuesta de Zigler y Glick (1988) de que los delirios paranoides son una defensa contra la depresión y pueden corresponder a la manifestación encubierta de una depresión subyacente.

Candido y Romney (1990) compararon el estilo atribucional de tres grupos de pacientes mediante el ASQ: un primer grupo de pacientes paranoides-no depresivos

(sujetos diagnosticados de trastorno delirante persecutorio o de esquizofrenia paranoide y sin síntomas comórbidos de depresión), un segundo grupo de pacientes depresivos-no paranoides (diagnosticados de depresión mayor unipolar y sin sintomatología paranoide) y un tercer grupo de pacientes paranoides-depresivos (diagnosticados de trastorno delirante persecutorio o de esquizofrenia paranoide y con un significativo grado de sintomatología depresiva). Este último grupo, que diferencia esta investigación de la de Kaney y Bentall (1989), lo introducen para comprobar la existencia del continuo paranoide-depresivo postulado por varios autores, entre ellos Zigles y Glick (1988), que, como se ha apuntado anteriormente, argumentaron que la paranoia es una depresión camuflada. Candido y Romney confirmaron sus predicciones, hallando que el estilo atribucional de los pacientes paranoides (tendían a hacer atribuciones internas, estables y globales para los eventos positivos, y al contrario para los eventos negativos) era opuesto al de los pacientes depresivos (tendían a hacer atribuciones externas, inestables y específicas para los eventos positivos, y al contrario para los eventos negativos) y el estilo atribucional del grupo paranoide-depresivo se sitúa entre los otros dos grupos para los eventos positivos, aunque no difería del grupo paranoide en los eventos negativos. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Kaney y Bentall (1989).

A partir de los resultados obtenidos en los dos estudios comentados anteriormente, Bentall, Kaney y Dewey (1991) se plantean la causa por la que los pacientes delirantes hacen atribuciones anormales y se interesan por contrastar la posibilidad de que los pacientes delirantes fallen en el uso

apropiado de la información contextual relevante cuando intentan dar sentido a las interacciones sociales. Para este propósito, eligen la teoría de la atribución social de Kelley, modelo normativo suficientemente comprobado sobre los juicios sociales, y administran el *Social Attributions Questionnaire* (SAQ, McArthur, 1972) a un grupo de pacientes con delirios persecutorios (diagnosticados de trastorno delirante persecutorio o de esquizofrenia paranoide) y a dos grupos controles, uno de pacientes depresivos y otro de sujetos normales. El SAQ solicita a los sujetos que elijan entre atribuciones a la persona, a la circunstancia o al estímulo en una serie de viñetas sobre interacciones sociales que describen una acción llevado a cabo por una persona hacia una segunda persona estímulo. Las viñetas varían en términos de la información facilitada sobre distintividad, consistencia y consenso, así como en relación a si las acciones descritas son positiva o negativamente valoradas. Además, después de cada viñeta, los sujetos tienen que valorar su certeza sobre la elección realizada en una escala de cinco puntos.

Estos investigadores encuentran tres resultados fundamentales. En primer lugar, los pacientes con delirios persecutorios hacen más atribuciones a la persona que los controles depresivos y normales, particularmente en las acciones valoradas negativamente. En segundo lugar, los pacientes delirantes hacen menos atribuciones al estímulo en los ítems de alta distintividad, consistencia y consenso que los grupos controles. Estos dos hallazgos son particularmente interesantes dado que la tarea de los sujetos implica hacer juicios sobre las causas de interacciones sociales en las cuales no están involucrados; por el contrario, en los dos estudios citados anteriormente

los sujetos realizaban sus juicios sobre sucesos que afectaban a sus propias vidas. A pesar de estas diferencias metodológicas, todos los resultados son en cierta manera coincidentes: así como los pacientes delirantes hacían menos atribuciones internas de sus propias experiencias negativas, estos sujetos son igualmente reticentes a culpar a otras víctimas de interacciones sociales evaluadas negativamente. En relación a estas coincidencias observadas, los autores proponen que las creencias de los individuos delirantes pueden verse como el reflejo de una forma extrema del *sesgo egoísta o interesado* presente en individuos normales (tendencia a atribuir los resultados favorables a ellos mismos y los resultados desfavorables a circunstancias externas) y cumplirían la función de mantener la autoestima. Esta explicación es consistente con la sugerencia de Zigles y Glick (1988) en relación a que la paranoia es una forma camuflada de depresión.

En tercer lugar y en relación con la hipótesis de partida, se comprueba que todos los sujetos hacen más atribuciones al estímulo y menos atribuciones a la persona en un contexto de alta distintividad, consistencia y consenso que en condiciones de baja distintividad, consistencia y consenso, replicando los resultados de investigadores previos con sujetos normales (McArthur, 1972; Hewstone y Jaspars, 1983). Por lo tanto, los sujetos delirantes hacen un uso normal de la información contextual cuando determinan la causa de estos eventos. En otras palabras, aunque los pacientes delirantes realicen más atribuciones a la persona y menos al estímulo, estos individuos utilizan un heurístico mental idéntico al de otras personas para decidir cuando hacer una u otra atribución. Además, en esta investigación, se constata-

tó que los pacientes delirantes se mostraban más seguros, comparados con los controles, de sus juicios atribucionales.

Lyon, Kaney y Bentall (1994) se interesan por contrastar la hipótesis de que el sesgo egoísta observado en los estudios anteriores cumple una función de mantenimiento de la autoestima y señalan que si las atribuciones para eventos negativos pudieran elicitar de manera que los sujetos no fueran conscientes de que se les requería asignar responsabilidades, los pacientes con delirios persecutorios responderían igual que los pacientes depresivos. Para comprobar estas afirmaciones, los investigadores aplicaron dos instrumentos de medida del estilo atribucional, uno encubierto y otro *transparente*, a un grupo de pacientes con delirios persecutorios (diagnosticados de trastorno delirante persecutorio o de esquizofrenia paranoide) y a otros dos grupos controles, uno formado por pacientes depresivos (diagnosticados de episodio depresivo mayor o de trastorno depresivo) y otro por sujetos normales.

Como prueba encubierta, se empleó el *Pragmatic Inference Task* (PIT, Winters y Neale, 1985). Es presentado como una prueba de memoria, para evitar un sesgo de respuesta consciente. Consiste en viñetas hipotéticas, las cuales son autoreferentes y derivadas del ASQ original. Cada ítem es seguido por cuatro preguntas de elección múltiple y una de ellas es la que requiere una inferencia atribucional. Esta última pregunta demanda implícitamente a los sujetos que decidan si los resultados descritos son debidos a una causa interna o a una causa externa.

Una forma paralela del ASQ (ASQpf) se utilizó como prueba *transparente*. La versión original del ASQ no podía utilizarse en esta investigación debido a que sus

ítems son similares a los del PIT. La subescala de internalidad es la más relevante para este estudio, pues pueden ser comparada con las respuestas de los sujetos a los ítems del PIT.

Los resultados del estudio apoyan la hipótesis de que los delirios persecutorios reflejan un estilo atribucional defensivo, que protege al individuo contra los sentimientos de baja autoestima. Los pacientes delirantes presentan claras diferencias en internalidad entre las medidas del ASQpf y las del PIT, cambiando de un sesgo egoísta extremo a un sesgo autodespreciativo dependiendo del método de evaluación. Por el contrario, los depresivos y normales realizan inferencias causales similares en ambas medidas atribucionales. En el ASQpf, consistente con los estudios previos, los sujetos delirantes hacen atribuciones externas para eventos negativos y atribuciones internas para eventos positivos; este sesgo está presente en bastante menor grado en sujetos normales y está prácticamente ausente en el caso de los controles depresivos. Sin embargo, en el PIT, el grupo delirante realiza un patrón de resultados completamente opuesto, haciendo atribuciones internas para eventos negativos y atribuciones externas para eventos positivos, un estilo atribucional similar al de los pacientes depresivos, sugiriendo la presencia de un autoconcepto negativo subyacente; el grupo control normal, por otro lado, exhibe el sesgo egoísta.

El ASQ ha sido criticado por su baja fiabilidad, particularmente en relación a la subescala internalidad. Kinderman y Bentall (1996) indican que se pueden identificar tres atribuciones causales distintas en la dimensión internalidad del ASQ: una atribución interna (atribuir las causas de los eventos a sí mismo), una atribución externa-personal

(atribuir las causas de los eventos a las acciones u omisiones de otras personas identificables) y una atribución externa-situacional (atribuir las causas de los eventos en términos de circunstancias o al azar). En su artículo, proponen el *Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire* (IPSAQ), un instrumento que puede discriminar entre las tres atribuciones causales y que consideran más apropiado para medir estilos atribucionales en pacientes con delirios persecutorios. Los ítems describen situaciones sociales positivas y negativas en segunda persona y se requiere que el sujeto indique la explicación causal que considera más probable para la situación descrita. Luego, se le pide al sujeto que categorice esta causa como interna (algo relacionado con el sujeto), personal (algo relacionado con otra persona o personas) o situacional (algo relacionado con circunstancias o al azar). Con este instrumento se obtienen dos sesgos cognitivos. Por un lado, un *sesgo externalizante*, que se calcula sustrayendo el número de atribuciones internas para eventos negativos del número de atribuciones internas para eventos positivos; una puntuación positiva en este sesgo indica un fuerte sesgo egoísta (culpar a sí mismo menos para eventos negativos que para eventos positivos). Y por otro lado, un *sesgo personalizante*, que indica la proporción de atribuciones externas para eventos negativos que son personales en oposición a situacionales y se calcula dividiendo el número de atribuciones externas personales por la suma de atribuciones externas personales y situacionales para eventos negativos; una puntuación en este sesgo mayor de 0,5 representa una mayor tendencia a usar atribuciones externas personales en lugar de situacionales para eventos negativos. En un grupo de sujetos normales, los autores constatan que las subescalas del IPSAQ tienen nive-

les aceptables de fiabilidad, superiores a los de la subescala de internalidad del ASQ. Y, por último, encuentran que la validez de esta clasificación atribucional es apoyada por las diferentes asociaciones entre los tres tipos de atribuciones y otras variables clínicas significativas. Específicamente, las atribuciones internas para eventos negativos parecen ser claramente asociadas con bajo ánimo y reacciones depresivas, las atribuciones externas-personales se asocian con ideación paranoide, mientras que las atribuciones externas-situacionales parecen ser psicológicamente benignas.

Tras comprobar la validez y fiabilidad de IPSAQ, Kinderman y Bentall (1997) deciden aplicar este cuestionario a un grupo de pacientes con delirios persecutorios (diagnosticados de trastorno delirante o de esquizofrenia), a un grupo de pacientes depresivos (diagnosticados de episodio depresivo mayor) y a un grupo control de sujetos normales. Estos investigadores encuentran que los pacientes depresivos, en comparación con los otros dos grupos, tienden más a atribuir eventos sociales negativos a causas internas (autoculpación); por el contrario, los controles normales y los pacientes delirantes presentan un sesgo egoísta comparable, atribuyendo los eventos positivos más frecuentemente a causas internas que los eventos negativos y tendiendo a evitar tal autoculpación (resultados parcialmente coincidentes con los estudios previos que utilizaban el ASQ, en los que se había encontrado un mayor sesgo egoísta en individuos delirantes que en normales). Sin embargo, mientras los sujetos normales tienden a elegir atribuciones externas situacionales o circunstanciales, los pacientes delirantes eligen más las atribuciones externas que localizan la culpa en otros individuos para eventos negativos.

Una tendencia hacia atribuciones externas para eventos negativos en los individuos con delirios persecutorios ha sido consistentemente encontrada; sin embargo, la personalización de estas atribuciones, observada en las presentaciones clínicas de pacientes paranoides, no había sido empíricamente demostrada.

Finalmente, Krstev, Jackson y Maude (1999) han apuntado que los estudios anteriores sobre estilos atribucionales en pacientes con delirios persecutorios, al centrarse casi exclusivamente en pacientes con historias bien establecidas, no permiten determinar si el estilo cognitivo particular hallado es un factor de vulnerabilidad para los delirios, se desarrolla con la aparición de los síntomas, o se llega a establecer a lo largo del tiempo con la persistencia de la enfermedad. Dadas estas limitaciones, señalan que el estudio de individuos que han experimentado su primer episodio psicótico daría una importante y oportuna extensión a esta línea de trabajo. En este artículo, los autores emplean el PIT y el ASQpf para determinar si pacientes con un primer episodio psicótico, independientemente de su diagnóstico (participaron personas con esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, trastorno bipolar, otras psicosis afectivas y psicosis no especificadas), exhiben estilos atribucionales encubierto y obvio similares a aquellos informados con muestras más crónicas. Los resultados observados coinciden con los hallazgos de Lyon, Kaney y Bentall (1994), aunque no son tan pronunciados.

Estudios sobre el estilo atribucional en personas con trastorno delirante

Fear, Sharp y Healy (1996) indican que los resultados de estudios anteriores derivan de personas con trastorno delirante

persecutorio y que sería importante observar la respuesta de individuos con otros contenidos delirantes. Señalan que si los delirios representan una entidad fenomenológica única, los sesgos atribucionales demostrados en pacientes con delirios persecutorios deberían también ser encontrados en pacientes con otros contenidos delirantes. Si, por el contrario, no se hallara una generalización a otros contenidos delirantes, podría sugerirse que o bien el estilo atribucional es de poco valor etiológico o bien que una causa distinta, basada en estos estilos cognitivos, debería ser propuesta para cada subtipo delirante. Estos investigadores administran el ASQ a pacientes diagnosticados de trastorno delirante divididos, de acuerdo con el contenido delirante, en dos grupos: persecutorio y no persecutorio (celotípico, somático, de grandeza, erotomaníaco) y a controles normales. En este trabajo, se replican los resultados de los estudios anteriormente citados (Kaney y Bentall, 1989; Bentall, Kaney y Dewey, 1991; Lyon, Kaney y Bentall, 1994; Krstev, Jackson y Maude, 1999), presentado los pacientes delirantes una tendencia excesiva a hacer atribuciones externas y estables para eventos negativos y atribuciones internas para eventos positivos. Además, este estilo atribucional se generalizó a todos los contenidos delirantes. Sin embargo, los autores apuntan que el estilo atribucional encontrado es inherentemente grandioso y que es necesario tener en cuenta que cinco de los nueve sujetos del grupo no persecutorio tenían delirios de grandeza, por lo que quizás no es sorprendente que no se hallen diferencias entre el estilo atribucional de los grupos persecutorio y no persecutorio.

Dada la gran proporción de individuos con creencias grandiosas en el grupo deli-

rante no persecutorio del estudio anterior, Sharp, Fear y Healy (1997) deciden aplicar el ASQ a dos grupos de pacientes con trastorno delirante: uno con delirios persecutorios o de grandeza y otro con delirios no persecutorios y no grandiosos (delirios somáticos y celotípicos), y a un grupo control de sujetos normales. En este estudio, no se observan diferencias significativas entre los grupos para los sucesos positivos, pero los grupos difieren en algunos aspectos para los sucesos negativos. En lo concerniente a los eventos positivos, ni siquiera el grupo delirante presenta un estilo atribucional grandioso. En relación a los sucesos negativos, el grupo de pacientes con delirios persecutorios o grandiosos muestran el estilo atribucional identificado por los estudios anteriores citados, caracterizado por una excesiva externalidad en las atribuciones causales para eventos negativos en comparación con los controles. Sin embargo, el grupo de pacientes con delirios no persecutorios ni grandiosos no presentan este sesgo y no difieren de los controles. Finalmente, ambos grupos delirantes presentan una excesiva estabilidad en sus atribuciones para eventos negativos en comparación con los controles normales, pero no se diferencian el uno del otro o de los controles normales en la globalidad de tales atribuciones.

A la luz de estos resultados, los autores concluyen que el estilo atribucional no tiene un rol etiológico primario en la génesis de los delirios, aunque tal estilo pueda tener un efecto secundario en la formación del contenido delirante y en el mantenimiento del trastorno delirante. Así, por un lado, la función de las atribuciones externas como defensa contra reducciones de la autoestima no puede ser ignorada. Y, por otro lado, la mayor estabilidad de las atri-

buciones encontrada en sujetos delirantes, en comparación con los controles, podría estar relacionada con el mantenimiento de los delirios.

Estudios sobre el estilo atribucional en personas con esquizofrenia

Silverman y Peterson (1993) aplican el ASQ a tres grupos de pacientes: un grupo de esquizofrénicos paranoides, otro grupo de esquizofrénicos no paranoides y un grupo de depresivos, así como a un grupo control de sujetos normales. Estos investigadores encuentran que los depresivos realizan más atribuciones internas, estables y globales para eventos negativos que los esquizofrénicos o los controles normales. Los grupos esquizofrénicos no difieren del grupo control normal con respecto a las medidas del ASQ. Por último, los dos grupos esquizofrénicos únicamente difieren entre sí en una medida: los esquizofrénicos paranoides hacen más atribuciones internas para eventos positivos que los no paranoides.

Recientemente, Martin y Penn (2002) realizan una comparación similar a la del estudio anterior con una muestra de pacientes esquizofrénicos dividida en dos grupos: un grupo de pacientes con delirios persecutorios y otro de pacientes sin delirios persecutorios. Los sujetos son asignados a cada grupo en base a sus puntuaciones en el ítem suspicacia de *Expanded Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS-E, Ventura, Lukoff, Nuechterlein, Liberman, Green y Shaner, 1993). Además, existe un grupo control de sujetos normales. A todos los participantes se les aplica la dimensión internalidad del ASQ, el PIT y el IPSAQ. Las respuestas a estas medidas atribucionales son codificadas por los mismos suje-

tos y por dos jueces independientes. Los autores hallaron tres resultados fundamentales. En primer lugar, evidencian un sesgo egoísta en los sujetos con delirios persecutorios en dos medidas del estilo atribucional: ASQ y IPSAQ; sin embargo, este sesgo no está presente únicamente en aquellos sujetos con delirios persecutorios y desaparece cuando los jueces independientes evalúan las afirmaciones causales de los sujetos en una medida fiable de estilo atribucional (IPSAQ). Estos hallazgos son contrarios a los observados en estudios previos, en los cuales aparecía un exagerado sesgo egoísta en individuos con delirios persecutorios (Kaney y Bentall, 1989; Bentall, Kaney y Dewey, 1991; Lyon, Kaney y Bentall, 1994; Krstev, Jackson y Maude, 1999; Fear, Sharp y Healy, 1996; Sharp, Fear y Healy, 1997). No obstante, no todos los estudios han encontrado diferencias en el estilo atribucional entre personas con delirios persecutorios y sujetos controles (Silverman y Peterson, 1993, Kinderman y Bentall, 1997). Además, en el PIT, los pacientes con delirios persecutorios no presentan la esperada inversión del sesgo egoísta (Lyon, Kaney y Bentall, 1994; Krstev, Jackson y Maude, 1999).

En segundo lugar, todos los sujetos presentaron un sesgo personalizante (atribuyendo mayor culpa a otros que a los factores situacionales para resultados negativos), aunque había una asociación lineal entre este sesgo y la ideación persecutoria, siendo más fuerte el sesgo en individuos con delirios persecutorios. Esta tendencia es consistente con los hallazgos de Kinderman y Bentall (1997).

Por último, para los tres grupos, el sesgo egoísta aparecido en los propios juicios en el IPSAQ no aparece tan marcado en las consideraciones de los jueces independien-

tes. Además, los sujetos delirantes persecutorios eran el único grupo en el cual los jueces independientes consideraban que los individuos realizaban más atribuciones internas para eventos negativos que cuando los sujetos se evaluaban a sí mismos. Este hallazgo puede ser consistente con la propuesta de que las atribuciones cumplen una función defensiva en los individuos con delirios persecutorios; así, después de culparse a sí mismos por resultados negativos, los sujetos con delirios persecutorios sienten su autoestima amenazada y se elicitaba un sesgo atribucional egoísta.

Conclusiones

Se han llevado a cabo relativamente pocos trabajos empíricos que investiguen el estilo atribucional en los trastornos del espectro esquizofrénico. Además, la diversidad de las muestras estudiadas, en relación a las categorías diagnósticas a las que pertenecen los sujetos, dificulta la obtención de conclusiones claras.

Los estudios que se centran en investigar las atribuciones de individuos con delirios persecutorios, independientemente de la categoría diagnóstica a la que puedan pertenecer, obtienen unos resultados parcialmente coincidentes. Las investigaciones que aplican el ASQ señalan que en estos pacientes se observa una forma extrema del sesgo atribucional egoísta o interesado presente en individuos normales, que consiste en una tendencia a realizar más atribuciones externas para sucesos valorados negativamente y excesivas atribuciones internas para sucesos valorados positivamente. Además, los estudios que comparan los resultados de los pacientes con delirios persecutorios en dos cuestionarios diferentes, un *test* obvio y en un *test* encubierto,

que miden estilos de atribución encuentran que este sesgo egoísta se invierte cuando los sujetos no son conscientes de que se les requiere una inferencia atribucional. Estos resultados apoyan la propuesta de que los delirios paranoides son una defensa contra los sentimientos de autoestima y pueden corresponder a una depresión subyacente. Por otra parte, un estudio que emplea una nueva medida del estilo atribucional, IPSAQ (Kinderman y Bentall, 1997) indica, en oposición a las investigaciones anteriores, que sujetos normales y pacientes delirantes presentan un sesgo egoísta comparable y, además, revela que los pacientes delirantes eligen más las atribuciones externas que localizan la culpa en otros individuos en lugar de las atribuciones externas situacionales o circunstanciales para eventos negativos. Este último hallazgo constata empíricamente la tendencia a la personalización de las atribuciones observada en la práctica clínica en individuos con delirios paranoides.

Se han encontrado en la literatura revisada dos trabajos que investigan el estilo atribucional en personas diagnosticadas de trastorno delirante, llevados a cabo por los mismos autores en años consecutivos. El segundo de estos estudios (Sharp, Fear y Healy, 1997), que intenta subsanar una limitación metodológica del primero, se centra en explorar si los sesgos atribucionales constatados en pacientes con delirios persecutorios o de grandeza se encuentran en pacientes con otros contenidos delirantes. Estos autores observan que, para los sucesos positivos, los dos grupos de pacientes no presentan diferencias significativas en su estilo atribucional; sin embargo, para los sucesos negativos, los pacientes con delirios persecutorios o grandiosos muestran el extremo sesgo egoísta citado

anteriormente y, por el contrario, el otro grupo de pacientes no presenta este sesgo.

En relación a los estudios que se interesan por el estilo atribucional en personas con esquizofrenia, se han llevado a cabo dos trabajos que comparan esquizofrénicos con y sin delirios persecutorios entre sí y con sujetos normales. En ambas investigaciones se observa que los dos grupos de esquizofrénicos no difieren del grupo control normal en las medidas atribucionales. Por otra parte, en lo referente a las diferencias entre ambos tipos de esquizofrenia estos dos estudios muestran resultados contradictorios.

En conclusión, el exagerado sesgo egoísta asociado con delirios persecutorios aparece en algunos estudios y no en otros. Uno de los factores que puede dar cuenta de esta inconsistencia en los resultados está relacionado con que, como se ha indicado al inicio de esta revisión, algunas investigaciones examinan grupos homogéneos en cuanto al diagnóstico y otras consideran sujetos con delirios persecutorios, independientemente de la categoría diagnóstica a la que pertenezcan. Los autores que defienden el estudio de los grandes síndromes psicóticos apuntan que la práctica de combinar personas con trastorno delirante y personas con esquizofrenia en un mismo grupo puede afectar a la obtención de conclusiones, dado que se trata de trastornos diferentes desde el punto de vista psicopatológico y etiológico. Así, los estudios que se han centrado únicamente en individuos con trastorno delirante encontraron evidencia de un sesgo egoísta exagerado en comparación con los controles, mientras que en los trabajos que han utilizado solamente pacientes diagnosticados de esquizofrenia los sujetos no difieren del grupo control en su estilo atribucional.

Por otra parte, aquellos investigadores que abogan por el estudio de síntomas particulares de psicosis dudan de la validez de los estudios que se basan en las clasificaciones psiquiátricas clásicas.

Otra explicación del inconsistente patrón de resultados puede estar relacionada con la escasa fiabilidad del ASQ, particularmente su escala de internalidad. Muchos de los estudios que presentan un sesgo egoísta extremo han usado el ASQ, en particular la dimensión interna-externa. Dada la cuestionable fiabilidad del ASQ, no es sorprendente la dificultad para replicar resultados previos. Además, cuando se utiliza una medida más fiable (IPSAQ), no aparece un exagerado sesgo egoísta en personas con delirios paranoides.

No se han realizado estudios que exploren la relación temporal entre las atribuciones y la emergencia de los síntomas psicóticos. Todas las investigaciones son transversales, por lo que hasta que se lleven a cabo estudios longitudinales no se podrá afirmar si el estilo atribucional precede, coincide con o sigue a la sintomatología psicótica, o hasta qué punto es un rasgo o predisposición más que un estado.

La investigación sobre las atribuciones causales de pacientes con trastornos psicóticos tiene importantes implicaciones para el tratamiento psicoterapéutico de estas personas. En general, los estudios confirman la presencia de un estilo atribucional específico en sujetos con delirios persecutorios, que podría estar implicado en la formación de las creencias delirantes. Este hallazgo sugiere que las intervenciones cognitivo-conductuales que se han demostrado efectivas en otros trastornos como la depresión y la ansiedad pueden ser útiles en el tratamiento de la paranoia. Las técnicas de modificación de creencias o rees-

tructuración cognitiva, derivadas de los trabajos de Beck y Ellis, pueden ser aplicadas a estos pacientes con el objetivo de lograr cambios en ese particular estilo atribucional consistente en culpar persistentemente a los otros de sus problemas y adscribirse siempre el mérito de sus éxitos.

Por otra parte, es conveniente tener en cuenta que la tendencia de estos pacientes a culpar a los demás puede interferir en la alianza terapéutica. Por ello, es importante dar un énfasis especial al establecimiento y mantenimiento de una relación estable con el paciente, dado que muchas de estas personas tienen dificultades a la hora de confiar en los demás.

La hipótesis de que los delirios paranoides son una defensa contra la depresión es consistente con la experiencia clínica con pacientes delirantes, quienes se resisten enérgicamente al cuestionamiento directo de sus creencias. Por esta razón, las estrategias de terapia cognitiva que se han demostrado más efectivas para tratar los delirios requieren que el terapeuta evite la confrontación directa de las creencias del paciente (Chadwick y Lowe, 1990; Hartman y Cashman, 1983; Meissner, 1986; Milton, Patwa y Hafner, 1978; Retterson, 1986; Watts, Powell y Austin, 1973). Además, la existencia de una depresión subyacente en la paranoia apunta a la necesidad de intervenciones terapéuticas que modifiquen auto-esquemas negativos del paciente, aumenten su autoestima y favorezcan estrategias de afrontamiento adaptativas ante sucesos valorados negativamente.

Referencias

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, D.C. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1), 49-74.
- Bentall, R.P., Kaney, S y Dewey, M.E. (1991). Paranoia and social reasoning: An attribution theory analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 13-23.
- Candido, C.L. y Romney, D. (1990). Attributional style in paranoia vs. depressed patients. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 355-363.
- Chadwick, P. y Lowe, C.F. (1990). The measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 225-232.
- Fear, C. F., Sharp, H. y Healy, D. (1996). Cognitive processes in delusional disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168 (1), 61-67.
- Frith, C.D. (1992). *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Garety, P.A. y Hemsley, D.R. (1994). *Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Hove, Inglaterra: Psychology Press.
- Hartman, L.M. y Cashman, F.E. (1983). Cognitive-behavioural and psychopharmacological treatment of delusional symptoms: A preliminary report. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 50-61.
- Hewstone, M. y Jaspars, J. (1983). A re-examination of the roles of consensus, consistency and distinctiveness: Kelley's cube revisited. *British Journal of Social Psychology*, 22, 41-50.
- Kaney, S. y Bentall, R.P. (1989). Persecutory delusions and attributional style. *British Journal of Medical Psychology*, 62 (2), 191-198.
- Kelley, H.H. (1967). Attribution theory in social psychology. En D. Levine (Ed.),

- Nebraska Symposium on Motivation*, 15. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Kinderman, P. y Bentall, R.P. (1996). A new measure of causal locus: the internal, personal and situational attributions questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 20 (2), 261-264.
- 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 (2), 341-345.
- 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.
- 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.
- Maher, B.A. y Spitzer, M. (1993). Delusions. En C.G. Costello (Ed.), *Symptoms of Schizophrenia*. (pp. 92-120). Nueva York: Wiley.
- Martin, J.A. y Penn, D.L. (2002). Attributional style in schizophrenia: An investigation in outpatients with and without persecutory delusions. *Schizophrenia Bulletin*, 28 (1), 131-141.
- McArthur, L.A. (1972). The how and what of why: Some determinants and consequences of causal attribution. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22, 171-193.
- Meissner, W.W. (1986). *Psychotherapy and the Paranoid Process*. Northvale: Aaronson.
- Milton, F., Patwa, K. y Hafner, R.J. (1978). Confrontation vs. belief modification in persistently deluded patients. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 127-130.
- Peterson, C., Semmel, A., Baeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. y Seligman, M.E.P. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 287-300.
- Retterson, N. (1986). Paranoid disorders. En J.E. Helzer y S.B. Gruse (Eds.), *Psychoses, Affective Disorders and Dementia*. (págs. 245-263). Nueva York: Basic Books.
- Sharp, H.M., Fear, C.F. y Healy, D. (1997). Attributional style and delusions: An investigation based on delusional content. *European Psychiatry*, 12, 1-7.
- Silverman, R.J. y Peterson, C. (1993). Explanatory style of schizophrenic and depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 17 (5), 457-470.
- Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K.H., Liberman, R.P., Green, M.F. y Shaner, A. (1993). Manual for the expanded brief psychiatric rating scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, 221-224.
- Watts, F.N., Powell, G.E. y Austin, S.V. (1973). Modification of delusional beliefs. *British Journal of Medical Psychology*, 46, 359-363.
- Winters, K.C. y Neale, J.M. (1985). Mania and low self-esteem. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 282-290.
- Zigler, E. y Glick, M. (1988). Is paranoia schizophrenia really camouflaged depression? *American Psychologist*, 43 (4), 284-290.