



Clínica y Salud

ISSN: 1130-5274

clin-salud@cop.es

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
España

Espinosa, Regina; Valiente, Carmen; Bentall, Richard P.
El concepto de self y de otros en los delirios persecutorios
Clínica y Salud, vol. 25, núm. 3, septiembre-diciembre, 2014, pp. 187-195
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180632489002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



El concepto de *self* y de otros en los delirios persecutorios

Regina Espinosa^{a,b*}, Carmen Valiente^b y Richard P. Bentall^c

^aUniversidad Camilo José Cela, Madrid, España

^bUniversidad Complutense de Madrid, España

^cUniversity of Liverpool, Reino Unido

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 15/09/2014

Revisión recibida: 27/09/2014

Aceptado: 29/09/2014

Palabras clave:

Delirios persecutorios

Paranoia

Esquizofrenia

Creencias evaluativas negativas

Self

Otros

Medidas implícitas

Keywords:

Persecutory delusions

Paranoia

Schizophrenia

Evaluative negative beliefs

Self

Others

Implicit measures

RESUMEN

Algunas teorías psicológicas sobre los delirios persecutorios enfatizan la importancia del concepto de *self* y otros (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood y Kinderman, 2001). Sin embargo, los resultados son inconsistentes, en parte por el uso casi exclusivo de medidas explícitas centradas en la autoestima. Freeman (2007) propone que las creencias evaluativas sobre el *self* y los otros son el indicador más estable y mejor predictor que la autoestima, por lo que este estudio exploró las diferencias en el concepto explícito e implícito del *self* y de los otros entre pacientes con paranoia ($n = 79$), con depresión ($n = 38$) y un grupo control sano ($n = 52$). Los resultados mostraron que a nivel *explícito* los grupos clínicos tenían más creencias negativas del *self* que los controles, pero no hubo diferencias entre los grupos en las creencias negativas sobre los otros. Sólo el grupo con depresión mostró un *self* significativamente más negativo que el de los otros. A nivel *implícito*, aunque los pacientes presentaban un *self* más negativo que los controles, estas diferencias no fueron significativas. Tampoco se observaron diferencias entre grupos en las asociaciones negativas implícitas sobre los otros. Sin embargo, el grupo control presentó un patrón implícito opuesto al explícito en el que el índice de los otros fue significativamente más negativo que el del *self*. Este estudio señala la importancia de explorar el *self* en comparación con el concepto de los otros en diferentes dimensiones del procesamiento cognitivo. © 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Producido por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Beliefs about self and others in persecutory delusions

ABSTRACT

Some psychological theories about persecutory delusions emphasize the importance of the concepts of self and others (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, & Kinderman, 2001). However, results are inconsistent, in part due to an almost exclusive usage of explicit measures focusing on self-esteem. Freeman (2007) has proposed that evaluative beliefs about self and others are a more stable indicator and a better predictor than self-esteem. Then, this study explored the differences in the explicit and implicit conception of self and others between patients with paranoia ($n = 79$), depression ($n = 38$), and a healthy control group ($n = 52$). The results showed that at the *explicit* level clinical groups had more negative evaluative beliefs about the self than controls, but there were no differences in evaluative beliefs about others between groups. Only the depression group showed a significantly more negative self than others. At *implicit* level, although patients had a more negative self than controls, these differences were not significant. There were no differences between groups in implicit indexes of others either. However, the control group presented an implicit pattern opposite to the explicit one, in which the index of others was significantly more negative than the index self. This study highlights the importance of exploring self together with the concept of others at different dimensions of processing.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Production by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a Regina Espinosa. Facultad de Psicología. Universidad Complutense. Campus de Somosaguas. 28223 Madrid. E-mail: r.espinosa@psi.ucm.es

Las creencias delirantes son un síntoma muy frecuente en los trastornos del espectro esquizofrénico y, a su vez, una de las experiencias más estresantes tanto a nivel individual como social (Moutoussis, Williams, Dayan y Bentall, 2007). Tienen además una gran relevancia clínica ya que habitualmente están asociadas con comportamientos amenazantes y/o desadaptativos, con la reagudización de los cuadros psicóticos y con las hospitalizaciones psiquiátricas (Buchanan et al., 1993). Por estas razones, se han realizado esfuerzos importantes para desarrollar modelos explicativos que puedan informar y guiar las intervenciones para conseguir una mayor estabilidad y calidad de vida para los pacientes que experimentan este tipo de síntomas.

Hoy en día empezamos a tener una mejor comprensión de los mecanismos psicológicos implicados en los delirios persecutorios. Numerosos estudios han identificado que la tendencia a precipitarse y los déficits en la capacidad para elaborar teorías de la mente están asociadas con distintos tipos de delirios (Corcoran et al., 2008). Además, más específicamente, los delirios de persecución se han vinculado con sesgos atribucionales personalizantes (p. ej., Kaney y Bentall, 1989; Kinderman y Bentall, 1997), aunque los datos no son todavía concluyentes (p. ej., Díez-Alegria, Vázquez, Nieto-Moreno, Valiente y Fuentenebro, 2006; Lincoln et al., 2010). También se han detectado déficits en el reconocimiento de emociones (Kohler, Walker, Martin, Healey y Moberg, 2009) y en el procesamiento semántico de la información (Bokat y Goldberg, 2003).

El estudio de la autoestima (AE) y de los esquemas del *self* también ha contribuido al mejor entendimiento de los delirios persecutorios (Bentall et al., 2008; Fowler et al., 2006). Garety, Kuipers, Fowler, Freeman y Bebbington (2001) han sugerido que las explicaciones delirantes de los sucesos reflejan creencias preexistentes sobre uno mismo (*self*), el mundo y sobre los otros. En definitiva, se plantea que la concepción de sí mismo (p. ej., tanto la AE como los auto-esquemas) está implicada en la formación y mantenimiento de los delirios persecutorios.

Autoestima y creencias evaluativas sobre el *self* en los delirios persecutorios: modelo emocional vs. modelo autosirviente

Los modelos psicológicos de los delirios persecutorios señalan que las alteraciones en la percepción de sí mismo están implicadas en la etiología de estos síntomas, centrándose principalmente en la AE y las creencias evaluativas (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood y Kinderman, 2001; Freeman, 2006), aunque no está claro todavía si la implicación de estas alteraciones es directa (modelo emocional) o indirecta (modelo autosirviente). Brevemente, los defensores del modelo emocional argumentan que la susceptibilidad a experimentar delirios de persecución, especialmente tras experiencias anómalas, está asociada con la necesidad de encontrar una explicación (Freeman, Garety, Kuipers, Fowler y Bebbington, 2002) y proponen que la combinación de creencias negativas de sí mismo, la ansiedad y los problemas emocionales previos dan lugar a estas experiencias de amenaza (Garety y Freeman, 1999). Por otra parte, el modelo autosirviente sugiere una función defensiva del delirio y plantea que las creencias persecutorias permiten al individuo evitar emociones negativas y preservar su AE (Bentall et al., 2001). Según este modelo, el individuo paranoide culpa a los otros de sus experiencias adversas para así proteger su AE, asumiendo que los fracasos en su vida son causados intencionadamente por las acciones de otras personas.

Lamentablemente, la investigación sobre las alteraciones en el sentido de sí mismo en la paranoia no ha hallado aún resultados consistentes. Mientras que algunos autores encuentran que la AE es baja en pacientes con paranoia, lo que sería congruente con el modelo emocional (Freeman et al., 1998; Kesting, Mehl, Rief, Lindenmeyer y Lincoln, 2011; Mackinnon, Newman-Taylor y Stopa, 2011), otros encuentran que la AE se mantiene intacta, lo que apuntaría a la posibilidad de una función defensiva del delirio persecutorio (Candido y

Romney, 1990; Lyon, Kaney y Bentall, 1994). Algunas de estas inconsistencias se pueden explicar por las limitaciones metodológicas que presentan dichos estudios, como los problemas asociados a la medida de la AE. Por ejemplo, las fluctuaciones en la AE no se pueden captar adecuadamente a través de los cuestionarios tradicionales. De hecho, los estudios de muestreo de experiencias indican que la AE es altamente inestable en este grupo de pacientes (Thewissen, Bentall, Lecomte, van Os y Myin-Germeys, 2008).

Además, se ha argumentado que la AE implícita puede ser tan importante como la AE explícita (e.g., Kernis, 2003). Las medidas explícitas de la AE evalúan sentimientos de autovalía inmediatos, conscientes y accesibles de una forma directa. En cambio, las medidas implícitas de la AE utilizan técnicas indirectas y permiten acceder a procesos automáticos que no pueden evaluarse a través de cuestionarios. La mayoría de los instrumentos tradicionales se basan en el autoinforme, que está sujeto a numerosos sesgos (p. ej., deseabilidad o autoengaño) (Farnham, Greenwald y Banaji, 1999). Estos sesgos se pueden compensar si se utilizan simultáneamente medidas implícitas de la AE. Aunque se han desarrollado diversas pruebas para acceder a la AE implícita, el Implicit Association Test (IAT) (Greenwald y Farnham, 2000) se ha convertido en la medida más utilizada, aceptada ampliamente y con mejores índices de fiabilidad y validez. Recientemente, Valiente et al. (2011) utilizaron una versión del IAT para evaluar la AE, la Go/No-go Association Task (GNAT) (Nosek y Banaji, 2001). En línea con el modelo autosirviente, estos autores encontraron que las personas con delirios persecutorios agudos tienen puntuaciones bajas en la AE implícita y puntuaciones altas en la AE explícita, sugiriendo un patrón de AE discrepante “no segura”. Esta discrepancia entre las AE ha sido interpretada como un indicador de la función defensiva de los delirios (Valiente et al., 2011).

Asimismo, un aspecto central a la existencia de datos inconsistentes en la literatura es el uso de las medidas de AE global y las medidas de las creencias evaluativas del *self* como si fueran equivalentes (Valiente, Cantero, Sánchez, Provencio y Wickham, 2014). Muchos autores han señalado la importancia de diferenciar la AE global de las autoevaluaciones específicas (creencias evaluativas) (Brown, Dutton y Cook, 2001; Kernis, 2003). Ambos conceptos están claramente relacionados, pero es importante distinguir que las creencias evaluativas no son AE y viceversa. De hecho Valiente et al. (2014) encontraron en pacientes con delirios persecutorios que, en línea con el modelo defensivo, la AE era similar a la de los controles sanos mientras que, en línea con el modelo emocional, las creencias evaluativas eran más negativas para los participantes con paranoia. Es más, Freeman (2007) apunta que las creencias evaluativas negativas sobre el *self* y sobre los otros (esquemas) más que la AE *per se* son un indicador más estable y el mejor predictor de la paranoia.

Creencias sobre los otros en los delirios persecutorios

Como hemos visto, en los últimos años se ha otorgado un papel central a la AE y las creencias evaluativas en los modelos psicológicos de los delirios persecutorios; sin embargo, hay muy pocos estudios que se hayan centrado sobre otro tipo de creencias evaluativas sociales que podrían también estar involucradas en la paranoia. El modelo emocional plantea que los delirios persecutorios no sólo reflejan creencias pre-existentes de uno mismo sino que además podrían estar asociados con creencias evaluativas sobre los otros (Garety et al., 2001). Chadwick y Trower (1997) encontraron que mientras que las creencias evaluativas del *self* eran negativas para los pacientes con paranoia y pacientes con depresión en comparación con controles sanos, las creencias evaluativas negativas sobre los otros se daban exclusivamente en el grupo paranoide. Existen además algunas evidencias empíricas indirectas sobre la visión negativa de los otros en pacientes con delirios persecutorios. Por ejemplo, la investigación sobre las atribuciones causales ha mostrado que existe una tendencia en estos pacientes a atribuir a los demás los resultados negativos (Bentall et al., 2001).

De hecho, tal y como Freeman y Garety (2000) señalan, una característica central de la ideación paranoide es la creencia de que el “perseguidor” tiene la intención de hacerle daño, es decir, que frecuentemente el contenido de las ideas persecutorias está marcado por el temor a ser humillado o tratado injustamente por los demás (Bentall et al., 2009). Estos resultados proporcionarían apoyo empírico a las observaciones clínicas de que los pacientes con delirios persecutorios tienen claramente afectada su visión de sí mismos y además la del entorno social (Kretschmer, 1927/1974; Swanson, Bohnert y Smith, 1970).

Concretamente, las evaluaciones negativas sobre los otros se han asociado a trastornos psicóticos en general y más particularmente con los delirios persecutorios (Addington y Tran, 2009; Freeman y Fowler, 2009; Smith et al., 2006); incluso se han encontrado creencias evaluativas negativas de los otros asociadas con creencias paranoides en población no clínica (Fowler et al., 2006). Las representaciones cognitivas sobre los demás condicionan la formación de las valoraciones sobre la intencionalidad y malevolencia de los demás y una concepción de que los demás son potencialmente hostiles e injustos (Valiente, Espinosa, Vázquez, Cantero y Fuentesnebro, 2010). Por el contrario, las valoraciones sobre la benevolencia podrían estar sustentadas por esquemas positivos sobre los otros. Gracie et al. (2007) encontraron en una muestra de estudiantes que las creencias negativas sobre los otros mediaban la relación entre los sucesos traumáticos y la paranoia. A pesar de estos hallazgos y de que los delirios de persecución tienen una componente claramente interpersonal, existe sorprendentemente escasa producción científica en este área. Además, los pocos estudios realizados en este campo hasta la actualidad solo han utilizado muestras clínicas con trastornos psicóticos en general (Barrowclough et al., 2003; Fowler et al., 2006; Lincoln et al., 2010; Smith et al., 2006), más que evaluar a personas con delirios persecutorios agudos. En algunos casos no se comparan los resultados con grupos control de sujetos sanos (Barrowclough et al., 2003; Lincoln et al., 2010; Smith et al., 2006). Tampoco, hasta el momento, se han explorado las creencias evaluativas negativas sobre los otros a través de procedimientos implícitos aunque, como apunta Greenwald y Banaji (1995), el uso de medidas implícitas es esencial ya que permite evaluar procesos involucrados en la percepción que no son accesibles a través de la introspección.

Por todo ello, el presente estudio tiene como objetivo examinar las asociaciones evaluativas negativas del *self* y de los otros a nivel explícito y compararlas con las asociaciones negativas del *self* y de los otros a nivel implícito. A nivel explícito, y consistentemente con resultados previos (Valiente et al., 2014), hipotetizamos que los pacientes con paranoia así como los depresivos, en comparación con los controles sanos, tendrían creencias evaluativas del *self* y de los otros más negativas. Esperamos también encontrar creencias evaluativas negativas de los otros más fuertes para los sujetos con paranoia. A nivel implícito, y de acuerdo con el modelo de sesgo auto-serviente de la paranoia (Bentall et al., 2001) y hallazgos anteriores (Valiente et al., 2011), hipotetizamos que los pacientes con paranoia mostrarían asociaciones implícitas más negativa con el *self* en comparación con los sujetos con depresión y los controles sanos. En relación al concepto implícito de los otros, y basándonos en el paradigma cognitivo, solo podíamos asumir que encontraríamos una concepción implícita de los otros más negativa en los sujetos con patología psiquiátrica en comparación con los controles sanos.

Método

Participantes

Todos los participantes en este estudio fueron voluntarios y firmaron un consentimiento informado. Siguiendo el enfoque centrado en el síntoma (Bentall, Kinderman y Vázquez, 2007), los tres grupos de participantes fueron un grupo de pacientes con delirios persecutorios (GP), un grupo control de pacientes con depresión (GD) y un grupo control de participantes sanos (GC).

El GP estuvo formado por 79 participantes (46 hombres y 33 mujeres) ingresados y tratados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Clínico San Carlos. Todos los pacientes presentaban delirios persecutorios activos en el momento de su evaluación mediante el Present State Examination (PSE-10, 10ª ed.) de evaluación clínica neuropsiquiátrica (World Health Organization, 1992) y una puntuación igual o mayor de 4 en el ítem de suspicacia evaluado por la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Los participantes con delirios de culpa fueron excluidos debido a que dicho contenido está frecuentemente asociado a los trastornos depresivos con síntomas psicóticos. Los pacientes fueron seleccionados a través de los médicos del hospital y cuyo diagnóstico fue confirmado por la MINI International Neuropsychiatric Interview (MINIPLUS; Sheehan y Lecrubier, 2002), una entrevista clínica estructurada que sigue los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, 4ª ed.; American Psychiatric Association, 1994) para las categorías de esquizofrenia paranoides ($n = 18$), trastorno esquizofreniforme ($n = 5$), trastorno esquizoafectivo ($n = 3$), trastorno delirante ($n = 6$), episodio psicótico breve ($n = 2$) y trastorno psicótico no especificado ($n = 1$). Todos los pacientes estaban recibiendo tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos durante el estudio. La media de edad de estos participantes era de 34.94 ($DT = 11.98$; ver tabla 1). La edad media de aparición de la enfermedad fue de 28.23 ($DT = 7.47$) y la media de duración de la enfermedad fue de 84.13 meses ($DT = 119.10$).

El GD estaba formado por 38 participantes (9 hombres, 29 mujeres). Todos ellos cumplían criterios DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) para algún trastorno depresivo (la mayoría fueron pacientes ambulatorios) y que nunca habían experimentado delirios persecutorios. El diagnóstico fue confirmado a través de la MINIPLUS (Sheehan y Lecrubier, 2002) y cumplieron criterios para las siguientes categorías: episodio único de depresión ($n = 10$), trastorno de depresión mayor ($n = 21$) y trastorno bipolar I, episodio depresivo ($n = 4$). Todos los pacientes recibieron tratamiento con antidepresivos durante el estudio. La media de edad fue de 43.54 ($DT = 11.40$). La edad media de aparición de la enfermedad fue de 35 ($DT = 10.41$) y la media de duración de la enfermedad fue de 89.66 meses ($DT = 119.86$).

El GC estaba formado por 52 participantes (30 hombres, 22 mujeres) seleccionados a través de contactos informales. Su media de edad fue de 37.41 ($DT = 13.05$). Se evaluó que no presentaran ningún problema psicológico clínico que requiriera de tratamiento psicológico o psicofarmacológico.

Medidas e instrumentos

Evaluación de los síntomas psicológicos clínicos y del bienestar de los participantes

PANSS (Kay, Fiszbein y Opler, 1987). Es una escala de 30 ítems que rellena un clínico entrenado en esta entrevista después de una entrevista semiestructurada. Se utilizó la versión española de la escala publicada por Peralta y Cuesta (1994). Esta escala sólo se aplicó a los grupos clínicos (GP y GD). Se midieron tres subescalas para este estudio: escala de síntomas positivos (PANSS-P, siete ítems), escala de síntomas negativos (PANSS-N, siete ítems) y psicopatología general (PANSSPG, 16 ítems). Todos los ítems fueron puntuados mediante una escala de 1 (*ausente*) a 7 (*extrema*). La consistencia interna que mostraron las escalas en nuestro estudio fueron $\alpha = .80$, $\alpha = .84$ y $\alpha = .65$, respectivamente. Además la fiabilidad interjueces en este estudio fue adecuada, con unos índices de correlación intraclase de .85 para tres jueces que observaron cinco entrevistas PANSS grabadas.

Beck Depression Inventory II (BDI-II; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988; manual en Beck, Steer y Brown, 1996). Es un cuestionario de 21 ítems utilizado frecuentemente para la evaluación de la sintomatología depresiva. En este estudio se utilizó la versión española de Sanz, Perdígón y Vázquez (2003), puntuando cada ítem en una escala de 0 a 3 y mostrando una fiabilidad de $\alpha = .95$ en este estudio.

Evaluación de las creencias asociadas al *self* y a los otros

The Evaluative Beliefs Scale (EBS; Chadwick, Trower y Dagnan, 1999). Este cuestionario está compuesto por 18 ítems que miden las creencias evaluativas negativas sobre el *self* y sobre los otros. Los participantes contestan en una escala tipo Likert de 5 puntos desde 0 (*completamente en desacuerdo*) a 4 (*completamente de acuerdo*). Este cuestionario tiene 3 subescalas: 1) creencias evaluativas negativas sobre el *self* (EBS_*self*; p. ej., “soy un fracasado total”), 2) creencias evaluativas negativas sobre los otros (EBS_otros; p. ej., “los demás son inútiles”) y 3) creencias evaluativas negativas sobre lo que yo pienso que los demás creen de mí (EBS_otros_yo; p. ej., “la gente piensa que soy una mala persona”). Cada escala está compuesta por 6 ítems. Nosotros utilizamos para este estudio las escalas de EBS_*self* y EBS_otros para evaluar las creencias negativas explícitas sobre uno mismo y sobre los demás. Altas puntuaciones en estas escalas reflejaron mayores creencias negativas sobre uno mismo y sobre los demás. Cada escala presentó unos índices de consistencia interna de $\alpha = .80$ y $\alpha = .88$, respectivamente.

Go/No-go Association Task (GNAT; Nosek y Banaji, 2001). Esta tarea está basada en el Implicit Association Test (IAT; Greenwald y Farnham, 2000) para evaluar el *self* implícito. El GNAT suple algunas de las limitaciones que presenta el IAT puesto que éste no permite hacer inferencias sobre la fuerza de las asociaciones, p. ej., positivo vs. negativo y la categoría del concepto evaluado, p. ej., *self*. Además el IAT enfrenta la categoría *self* a la categoría “otros”, lo que hace difícil interpretar las puntuaciones, ya que la fuerza de la asociación entre el *self* y sus atributos puede estar sesgada por la fuerza de la asociación entre otros y sus atributos. Por estas razones se desarrolló la versión del GNAT, diseñada en el estudio de Valiente et al. (2011), que permite evaluar la fuerza de la asociación entre el *self*-negativo vs. *self* positivo por un lado y la fuerza de la asociación del otros-negativo vs. otros positivo por otro lado. Se presentaron 40 palabras y se evaluó la fuerza de las asociaciones automáticas entre los conceptos del *self* (yo, nombre del participante, su apellido...) y los adjetivos positivos (admirable, valiente) y el *self* y los adjetivos negativos (inútil, débil...). De igual manera se procedió con la categoría de otros (los demás, otros, la gente...) y los mismos adjetivos positivos y negativos.

Los adjetivos fueron seleccionados del estudio de Jiménez, Vázquez y Hernangómez (1998). Catorce de ellos con valencia positiva y valencia emocional negativa menor de 5 y 14 adjetivos con valencia emocional positiva mayor que 5 (en una escala de 0 a 10)

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la longitud ni intensidad emocional de los adjetivos (ver Valiente et al., 2011).

El índice de *self* negativo implícito se calculó restando el tiempo de reacción (TR) en el bloque *self* positivo menos el TR del bloque *self*-negativo. Una puntuación positiva en este índice indicó que los participantes eran más rápidos asociando palabras relacionadas con el *self* a adjetivos negativos.

De igual modo se procedió para el cálculo del índice de visión de los otros implícita. Se restó el tiempo de reacción (TR) en el bloque otros-positivo menos el TR del bloque otros-negativo. Una puntuación positiva en este índice indicó que los participantes eran más rápidos asociando palabras relacionadas con los demás a adjetivos negativos.

Procedimiento

Los participantes de los grupos clínicos fueron evaluados mediante entrevistas clínicas que incluían la PANSS y la MINIPUS; además, el GP completó el PSE-10. Para el GC se diseñó una entrevista de *screening* para confirmar la ausencia de algún trastorno mental. Después de las entrevistas, los participantes rellenaron un paquete de cuestionarios que incluían las variables examinadas y llevaron a cabo la tarea para la evaluación de las creencias implícitas asociadas al *self* y a los otros (GNAT; Nosek y Banaji, 2001).

Análisis estadísticos

Se utilizaron análisis de varianza (ANOVA) para evaluar las variables demográficas y clínicas continuas. Cuando las varianzas de estas variables no eran iguales, se utilizaba el test Welch como una prueba más robusta y alternativa a la F. Además las variables cualitativas fueron examinadas mediante χ^2 . También se utilizó ANOVA 3 x 2 de medidas repetidas incorporando grupo (paranoia, depresión, controles) x test (*self* y otros). Los efectos principales y la interacción se analizaron además mediante comparaciones post-hoc con el nivel alfa ajustado Bonferroni.

Resultados

Diferencias en las características sociodemográficas y clínicas

Las características sociodemográficas y clínicas de los grupos de participantes se resumen en la tabla 1. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en el sexo ($p < .001$). El GD presentó un porcentaje mayor de mujeres que el GP ($\chi^2 = 12.3$,

Tabla 1
Características sociodemográficas y clínicas de los grupos

Características	Grupo paranoia (n = 79)	Grupo depresión (n = 38)	Grupo control (n = 52)	χ^2	F/W	p
Sexo:						
Mujer, n (%)	33 (41.8)	29 (76.3)	22 (42.3)	13.9	----	.001**
Edad, M (SD)	34.9 (12.0)	43.5 (11.4)	37.4 (1.1)	----	6.31	.002*
Edad inicio enfermedad, M (SD)	28.44 (7.7)	34.55 (9.9)	---	----	12.6	.001**
Educación, n (%):						
Estudios primarios	41 (51.9)	7 (18.4)	3 (5.7)	43.1	----	.001**
Estudios secundarios	24 (30.4)	10 (26.3)	14 (26.9)			
Estudios universitarios	14 (17.5)	21 (52.2)	35 (67.3)			
Empleo, n (%):						
Nunca activo	15 (18.9)	2 (5.2)	15 (28.8)	33.6	----	.001**
Desempleado > 1 año	20 (25.3)	8 (21.1)	3 (5.7)			
Desempleado < 1 año	15 (18.9)	4 (10.5)	4 (7.7)			
Empleado	29 (36.7)	24 (63.2)	24 (46.1)			
Síntomas depresivos	15.9 (13.2)	31.1 (9.7)	3.8 (3.6)	----	137.5	.001**
Síntomas positivos	18.1 (5.9)	8.7 (1.9)	----	----	149.1	.001**
Síntomas negativos	14.2 (6.5)	12.2 (4.8)	----	----	2.68	.10
Psicopatología general	34.9 (7.9)	39.5 (8.3)	----	----	7.65	.007*

$p < .001$) y que el GC ($\chi^2 = 10.34$, $p < .001$). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad. El GD tenía una media de edad mayor que el GP ($p < .01$) y que el GC ($p < .05$). En relación a la edad de aparición de la enfermedad, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el GP y el GD, siendo los sujetos del GP quienes presentaron una edad de inicio de enfermedad más temprana ($p < .001$).

Los resultados de los análisis también mostraron diferencias estadísticamente significativas en relación al nivel educativo entre el GP y el GD ($\chi^2 = 18.11$, $p < .001$) y entre el GP y el GC ($\chi^2 = 38.3$, $p < .001$). Sin embargo no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el GD y el GC ($\chi^2 = 3.7$, $p = .30$). Finalmente, en relación al empleo, el grupo control presentó diferencias estadísticamente significativas con el GP ($\chi^2 = 25.7$, $p < .001$) y con el GD ($\chi^2 = 14.1$, $p < .01$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el GP y el GD en empleo ($\chi^2 = 8.81$, $p = .06$).

Respecto a las variables clínicas, los análisis mostraron diferencias entre los grupos en los niveles de depresión ($W = 137.5$, $p < .001$), siendo el GD el que mayores niveles de depresión mostró en comparación al GP y al GC (ver tabla 1). También hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos clínicos en la sintomatología positiva ($W = 149.1$, $p < .001$); el GP tenía mayores niveles de síntomas positivos que el GD. Sin embargo, el GD presentó mayores niveles de psicopatología general que el GP ($F = 7.65$, $p < .01$). Por último, no hubo diferencias entre los grupos clínicos en la sintomatología negativa ($F = 2.68$, $p = ns$).

Diferencias entre los grupos en las creencias evaluativas negativas explícitas sobre el self y sobre los otros

Primero, un ANCOVA 3 X 2 fue realizado con la variable intersujetos grupo (GP, GD y GC) y con dos variables intrasujetos (medida explícita del self y medida explícita de los otros). El sexo y la edad fueron introducidos como covariables para controlar su efecto potencial sobre las variables dependientes. Los resultados indicaron que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las creencias negativas sobre el self y las creencias negativas sobre los otros en los grupos (λ de Wilks = .99, $F = 1.60$, $p = .20$, η^2 parcial = .01; ver tabla 2). Sin embargo, sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, siendo el GC el que mostró menos creencias negativas evaluativas sobre el self en relación a los grupos clínicos (GP y GD, $F = 10.50$, $p < .001$, η^2 parcial = .12). Finalmente, hubo un efecto significativo de la interacción (λ de Wilks = .92, $F = 6.59$, $p < .01$, η^2 parcial = .08); el GD tenía, significativamente, creencias negativas sobre el self más fuertes que sobre los otros (ver figura 1). No se encontraron estas diferencias en el GP ni en el GC.

En resumen, los sujetos control presentaron menos creencias negativas sobre el self a nivel explícito comparado con el GP y el GC. Sin embargo, los tres grupos tenían un nivel similar sobre las creencias negativas acerca de los otros. Por último, únicamente, el GD fue el que presentó una discrepancia significativa entre las creencias negativas

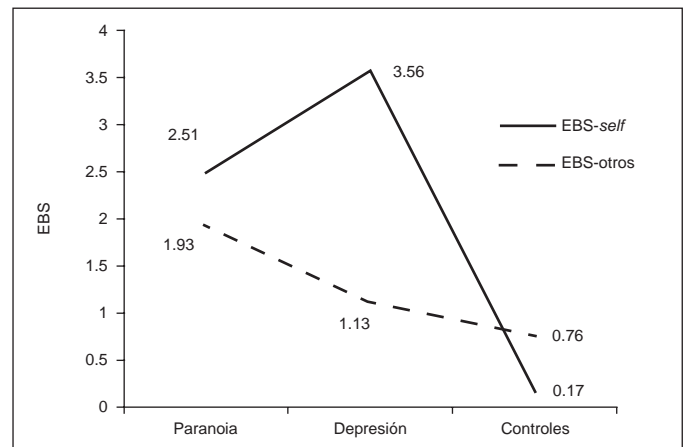


Figura 1. Medias de las puntuaciones en los tres grupos de las medidas explícitas de las creencias negativas sobre el self sobre los otros.

sobre el self y sobre los otros, siendo peor la visión del self que la visión que tienen sobre los demás. Este patrón no se encontró ni en el GP ni en el GC.

Diferencias entre los grupos en las creencias evaluativas negativas implícitas sobre el self y sobre los otros

Un segundo ANCOVA 3 X 2 fue realizado para examinar las diferencias en las creencias negativas implícitas sobre el self y sobre los otros entre los tres grupos, con la variable intersujetos grupo (GP, GD y GC) y con dos variables intrasujetos (medida implícita del self y medida implícita de los otros). El sexo y la edad fueron introducidas nuevamente como covariables para controlar su efecto potencial sobre la variable dependiente. Los resultados indicaron que no había diferencias estadísticamente significativas en las medidas implícitas negativas del self y de los otros (λ Wilks = .99, $F = 0.41$, $p = .52$, η^2 parcial = .003; ver tabla 3). Tampoco había diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en los niveles implícitos de creencias negativas evaluativas sobre el self y sobre los otros (GP, GD y GC; $F = 0.05$, $p = .94$, η^2 parcial = .001). Sin embargo, los resultados mostraron un efecto significativo de la interacción (λ de Wilks = .95, $F = 4.02$, $p < .05$, η^2 parcial = .04); el GC presentó, significativamente, más creencias negativas sobre los otros que sobre el self (ver figura 2). No se encontraron estas diferencias ni en el GP ni en el GD.

Tabla 3

Diferencias entre los grupos en las creencias negativas implícitas

Grupos	Medidas Implícitas	
	GNAT-Self	GNAT-otros
Grupo paranoia ($n = 79$)	-9.88 \pm 95.48	-30.92 \pm 111.3
Grupo depresión ($n = 38$)	-18.47 \pm 72.8	-14.9 \pm 50.1
Grupo control ($n = 52$)	-42.57 \pm 49.9	-4.14 \pm 58.9
Grupo: $F_{(2, 164)} = 0.05$, $p = ns$		
Test: $F_{(1, 164)} = 0.41$, $p = .52$		
Group x test: $F_{(2, 164)} = 4.02$, $p = .04^*$		

Tabla 2

Diferencias entre los grupos en las creencias negativas explícitas

Grupos	Medidas explícitas	
	EBS-self	EBS-otros
Grupo paranoia ($n = 79$)	2.51 \pm 3.46	1.93 \pm 3.20
Grupo depresión ($n = 38$)	3.56 \pm 3.57	1.13 \pm 2.23
Grupo control ($n = 52$)	0.17 \pm 0.73	0.76 \pm 3.34
Grupo: $F_{(2, 164)} = 10.50$, $p = .001^{**}$		
Test: $F_{(1, 164)} = 1.60$, $p = .20$		
Group x test: $F_{(2, 164)} = 6.59$, $p = .002^*$		

En definitiva, parece que los sujetos control presentaron un patrón discrepante significativo, mostrando más asociaciones implícitas negativas sobre los otros que sobre el self, patrón opuesto al mostrado en este grupo a nivel explícito. Estas discrepancias implícitas no se presentaron en los grupos clínicos.

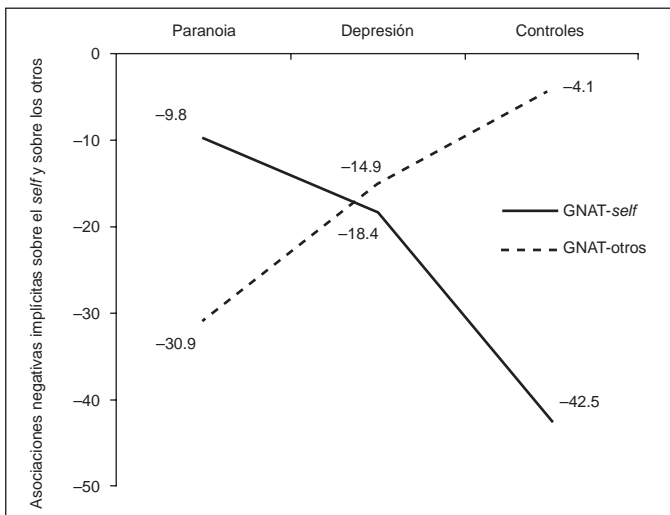


Figura 2. Medias de las puntuaciones en los tres grupos de las medidas implícitas de las asociaciones negativas sobre el *self* y sobre los otros.

Nota. Los índices de asociaciones negativas implícitas sobre el *self* y sobre los otros se calcularon restando el tiempo de reacción (TR) en ms del bloque negativo. Una mayor puntuación en este índice indica que hay mayor asociación negativa implícita en el *self* y en los otros.

Discusión

El análisis de las creencias evaluativas negativas a nivel explícito refleja que no había diferencias intrasujetos significativas. Es decir, no hemos encontrado diferentes actitudes hacia el *self* y los otros para los participantes del estudio globalmente. No obstante, y en línea con nuestra primera hipótesis y el sentido común, hubo un importante efecto intersujetos que indica que los participantes clínicos con paranoia o depresión presentaban mucho más creencias explícitas negativas que los controles sanos. Sin embargo, contrariamente a lo que se esperaba, no encontramos que los pacientes paranoides tuvieran una concepción significativamente más negativa de los otros que la de los pacientes con depresión. Esto es quizás un reflejo de solapamiento fenomenológico entre las distintas patologías (Harvey, Watkins, Mansell y Shafran, 2004). Es importante destacar que tanto los participantes con paranoia como los controles sanos tienen una evaluación explícita del *self* y de los otros bastante congruente, mientras que los participantes con depresión mostraron una pauta discrepante (véase figura 1), es decir, que para el grupo con depresión las actitudes explícitas negativas hacia el *self* eran mucho más evidentes que las actitudes negativas hacia los otros. Este hallazgo es congruente con muchos estudios que presentan datos abrumadores de la relevancia de las creencias negativas sobre el *self* en la depresión (Ingram, Miranda y Segal, 1998). En general, aunque es tan solo una tendencia (que no llega a ser significativa en las creencias evaluativas de los otros), es interesante subrayar que los paranoides tienen actitudes negativas tanto hacia los demás como hacia sí mismos, mientras que en la depresión las personas son especialmente negativas en sus actitudes hacia sí mismas.

Por otra parte, el análisis de las asociaciones negativas a nivel implícito refleja que no hay diferentes actitudes hacia el *self* y los otros para los participantes del estudio globalmente. Además, contrariamente a lo que hipotetizábamos, tampoco había diferencias significativas entre los grupos, aunque si prestamos atención a la tabla 2 se puede apreciar una tendencia en la que la asociación automática hacia el *self* es más negativa para ambos grupos clínicos en comparación con los controles. Asimismo se aproxima a la significación la diferencia en la actitud implícita hacia los otros entre los controles sanos y los participantes con paranoia. Sin embargo, curiosamente fueron los controles sanos los que presentaron una actitud implícita más negativa hacia los otros que los sujetos con paranoia. Contraria-

mente a lo que se encuentra a nivel explícito, como se puede apreciar en la figura 2, tan solo los participantes con depresión muestran una asociación implícita del *self* y de los otros congruente, mientras que tanto los participantes con paranoia como los controles sanos mostraron una pauta discrepante. Es más, de manera significativa, en los controles sanos se ha encontrado que las actitudes implícitas negativas hacia los otros eran muy pronunciadas en relación con las del *self*. Este dato indica un claro sesgo, con una concepción mucho más positiva de sí mismo que de los demás (p. ej., yo mejor que los demás), que podría reflejar la tendencia universal a verse mejor a uno mismo que a los demás (Kerns et al. 2003). Contrasta la ausencia de este sesgo en los grupos clínicos. De hecho, aunque no llega a alcanzar significación estadística, en la paranoia se da una pauta opuesta a la de los controles, donde se da una concepción mucho más negativa de sí mismo que de los demás (p. ej., yo peor que los demás). Esta especie de "complejo de inferioridad" podría estar asociado con la susceptibilidad en la paranoia a sentir el sentido de sí mismo amenazado y su tendencia a anticipar amenazas interpersonales (Bentall et al., 2009; Freeman et al., 2002). También podría explicar por qué las personas con paranoia tienden a utilizar la evitación como mecanismo de afrontamiento (Freeman, 2007), pudiendo ser más conveniente para ellos evitar o echar las culpas fuera que hacer frente a las dificultades en una situación de relativa desventaja social.

El concepto de *self* no existe en el vacío: coexiste dentro de un sistema psicológico más grande que incluye, como plateamos en este estudio, la visión de los demás y los diferentes niveles de la experiencia (p. ej., más conscientes/cognitivo y más automático/inconsciente). De hecho, de acuerdo a las teorías generales de la formación de actitudes, mientras que las actitudes explícitas pueden desarrollarse por vía de la persuasión y de argumentos racionales, las actitudes implícitas se desarrollan inicialmente por procesos de aprendizaje asociativo, es decir, por emparejamientos repetidos de objetos potencialmente actitudinales con estímulos relevantes positivos y negativos (Karpinski y Hilton, 2001; Olson y Fazio, 2001; Walther, 2002). Estudios previos han mostrado cómo el *self*, y especialmente la AE, puede aumentarse por la asociación de pensamientos y sentimientos positivos, basados en ser aceptados y reconocidos por los otros, con uno mismo (Baldwin y Baccus, 2003). Es por eso de crucial importancia, en particular en trastornos que tienen un gran peso interpersonal, tener en cuenta la comparación social tanto en el entendimiento del trastorno como en la planificación de intervenciones terapéuticas.

Este estudio es una primera aproximación a la investigación empírica de las diferencias en la concepción del sí mismo y los otros en la paranoia. Existen algunos temas que requieren un análisis más profundo, como por ejemplo cómo la relativa comparación social del sí mismo y de los otros está condicionada por las experiencias vitales durante el desarrollo. La mayoría de los modelos explicativos actuales de la paranoia consideran que las experiencias traumáticas juegan un papel fundamental en los orígenes de este trastorno (Bentall et al., 2001; Garety y Freeman, 1999). Asimismo, los estudios epidemiológicos han encontrado que los delirios de persecución están asociados con estilos de apego inseguro (Pickering, Simpson y Bentall, 2008; Sitko, Bentall, Shevlin y Sellwood, 2014). Es muy probable que acontecimientos traumáticos, a menudo de naturaleza interpersonal, o un apego inseguro condicionen las actitudes y el sistema de creencias del individuo, dando lugar a poblaciones vulnerables al despojarlos de mecanismos de protección universales. Esta es un área que requiere atención, a la vez como foco de investigación y como objetivo en los programas de prevención.

Este estudio tiene una serie de limitaciones que conviene tener en cuenta. La primera que es un estudio transversal del que no se puede inferir causalidad. Además, sería interesante explorar si los resultados encontrados en este estudio sobre las asociaciones negativas del *self* y los otros, tanto a nivel explícito como implícito en la paranoia y en la depresión, son estables en el tiempo o dependen del estado clínico que presente el individuo. Finalmente, puede que las medidas

implícitas necesiten más estudios acerca de su validez en el contexto específico de la psicopatología. Aunque hay estudios recientes en psicopatología que exploran el autoconcepto a nivel implícito, todavía hay algunas limitaciones acerca de la posibilidad de generalizar los resultados sobre el autoconcepto y/o la AE (Gawronski y Bodenhausen, 2006). No obstante, los presentes resultados destacan la utilidad clínica y teórica de las medidas implícitas en psicopatología, puesto que muchas estructuras cognitivas relacionadas con los trastornos clínicos son a menudo implícitas e influyen en el comportamiento de forma automática (De Houwer, Thomas y Baeyens, 2001).

Extended Summary

Paranoid ideation is a common symptom in psychotic spectrum disorders and one of the most stressful symptoms both to individual and social levels (Moutoussis, Williams, Dayan, & Bentall, 2007). Also, it has a great clinical impact and it is associated with threatening and maladaptive behaviours and psychiatric hospitalization (Buchanan et al., 1993). For these reasons, there is an important effort to develop explanatory models that can inform and guide interventions and improve the quality of life of these patients.

Nowadays, we are beginning to understand psychological mechanisms involved in the persecutory delusions. Several studies have identified a tendency to jump to conclusions and deficits in the ability to develop theories of the mind in different types of delusions (Corcoran et al., 2008). Also, specifically, delusions of persecution have been linked with attributional biases (e.g., Kaney & Bentall, 1989; Kinderman & Bentall, 1997). However, these data are still inconclusive (e.g., Díez-Alegria, Vázquez, Nieto-Moreno, Valiente, & Fuentenebro, 2006; Lincoln et al., 2010).

Self-esteem (SE) and the self schemes studies have also contributed to have a better understanding of the persecutory delusions (Bentall et al., 2008; Fowler et al., 2006). Garety, Kuipers, Fowler, Freeman, and Bebbington (2001) have suggested that delusions reflect pre-existing beliefs about the self, the world and the others. Psychological models of persecutory delusions indicate that a dysfunctional sense of self are involved in the etiology of these symptoms, mainly focusing on SE and evaluative beliefs (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, & Kinderman, 2001; Freeman, 2006). Nevertheless, it is not yet clear if the implication of these alterations are direct (emotional model) or indirect (self-serving model). Briefly, the emotional model argue that susceptibility to experience delusions of persecution, especially after anomalous experiences, is associated with the need to find an explanation (Freeman, Garety, Kuipers, Fowler, & Bebbington, 2002) and propose that the combination of negative beliefs about the self, anxiety, and emotional problems lead to threatening experiences (Garety & Freeman, 1999).

Unfortunately, research on the SE in paranoia has not found consistent results. While some authors find a low SE in patients with paranoia (Freeman et al., 1998; Kesting, Mehl, Rief, Lindenmeyer, & Lincoln, 2011; Mackinnon, Newman-Taylor, & Stopa, 2011), others find that a preserved SE (Candido & Romney, 1990; Lyon, Kaney, & Bentall, 1994). Some of these inconsistencies can be explained by methodological limitations of the studies. For example, it has been noted to be important to differentiate between explicit and implicit SE (e.g., Kernis, 2003). Explicit measures of SE use questionnaires to assess immediate, accessible, and conscious feelings in a direct way. On the other hand, implicit measures of SE assess indirectly attitudes, which could not be assessed through questionnaires. Most of the traditional instruments are based on self-report and reflect the self-representation rather than the experiential dimension of the SE. This problem could be avoided by using implicit measures of SE at the same time (Farnham, Greenwald, & Banaji, 1999).

Despite the plentiful research about SE and evaluative beliefs for persons with persecutory delusions, there are very few studies that

have focused on interpersonal evaluative beliefs that may also be involved in paranoia. The emotional model suggests that persecutory delusions not only reflect pre-existing beliefs of one's own, but that they could also be associated with evaluative beliefs about others (Garety et al., 2001). Therefore, the present study examines negative explicit evaluative associations of the self and others, and compares them with the negative implicit associations of the self and the others. Three groups participated in the study: patients with paranoia (PG; $n = 79$), patients with depression (DG; $n = 38$) and a healthy control group (CG; $n = 52$). We used the Evaluative Beliefs Scale (EBS; Chadwick, Trower, & Dagnan, 1999) to assess explicit negative beliefs of self and others. Also, we used a SE version of the Go/No-go Association Task (GNAT; Nosek & Banaji, 2001) to examine implicit negative associations with self and others.

Results showed statistical significant differences in sex among groups ($p < .001$). DG presented higher percentage of women than the PG ($\chi^2 = 12.3$, $p < .001$) and CG ($\chi^2 = 10.34$, $p < .001$). Also we found statistical significant differences between groups in age. DG had higher mean of age than ($p < .01$) PG and CG ($p < .05$).

In relation to explicit evaluative beliefs, after introducing sex and age, a 3×2 ANCOVA was performed with between-subjects variable of group (PG, DG, and CG) and two within-subject variables (self and others). Results indicated that there were no statistical significant differences in negative beliefs about self and negative beliefs about others in groups (Wilks' $\lambda = .99$, $F = 1.60$, $p = .20$, partial $\eta^2 = .01$; see Table 2). However, there were statistical significant differences between groups, the CG showing less evaluative negative beliefs about self than the clinical groups (GP y GD; $F = 10.50$, $p < .001$, partial $\eta^2 = .12$). Finally, there was a significant interaction effect of group \times self/other (Wilks' $\lambda = .92$, $F = 6.59$, $p < .01$, partial $\eta^2 = .08$); the DG had significantly stronger negative beliefs about the self than about the others (see Figure 1). However, there were no significant differences between the self and the "others" measures for the PG or CG.

At implicit level, after introducing sex and age as covariates, the analyses showed that there were no statistical significant differences in the implicit negative associations of self and others (Wilks' $\lambda = .99$, $F = 0.41$, $p = .52$, partial $\eta^2 = .003$; see Table 3). Also, there were not statistical significant differences between groups (PG, DG, and CG; $F = 0.05$, $p = .94$, partial $\eta^2 = .001$). However, the results showed a significant interaction effect of group \times self/other (Wilks' $\lambda = .95$, $F = 4.02$, $p < .05$, partial $\eta^2 = .04$); CG presented significantly more negative implicit scores of the others than of the self (see Figure 2). There was not difference for both self and others in the PG or DG.

In sum, overall, we have not found different attitudes towards self and others in the participants of this study. Nevertheless, in line with our first hypothesis, there was a significant between-subjects effect, which indicates that participants with paranoia or with depression had higher negative beliefs than the healthy controls. However, we did not find that paranoid patients would have significantly more negative concept of others than depressive patients. Perhaps this reflects the phenomenological overlap between different pathologies (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004). It is important to note that both participants with paranoia and healthy controls have similar levels of explicit evaluation of the self and the others, while participants with depression showed a non-congruent pattern (see Figure 1). That is, the depression group had more negative evaluative beliefs towards self than towards the others at the explicit levels. On the other hand, the analysis of implicit negative associations did not show differences between self and others. Contrary to our hypothesis, we did not find significant differences between the groups. However, there was a trend for both clinical groups to have more negative implicit association toward self in comparison to healthy controls. Also, there was a marginally significant difference in the implicit negative attitude towards others between paranoid and healthy control. Interestingly, healthy controls presented more negative

implicit attitude toward others that participants with paranoia (see Figure 2). The implicit pattern was opposite to the explicit pattern. For healthy participants, negative implicit attitudes towards the others were more pronounced than attitudes towards self. This data indicates a clear bias, with a much more positive conception of the self than of others (e.g., I am better than others), which may indicate the universal tendency to see ourselves better than others.

Despite the limitations presented in this study, these results have a theoretical and clinical utility. The implicit measures in psychopathology are important because relevant processes that affect behaviour are unconscious and automatic (De Houwer, Thomas, & Baeyens, 2001). This research represents a first approach to the study of differences in the self and "others" concepts at the implicit and explicit level in paranoia.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este estudio fue financiado por el programa I+D+I del Ministerio de Educación y Ciencia, ref. PSI2009-13472 y ref. PSI2012-31494.

Referencias

- Addington, J. y Tran, L. (2009). Using the brief core schema scales with individuals at clinical high risk of psychosis. *Behavioral and Cognitive Therapy*, 37, 227-231.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baldwin, M. W. y Baccus, J. R. (2003). An expectancy value approach to self-esteem. En S. J. Spencer, S. Fein, M. P. Zanna y J. M. Olson (Eds.), *The Ontario Symposium: Vol. 9. Motivated social perception* (pp. 171-194). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Humphreys, L., Ward, J., Gregg, L. y Andrews, B. (2003). Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology* 112, 92-99.
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory* (2nd ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N. y Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical interpretation. *Clinical Psychology Review*, 21, 1143-1192.
- Bentall, R. P., Kinderman, P. y Vázquez, C. (2007). The schizophrenia myth [Letter to the editor]. *British Medical Journal*, 334, 108.
- Bentall, R. P., Rowse, G., Kinderman, P., Blackwood, N., Howard, R., Moore, R., ... Corcoran, R. (2008). Paranoid delusions in schizophrenia spectrum disorders and depression: the transdiagnostic role of expectations of negative events and negative self-esteem. *The Journal of nervous and mental disease*, 196, 375-383.
- Bentall, R. P., Rowse, G., Shryane, N., Kinderman, P., Howard, R., Blackwood, N., ... Corcoran, R. (2009). The cognitive and affective structure of paranoid delusions: a transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Archives of General Psychiatry*, 66, 236-247.
- Bokat, C. E., Goldberg, T. E. (2003). Letter and category fluency in schizophrenic patients: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 64, 73-78.
- Brown, J. D., Dutton, K. A. y Cook, K. E. (2001). From the top down: Self-esteem and self-evaluation. *Cognition and Emotion*, 15, 615-631.
- Buchanan, R. W., Breier, A., Kirkpatrick, B., Elkashef, A., Munson, R. C., Gellad, E. y Carpenter, W. T. Jr. (1993). Structural abnormalities in deficit and nondeficit schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 150, 59-65.
- Candido, C. y Romney, D. (1990). Attributional style in paranoid vs. depressed patients. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 355-363.
- Chadwick, P. y Trower, P. (1997). To defend or not to defend: a comparison of Paranoia and Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly* 11, 63-71.
- Chadwick, P., Trower, P. y Dagnan, D. (1999). Measuring negative person evaluations: the evaluative beliefs scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 549-559.
- Corcoran, R., Rowse, G., Moore, R., Blackwood, N., Kinderman, P., Howard, R., ... Bentall, R. P. (2008). A transdiagnostic investigation of 'theory of mind' and 'jumping to conclusions' in patients with persecutory delusions. *Psychological Medicine*, 38, 1577-1583.
- De Houwer, J., Thomas, S. y Baeyens, F. (2001). Associative learning of likes and dislikes: A review of 25 years of research on human evaluative conditioning. *Psychological Bulletin*, 127, 853-869.
- Diez-Alegría, C., Vázquez, C., Nieto Moreno, M., Valiente, C. y Fuentenebro, F. (2006). Personalizing and externalizing biases in deluded and depressed patients: Are attributional biases a stable and specific characteristic of delusions? *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 531-544.
- Farnham, S. D., Greenwald, A. G. y Banaji, M. R. (1999). Implicit Self-esteem. En D. Abrams y M. A. Hogg (Eds.), *Social Identity and Social Cognition* (pp. 230-248). Oxford, England: Blackwell.
- Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Kuipers, E., Bebbington, P., Bashforth, H., ... 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: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 36, 749-759.
- Freeman, D. (2006). Delusions in the nonclinical population. *Current Psychiatry Reports*, 8, 191-204.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27, 425-457.
- Freeman, D. y Fowler, D. (2009). Routes to psychotic symptoms: trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry Research*, 169, 107-112.
- Freeman, D. y Garety, P. A. (2000). Comments on the content of persecutory delusions: Does the definition need clarification? *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 407-414.
- 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.
- 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. 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., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D. y Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms in psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.
- Gawronski, B. y Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: an integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 132, 692-731.
- Gracie, A., Freeman, D., Green, S., Garety, P. A., Kuipers, E., Hardy, A., ... Fowler, D. (2007). The association between traumatic experience, paranoia and hallucinations: a test of the predictions of psychological models. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 280-289.
- Greenwald, A. G. y Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, Self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27.
- Greenwald, A. G. y Farnham, S. D. (2000). Using the implicit association test to measure Self-esteem and Self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1022-1038.
- Ingram, R. E., Miranda, J. y Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Jiménez, F., Vázquez, C. y Hernangómez, L. (1998). Adjetivos en castellano de contenido depresivo autorreferente y de contenido neutral: Normas de emocionalidad y frecuencia subjetiva de uso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 199-215.
- Kaney, S. y Bentall, R. P. (1989). Persecutory delusions and attributional style. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 191-198.
- Karpinski, A. y Hilton, J. L. (2001). Attitudes and the implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 774-788.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. y Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal Self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14, 1-26.
- Kesting, M. L., Mehl, S., Rief, W., Lindenmeyer, J. y Lincoln, T. M. (2011). When paranoia fails to enhance self-esteem: explicit and implicit self-esteem and its discrepancy in patients with persecutory delusions compared to depressed and healthy controls. *Psychiatry Research*, 186, 197-202.
- 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.
- Kohler, C. G., Walker, J. B., Martin, E. A., Healey, K. M. y Moberg, P. J. (2010). Facial Emotion Perception in schizophrenia: A meta-analytic review. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 1009-1019.
- Kretschmer, E. (1927/1974). The sensitive delusion of reference. En S. R. Hirsch y M. Shepherd (Eds.), *Themes and Variations in European Psychiatry*. Bristol, UK: John Wright.
- Lincoln, T. M., Mehl, S., Ziegler, M., Kesting, M. L., Exner, C. y Rief, W. (2010). Is fear of others linked to an uncertain sense of Self? The relevance of Self-worth, interpersonal Self-concepts and dysfunctional beliefs to paranoia. *Behavior Therapy*, 41, 187-197.
- Lyon, H. M., Kaney, S., Bentall, R. P. (1994). The defensive function of persecutory delusions. Evidence from attribution tasks. *British Journal of Psychiatry*, 164, 637-646.
- Mackinnon, Newman-Taylor, K. y Stopa, L. (2011). Persecutory delusions and the self: An investigation of implicit and explicit self-esteem. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 54-64.
- Moutoussis, M., Williams, J., Dayan, P. y Bentall, R. P. (2007). Persecutory delusions and the conditioned avoidance paradigm: Towards an integration of the psychology and biology of paranoia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12, 495-510.
- Nosek, B. A. y Banaji, M. R. (2001). The go/no-go association task. *Social Cognition*, 19, 625-666.
- Olson, M. A. y Fazio, R. H. (2001). Implicit attitude formation through classical conditioning. *Psychological Science*, 12, 413-417.

- Peralta, V. y Cuesta, M. J. (1994). Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Española de Neurología y Psiquiatría*, 22, 171-177.
- Pickering, L., Simpson, J. y Bentall, R. P. (2008). Insecure attachment predicts proneness to paranoia but not hallucinations. *Personality and Individual Differences*, 44, 1212-1224.
- Sanz, J., Perdigón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Sheehan, D. V. y Lecrubier, Y. (2002). *MINI international neuropsychiatric interview for DSM-IV* (English Version 5.0.0). Tampa, FL: University of South Florida.
- Sitko, K., Bentall, R. P., Shevlin, M. y Sellwood, W. (2014). Associations between specific psychotic symptoms and specific childhood adversities are mediated by attachment styles: An analysis of the National Comorbidity Survey. *Psychiatry Research*, 217, 202-209.
- Smith, B., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Bashford, H., Garety, P., ... Kuipers, E. (2006). Emotion and psychosis: links between depression, Self-esteem, negative schematic beliefs and delusion and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 86, 181-188.
- Swanson, D., Bohnert, P. y Smith, J. (1970). *The Paranoid*. Boston (MA): Little.
- Thewissen, V., Bentall, R. P., Lecomte, T., van Os, J. y Myin-Germeys, I. (2008). Fluctuations in Self-esteem and paranoia in the context of daily life. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 143-153.
- Valiente, C., Cantero, D., Sánchez, Á., Provencio, M. y Wickham, S. (2014). Self-esteem and evaluative beliefs in paranoia. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45, 297-302.
- Valiente, C., Cantero, D., Vázquez, C., Sánchez, A., Provencio, M. y Espinosa, R. (2011). Implicit and explicit Self-esteem discrepancies in paranoia and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 691-699.
- Valiente, C., Espinosa, R., Vázquez, C., Cantero, D. y Fuentenebro, F. (2010). World assumptions in psychosis: do paranoid patients believe in a just world? *The Journal of nervous and mental disease*, 198, 802-806.
- Walther, E. (2002). Guilty by mere association: Evaluative conditioning and the spreading attitude effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 919-934.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland.