



RELACIONES ENTRE SÍNTOMAS POSITIVOS Y SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD EN LA PSICOSIS

JOAQUÍN PASTOR-MORALES, CARLOS CUEVAS-YUST, M. JESÚS DUCTOR-RECUERDA,
SALVADOR PERONA-GARCELÁN Y ROSARIO SALAS-AZCONA

Unidad de Rehabilitación Virgen del Rocío, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla

Resumen: El propósito de esta investigación fue examinar los niveles de sensibilidad a la ansiedad en una muestra de 49 pacientes con diagnóstico de psicosis, comparar los resultados con una muestra no clínica y analizar las diferencias entre pacientes con y sin síntomas positivos. Se utilizó la versión española de la escala ASI-3 (Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3) llevada a cabo por Sandín, Valiente, Chorot y Santed (2007) así como los ítems uno y tres de la Escala de Síndromes Positivos y Negativos (PANSS; Kay, Opler y Lindenmayer, 1988). Los resultados señalan una mayor sensibilidad a la ansiedad en pacientes con psicosis respecto a sujetos sin este diagnóstico así como diferencias que relacionan la presencia de síntomas positivos con mayores niveles de sensibilidad a la ansiedad.

Palabras clave: Sensibilidad a la ansiedad, síntomas positivos, psicosis, ASI-3, PANSS.

Relationship between positive symptoms and anxiety sensitivity in psychosis

Abstract: The purpose of this research was to examine the levels of anxiety sensitivity in a sample of 49 patients with psychosis; to compare the results with a non-clinical sample and to analyse the differences between patients with and without positive symptoms. The Spanish version of the ASI-3 scale was used (Anxiety Sensitivity Index-3; Sandín, Chorot, Valiente & Santed, 2007), as well as items one and three of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay, Opler & Lindenmayer, 1998). The results show greater anxiety sensitivity in patients with psychosis compared to those without this diagnosis, as well as differences relating the presence of positive symptoms with greater levels of anxiety sensitivity.

Keywords: Anxiety sensitivity, positive symptoms, psychosis, ASI-3, PANSS.

INTRODUCCIÓN

Las esquizofrenias y otros trastornos psicóticos constituyen cuadros con diferentes formas clínicas, cada una de las cuales contiene una mayor presencia de síntomas o signos frente a otros. Así, el DSM-IV-TR (APA, 2000) establece para la esquizofrenia los tipos paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual, teniendo en cada uno de estos subtipos un mayor peso la sintomatología positiva (productiva) o negativa (defectuosa) del trastorno esquizofrénico.

Los síntomas positivos pueden darse con distinta intensidad en las distintas fases de los diferentes trastornos psicóticos, así como no estar presentes en un momento dado.

Por otro lado, en trastornos no psicóticos, como los de ansiedad, se ha puesto de manifiesto que los pacientes conceden a sus síntomas cualidades perjudiciales y amenazadoras, proponiéndose a la sensibilidad a la ansiedad (Reiss, 1987, 1991; Reiss y McNally, 1985) como variable cognitiva que explicaría el miedo a los síntomas y signos propios de esta emoción y que se mostraría como un factor de riesgo tanto en la etiología como en el mantenimiento de los trastornos de ansiedad (Clark, 1986; Reiss, 1991; Khawaja, Oei Khawaja, Oei y Baglioni, 1994; Rapee, 1993; Schmidt y Joiner,

Recibido: 11-febrero-2009; aceptado: 16-junio-2009.

Correspondencia: Joaquín Pastor Morales, Servicio Andaluz de Salud, Unidad de Rehabilitación de Área Virgen del Rocío, Avenida Kansas City, 32-E bajo, 41007 Sevilla. Correo-e: jpastormorales@gmail.com

2002) a excepción de fobias específicas (Taylor, Koch, Crockett, 1991; Sandín, Chorot, McNally, 1996), siendo especialmente notoria su influencia para el trastorno de pánico (Chorot, Sandín, Valiente, Santed y Romero, 1997; Taylor et al, 1991). Además, la sensibilidad a la ansiedad no sería sólo un concepto importante para la comprensión de los trastornos de ansiedad sino que también mantendría asociaciones con la depresión (Taylor, Koch, Woody y McLean, 1996).

Este constructo constituye un factor de orden superior con tres dimensiones diferenciadas; la sensibilidad a la ansiedad física, la sensibilidad a la ansiedad cognitiva y la sensibilidad a la ansiedad social (Sandín, Chorot, Valiente, Santed y Lostao, 2004; Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2007). La primera se referiría al miedo a las sensaciones físicas; la sensibilidad a la ansiedad cognitiva tendría relación con el miedo al descontrol cognitivo y a la incapacidad mental; y, finalmente, la sensibilidad a la ansiedad social se vincularía al temor a la evaluación social.

En el ámbito de la psicosis, es conocida la presencia de perturbación asociada a la sintomatología positiva, siendo ésta señalada por numerosos autores (por ejemplo, Birchwood, Iqbal y Upthegrove, 1995). Morrison (2001), por su parte, conceptualiza a los síntomas psicóticos como intrusiones en la conciencia, igual que ocurriría en trastornos de ansiedad. Así, en el trastorno de pánico, habría una tendencia a interpretar las sensaciones corporales de un modo catastrófico (Clark, 1986, 1993); en la hipocondría, los síntomas físicos como prueba de enfermedad grave (Warwick y Salkovskis, 1990) y en el trastorno obsesivo compulsivo, los pensamientos intrusos como fuentes de peligro (Salkovskis, 1985; Rachman, 1997; Salkovskis, Forrester, Richards, y Morrison, 1998; Wells, 1997). Desde esta perspectiva, en los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo o trastorno de ansiedad generalizada, la evaluación y respuesta a los procesos cognitivos, y no el contenido de las cogniciones en sí, sería lo que distinguiría a la población normal de la clínica (Wells, 1995).

Del mismo modo, con relación a las ideas delirantes, Peters, Joseph y Garety (1999) pro-

ponen que no es el contenido de estas ideas lo que distinguiría a los pacientes con psicopatología de los de la población normal, sino más bien el grado de culpabilidad, angustia y preocupación asociado a la creencia delirante, lo cual sería común a la diferenciación entre personas con trastorno obsesivo compulsivo de las personas normales con pensamientos intrusos de contenido similar.

En los trastornos psicóticos, Morrison (2001) efectúa un análisis similar y sostiene que la interpretación de las alucinaciones auditivas podría producir un aumento del ánimo negativo y de la activación fisiológica, los cuales producirían más alucinaciones, dando lugar a un círculo vicioso. Aunque existirían diferencias reales entre las voces y los pensamientos intrusos, como la cualidad acústica de las alucinaciones auditivas, éstas podrían ser consideradas como intromisiones en la conciencia al consistir, como las intrusiones, en una combinación de aspectos cognitivos, información cenestésica así como la procedente de estímulos externos. Además, se ha propuesto por parte de varios autores (Chadwick y Birchwood, 1994; Morrison, Haddock, Tarrier, 1995; Morrison, 1998 y Tarrier, 1987) que la evaluación de los síntomas positivos (incluyendo alucinaciones auditivas) es importante de cara a determinar la respuesta cognitiva, conductual, afectiva y fisiológica.

En función de la interpretación realizada de la experiencia alucinatoria por parte del paciente, ésta puede descubrirse como prueba de que se padece un trastorno mental o como prueba de amenaza y daño plausible (Nieto-Moreno, Hervás y Vázquez, 2006). Así, por ejemplo, la persona puede pensar o creer que quieren hacerle daño, en cuyo caso es más probable que se muestre hipervigilante, intentando reprimir la experiencia adoptando comportamientos de seguridad para evitar sus temores, lo cual contribuiría al mantenimiento de las alucinaciones.

Birchwood et al. (1995) señalan la importancia del modo en que el paciente valora sus síntomas psicóticos, siendo especialmente relevante el papel de la valoración cognitiva de la amenaza percibida sobre el bienestar del individuo. Así, la perturbación asociada al síntoma

psicótico integraría los aspectos cognitivos de valoración ya mencionados con las teorías sobre el rango y el poder social, de modo que el paciente con psicosis se sentiría en una situación de subordinación con respecto a su voz al otorgarle a ésta poder y omnipotencia, lo cual se vincularía a la existencia de autoesquemas negativos en estos pacientes (Vázquez, Díez-Alegría, Nieto-Moreno, Valiente y Fuentenebro, 2006). Se ha postulado la relación que existiría entre cómo los pacientes experimentan relaciones de subordinación e impotencia con otros en sus vidas diarias y cómo este modo de relacionarse se extrapolaría respecto a sus síntomas psicóticos (Birchwood, Gilbert, Gilbert, Trower, Meaden, Hay, Murray y Miles, 2004).

Precisamente, uno de los objetivos que persigue la intervención psicológica en la psicosis desde el paradigma cognitivo conductual (Perona-Garcelán, Cuevas-Yust, Vallina-Fernández, Lemos-Giráldez, 2003; Cuevas-Yust, 2006) es el de aumentar la tolerancia a la sintomatología psicótica por parte de los pacientes, reduciéndose, de este modo, el desasosiego, la incapacidad causada por los síntomas y el trastorno emocional asociado.

Estos presupuestos nos sugieren el razonamiento de que si, como postula Morrison (2001), las alucinaciones pueden ser consideradas como intromisiones en la conciencia, esto es, como pensamientos intrusos, cabría esperar que los pacientes que las manifiestan mostraran una mayor sensibilidad a la ansiedad cognitiva respecto a pacientes que, en la actualidad, no presentan alucinaciones. Por otro lado, Birchwood et al. (1995) sostienen que los pacientes con delirios y alucinaciones se relacionan con estos síntomas otorgándoles mayor poder y sintiéndose con respecto a ellos impotentes por lo que también cabría esperar una mayor sensibilidad a la ansiedad social en pacientes con síntomas productivos respecto a quienes no los presentan. Teniendo en cuenta que dos de los síntomas característicos de la psicosis son las ideas delirantes y las alucinaciones, cabría esperar que en estos pacientes apareciese una mayor sensibilidad a la ansiedad social y cognitiva, observándose, como consecuencia, una mayor puntuación en la sensibilidad a la ansiedad total respecto a la

población no clínica. En línea con esta argumentación, el objetivo general de esta investigación fue determinar el grado de sensibilidad a la ansiedad en pacientes con psicosis, así como comparar los resultados obtenidos con la muestra reclutada por Sandín et al. (2007) para la validación española del ASI-3 (Índice de sensibilidad a la ansiedad-3). Más concretamente, habida cuenta de que en la evolución del trastorno psicótico se observan delirios y alucinaciones con intensidad distinta así como también es probable que no estén presentes en un momento dado, se pretendió establecer la diferenciación entre aquéllos con sintomatología positiva actual (esto es, los que presentaban delirios y/o alucinaciones en el momento de la administración de las pruebas) con respecto a los que no presentan ninguno de estos síntomas. Y aún más específicamente, a partir de la diferenciación de todos los pacientes con psicosis en cuatro grupos (pacientes con psicosis que sólo alucinan, los que sólo deliran, los que presentan delirios y alucinaciones y los que actualmente no tienen ninguno de estos síntomas) precisar si existen disparidades entre estos grupos entre sí.

MÉTODO

Participantes

El estudio se elaboró con una muestra de 49 pacientes (42 hombres; 7 mujeres) con distintos diagnósticos del espectro psicótico, según el DSM-IV-TR (APA, 2000), excluyéndose en todo caso a aquellos pacientes con trastornos psicóticos orgánicos e inducidos por sustancias así como aquéllos que presentaran diagnósticos comórbidos (Tabla 1). Todos los pacientes eran usuarios de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental del Área Hospitalaria Virgen del Rocío de Sevilla durante el periodo comprendido entre el 25 de febrero y el 1 de octubre de 2008. Todos tenían sintomatología negativa y se encontraban recibiendo tratamiento psicológico de rehabilitación y psicofarmacológico en régimen ambulatorio. La edad media de la muestra fue de 40,06 años (rango 2 - 61 años).

Tabla 1. Descripción de la muestra. Número de participantes en cada categoría

	Pacientes que sólo presentaban delirios	Pacientes que sólo presentaban alucinaciones	Pacientes con alucinaciones y delirios	Pacientes sin delirios ni alucinaciones	Total
Esquizofrenia paranoide	6	5	8	17	36
Esquizofrenia residual	0	0	0	1	1
Esquizofrenia desorganizada	0	0	0	2	2
Esquizofrenia indiferenciada	0	0	0	4	4
Trastorno esquizoafectivo	1	1	3	1	6
Total	7	6	11	25	49

Instrumentos de evaluación

The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay, Opler y Lindenmayer, 1988). Escala para medir la intensidad de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. Consta de 30 ítems: 7 síntomas positivos, 7 síntomas negativos y 16 de psicopatología general. Para el propósito de nuestro estudio se utilizaron los ítems referidos a delirios y comportamiento alucinatorio (ítems 1 y 3 respectivamente de la PANSS). Cada uno de los ítems se puntúa de 1 a 7. Estos 7 puntos de gradación representan niveles progresivos de psicopatología que va desde 1 (ausente) hasta 7 (extremo).

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-3 (ASI-3; Taylor et al., 2007). Versión española y validación de Sandín et al. (2007). La ASI-3 es una escala de autoinforme constituida por 18 ítems que evalúa el miedo a la ansiedad; se valora, según una escala tipo Likert desde 0 (nada o casi nada) hasta 4 (muchísimo). Basándonos en las dimensiones de la ASI-3, ésta está constituida por tres subescalas; (1) ASI-somática, (2) ASI-cognitiva y (3) ASI-social.

Procedimiento

Los pacientes eran derivados desde las Unidades de Salud Mental Comunitarias con los diagnósticos establecidos por parte de sus facultativos, psicólogos clínicos o psiquiatras. En la Unidad de Rehabilitación se revisó dicho diagnóstico en base a los criterios DSM-IV-TR utilizando una entrevista clínica no

estructurada. El grado de acuerdo con el diagnóstico establecido por parte de los facultativos derivantes fue del 100%. Posteriormente, los pacientes fueron evaluados, previo consentimiento, por sus facultativos referentes (psicólogos clínicos) o por un psicólogo residente de esta especialidad con las pruebas antes descritas. Tan sólo dos personas rehusaron de participar en el estudio. La puntuación mínima para considerar que un paciente presentaba delirios o alucinaciones era de 3 puntos, calificación que marca la presencia ligera de sintomatología. Así, se obtuvieron 4 grupos de pacientes; aquéllos en los que no existían alucinaciones ni delirios (puntuaciones en los ítems 1 y 3 de la PANSS menores de 3); aquéllos que presentaban delirios pero no alucinaciones (puntuación de 3 ó mayor de 3 en el ítem 1 de la PANSS y menor de 3 en el ítem 3); aquéllos que referían tener alucinaciones pero no delirios (puntuación menor de 3 en el ítem 1 y de 3 ó mayor en el ítem 3); y, finalmente, aquéllos que presentaban delirios y alucinaciones (puntuación de 3 ó mayor en ambos ítems). La administración del ASI-3 permitió la comparación entre los distintos subgrupos para la determinación de diferencias en el constructo de sensibilidad a la ansiedad en función de la presencia/ausencia de delirios y alucinaciones.

Tratamiento estadístico de los datos

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0. Se utilizaron pruebas paramétricas y no paramé-

tricas en función de si se cumplían los criterios de normalidad y homocedasticidad. Así, para el análisis de las diferencias en el constructo y dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad de la muestra respecto a la de la población no clínica reclutada por Sandín et al. (2007) se utilizó la prueba *t* de student. Para la determinación de diferencias en el constructo sensibilidad a la ansiedad y en sus dimensiones dentro de nuestra muestra analizada en función de la presencia o ausencia de síntomas positivos se utilizaron pruebas no paramétricas. Primeramente, la prueba de *U* de Mann-Whitney para diferenciar a los pacientes con síntomas positivos (presencia de delirios y/o alucinaciones) respecto a los que no presentaban estos síntomas. Posteriormente, como se ha dicho, los pacientes con psicosis se dividieron en cuatro grupos (grupo de pacientes con alucinaciones y delirios, grupo de pacientes que sólo manifestaban ideas delirantes, grupo de pacientes que sólo tenían alucinaciones y grupo de pacientes sin delirios ni alucinaciones). La prueba de Kruskal-Wallis, segunda prueba no paramétrica utilizada, fue empleada para conocer las diferencias en el constructo estudiado y en

sus dimensiones en los distintos grupos de pacientes. Finalmente, se efectuaron comparaciones post-hoc dos a dos utilizando el estadístico de comparaciones múltiples de la prueba de Kruskal-Wallis (Siegel y Castellan, 1988).

RESULTADOS

Sensibilidad a la ansiedad en los pacientes con psicosis

Se utilizó el estadístico *t* de Student de diferencia de medias, comparando las puntuaciones obtenidas en la muestra analizada con la muestra de referencia (Sandín et al., 2007) en la sensibilidad a la ansiedad total y en sus tres dimensiones (cognitiva, fisiológica y social). Los datos señalan que los pacientes con psicosis muestran una mayor sensibilidad a la ansiedad total así como una mayor sensibilidad a la ansiedad cognitiva respecto a la muestra no clínica. En cambio, no resultaron significativas las diferencias en sensibilidad a la ansiedad física ni en sensibilidad a la ansiedad social (Tabla 2).

Tabla 2. Medias, desviaciones típicas (en paréntesis), y análisis de la diferencia

	Pacientes con psicosis (<i>n</i> = 49)	Muestra de Sandín et al. (2007) (<i>n</i> = 582)	<i>t</i>
ASI-Total	18,45 (14,78)	14,1 (9,9)	2,06*
ASI-Física	5,27 (5,00)	4,5 (4,1)	1,07
ASI-Cognitiva	6,35 (6,52)	2,7 (3,5)	3,91***
ASI-Social	6,84 (6,05)	6,9 (4,6)	-0,07

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Diferencias en sensibilidad a la ansiedad entre los pacientes con psicosis que presentaban o no síntomas positivos

Los resultados obtenidos mediante la prueba de Mann-Whitney determinan que los pacientes con diagnóstico de psicosis que presentan síntomas positivos presentan diferencias significativas con respecto a los

pacientes con el mismo diagnóstico que no presentan síntomas positivos actuales. En este sentido, los hallazgos señalan una mayor sensibilidad a la ansiedad total en los pacientes con síntomas positivos (aquí se incluían a pacientes con delirios, con alucinaciones o con ambos síntomas) así como una mayor sensibilidad a la ansiedad cognitiva y social (Tabla 3).

Tabla 3. Medias, desviaciones típicas (en paréntesis), y análisis no paramétrico (*U* de Mann-Whitney), para los grupos de pacientes sin síntomas positivos (sin delirios ni alucinaciones) y con síntomas positivos (con delirios, con alucinaciones y con ambos tipos de síntomas)

	Pacientes con síntomas positivos (<i>n</i> = 24)	Pacientes sin síntomas positivos (<i>n</i> = 25)	U-Mann-Whitney <i>z</i>
ASI-Total	24,29 (14,42)	12,84 (13,06)	-2,91**
ASI-Física	6,08 (5,24)	4,48 (4,73)	-1,23
ASI-Cognitiva	9,54 (7,07)	3,28 (4,13)	-3,22**
ASI-Social	8,67 (5,33)	5,08 (6,28)	-2,66**

** $p < 0,01$.

Diferencias en sensibilidad a la ansiedad entre los pacientes con psicosis en función de la presencia de delirios y alucinaciones (delirios y alucinaciones, sólo delirios, sólo alucinaciones, sin delirios ni alucinaciones)

En primer lugar, los resultados desprendidos con la prueba de Kruskal-Wallis señalaron diferencias en la sensibilidad a la ansiedad total ($p < 0,01$) así como en dos de sus dimensiones; la sensibilidad a la ansiedad cognitiva ($p < 0,001$) y la sensibilidad a la ansiedad social ($p < 0,01$). Posteriormente, para esclarecer entre qué grupos de pacientes con psicosis se daban diferencias se efectuaron comparaciones múltiples dos a dos (tabla 4).

(a) *Diferencias entre los pacientes con delirios y alucinaciones y pacientes sin delirios ni alucinaciones.* Los datos obtenidos muestran que los pacientes con psicosis con alucinaciones y delirios muestran una mayor sensibilidad a la ansiedad total, cognitiva y social que los pacientes con psicosis sin delirios ni alucinaciones actuales.

(b) *Diferencias entre los pacientes que sólo alucinan y pacientes sin delirios ni alucinaciones.* Los pacientes con psicosis que sólo alucinaban ofrecían puntuaciones más elevadas en la dimensión de sensibilidad a la ansiedad social respecto a quienes no presentaban delirios ni alucinaciones.

(c) *Diferencias entre los pacientes que sólo presentaban delirios y pacientes sin delirios ni alucinaciones.* No se observaron diferencias significativas.

(d) *Diferencias entre los pacientes con delirios y alucinaciones y pacientes que sólo alucinaban.* El análisis determinó que los primeros mostraban una mayor sensibilidad a la ansiedad total y una mayor sensibilidad a la ansiedad cognitiva.

(e) *Diferencias entre los pacientes con delirios y alucinaciones y pacientes que sólo presentaban delirios.* De esta comparación se extrajo el dato que los primeros mostraban una mayor sensibilidad a la ansiedad cognitiva.

(f) *Diferencias entre los pacientes que sólo deliraban y los pacientes que sólo alucina-*

Tabla 4. Medias, desviaciones típicas (en paréntesis), y comparaciones múltiples *post hoc* entre grupos de pacientes

	Grupo A: Pacientes sin delirios ni alucinaciones	Grupo B: Pacientes con delirios y alucinaciones	Grupo C: Pacientes sólo con delirios	Grupo D: Pacientes sólo con alucinaciones
ASI-Total	12,52 (13,28) B	31,18 (14,34) AD	21,00 (13,00)	16,83 (9,53) B
ASI-Cognitiva	3,28 (4,13) B	14,45 (6,08) ACD	5,43 (4,57) B	5,33 (5,75) B
ASI-Social	4,92 (6,36) BD	9,27 (5,90) A	7,86 (4,25)	9,17 (5,15) A

Nota. Las letras en cada celda se refieren a los grupos con valores significativamente diferentes ($p < 0,05$) al que ocupa la celda.

ban. Esta comparación no mostró diferencias significativas.

DISCUSIÓN

La utilización de una escala de sensibilidad a la ansiedad para determinar la preocupación asociada a los síntomas característicos de la psicosis viene justificada por la conceptualización que de los mismos se hace desde los planteamientos efectuados por Morrison o Birchwood, donde las experiencias alucinatorias son consideradas como intromisiones en la conciencia y los contenidos de los síntomas psicóticos tendrían relación con la percepción que el sujeto que experimenta estos síntomas tiene sobre sí mismo en relación a otros y sobre los que hace valoraciones de tipo metacognitivo.

Del mismo modo que se asume que la diferencia de la población no clínica con respecto a quienes presentan trastornos de ansiedad radica en que los primeros valoran sus intromisiones como fenómenos psicológicos habituales; en la psicosis, las alucinaciones podrían considerarse como intromisiones en la conciencia, las cuales no tendrían necesariamente que estar asociadas a perturbación emocional.

La alucinación, como fenómeno psicológico, sería más frecuente entre las personas con diagnóstico de psicosis. Y lo mismo ocurriría con las ideas delirantes. Pero la perturbación asociada a los síntomas no tendría que considerarse intrínseca al trastorno psicótico. Los hallazgos encontrados en este estudio serían coherentes con esta perspectiva.

El primero de estos hallazgos hace referencia a la mayor sensibilidad a la ansiedad total y cognitiva de los pacientes con psicosis respecto a una muestra no clínica. El hecho de que los pacientes con psicosis ofrezcan puntuaciones mayores en sensibilidad a la ansiedad cognitiva podría estar indicando que las personas con estos diagnósticos valoran más amenazantes a sus pensamientos que personas sin psicopatología psicótica.

Sin embargo, cuando se diferencian grupos diferentes de pacientes con psicosis en función de la presencia o ausencia de alucinaciones y/o delirios observamos diferencias entre las di-

mensiones del constructo sensibilidad a la ansiedad. Si mantenemos que la valoración negativa de los pacientes con psicosis respecto a sus síntomas no es intrínseca a su trastorno, entendemos que exista la mencionada variabilidad en los pacientes con psicosis en función de su sintomatología.

Así, se ha obtenido que los pacientes con delirios y alucinaciones muestran mayor sensibilidad a la ansiedad total, cognitiva y social que los pacientes con psicosis que actualmente no deliran ni alucinan. Podría pensarse que los delirios y alucinaciones generan, por sí mismos, una mayor perturbación. Sin embargo, cuando se analizan estos síntomas por separado encontramos que los pacientes que sólo presentan delirios o los que sólo presentan alucinaciones no difieren en la sensibilidad a la ansiedad cognitiva con respecto a quienes no alucinan ni deliran. Sería, por tanto, la presencia conjunta de ambos síntomas lo que estaría asociado a una valoración del pensamiento intruso como amenazante por parte de la persona con psicosis.

Este resultado podría interpretarse como prueba de que las alucinaciones, consideradas intrusiones, no conllevarían necesariamente una mayor perturbación asociada en el paciente con psicosis. Los resultados hallados referentes a las diferencias observadas entre los pacientes con delirios y alucinaciones respecto a los que sólo alucinan también van en esa dirección, al obtenerse una mayor sensibilidad a la ansiedad cognitiva y total mayor en el primer grupo mencionado. El hecho de que los que sólo alucinan ofrezcan una menor sensibilidad a la ansiedad cognitiva podría interpretarse como prueba de que no todos los pacientes con alucinaciones valorarían estas experiencias como amenazantes. Así, serían los sujetos con delirios y alucinaciones los que mostrarían una mayor perturbación en este sentido, lo cual podría verse como prueba de que las ideas delirantes son frecuentes entre quienes valoran negativamente sus experiencias alucinatorias, dato que podría ser congruente con la idea de que las voces son perturbadoras en la medida en que se sustentan en creencias malévolas. No obstante, tradicionalmente se ha mantenido que la mayor parte de los sujetos que alucinan presentan también ideas delirantes mientras que los que deliran

presentan alucinaciones en un porcentaje mucho menor. En nuestra muestra analizada, sin embargo, no es así, habiéndose reclutado a seis personas que sólo alucinan, lo cual constituye un número nada despreciable teniendo en cuenta el tamaño total de la muestra. Ello podría deberse al tratamiento psicológico recibido por las personas que acuden a la unidad de rehabilitación que pretende, entre sus objetivos, dotar a los pacientes de un mayor distanciamiento respecto a sus síntomas para reducir su perturbación y aumentar su funcionalidad.

Pero también se ha hallado el mismo dato para los pacientes que sólo deliran. Es decir, se observan puntuaciones similares en este grupo en la dimensión sensibilidad a la ansiedad cognitiva respecto a quienes no alucinan ni deliran. Nuevamente, la presencia de ambos tipos de síntomas, delirios y alucinaciones, sería necesaria para encontrar puntuaciones en sensibilidad a la ansiedad cognitiva más elevadas respecto a quienes no presentan delirios ni alucinaciones. La obtención de este dato podría interpretarse como prueba de que los sujetos que deliran no se muestran necesariamente resistentes a sus pensamientos, los cuales podrían ser considerados, en función de su contenido o la vivencia de control, como egosintónicos o, en otros casos, no ser valorados como prueba de locura, a diferencia de lo que, a veces, ocurre con las alucinaciones. Este hecho podría explicar la mencionada diferencia observada en los pacientes que sólo deliran en relación a los que alucinan y deliran al mismo tiempo. Además, dado que la severidad media de los delirios según la PANSS fue de carácter leve es posible especular que su asociación con la preocupación fuese directa.

Con respecto a la dimensión de la sensibilidad a la ansiedad social, se han obtenido puntuaciones mayores en los tres grupos que presentaban síntomas psicóticos (grupo de pacientes que sólo alucinaban, grupo de pacientes que sólo deliraban y grupo de pacientes que manifestaban ambos tipos de experiencias) respecto al grupo de pacientes con psicosis que no presentaba alucinaciones ni delirios actuales, siendo esta diferencia significativa tan sólo en los dos primeros y mostrándose cercana a la significación estadística en el tercer caso. Este

dato prueba que en pacientes con sintomatología productiva la amenaza percibida respecto a la evaluación social es importante, no existiendo diferencias entre los 3 grupos (grupo de pacientes con delirios y alucinaciones, grupo de pacientes que sólo tenían alucinaciones y grupo de pacientes que sólo mostraban ideas delirantes).

Como se puede comprobar, se confirma la hipótesis de que los pacientes con esquizofrenia muestran una mayor sensibilidad a la ansiedad respecto a la población no clínica. Y que esta mayor puntuación en la sensibilidad a la ansiedad total se deriva de una mayor preocupación de sus síntomas cognitivos. Se ha visto, además, que la mayor sensibilidad a la ansiedad cognitiva mostrada requiere la participación conjunta de delirios y alucinaciones y se ha corroborado que existe una mayor sensibilidad a la ansiedad social en aquellos pacientes que tienen síntomas positivos respecto a quienes no los tienen, no existiendo diferencias entre los tres grupos de pacientes con síntomas positivos (todos ellos ofrecen puntuaciones similares en sensibilidad a la ansiedad social). Sin embargo, hemos de ser cautos con estas conclusiones. El propio instrumento de medida utilizado, ASI-3, está diseñado para la evaluación del miedo a los síntomas y signos de la ansiedad. Si bien se ha argumentado la utilización de esta medida al considerarse a los síntomas psicóticos como intrusiones en la conciencia, los ítems que saturan las dimensiones del constructo sensibilidad a la ansiedad en el test podrían ajustarse aún más para determinar con mayor precisión los aspectos relacionados con la percepción de amenaza y perjuicio en la valoración de otros con respecto a sí mismos, esto es, la sensibilidad a la ansiedad social en pacientes con psicosis. En segundo lugar, hay que señalar las limitaciones derivadas del tamaño de nuestra muestra, el cual es reducido y afecta a la comparación realizada con la muestra de Sandín et al. (2007) en el sentido de que las diferencias significativas halladas son esperables dada la variabilidad de los datos obtenidos por parte del mencionado autor, por lo que podría resultar de interés la comparación de los datos con muestras de tamaño y varianza similares. También hay que tener en cuenta el hecho de que la ma-

yor parte de nuestra muestra era de sexo masculino ya que se han hallado valores en sensibilidad a la ansiedad mayores en mujeres (Taylor, 1999; Sandín et al., 1999; Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2005)).

Finalmente, los resultados nos refuerzan en los planteamientos que apoyan el abordaje del significado y la valoración otorgada a los síntomas por parte del paciente con psicosis, así como su autopercepción en relación a otros y el significado personal atribuido al trastorno mental que presenta.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4.ª edición revisada) (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson, 2002.
- Birchwood, M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J., Murray, E. y Miles, J. (2004). Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant 'voice' in schizophrenia: a comparison of three models. *Psychological Medicine*, 24, 1571-1580.
- Birchwood, M., Iqbal, Z., y Upthegrove, R. (1995). Psychological pathways to depression in schizophrenia: studies in acute psychosis, post psychotic depression and auditory hallucinations. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 255, 202-212.
- Chadwick, P., y Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- Chorot, P., Sandín, B., Valiente, R.M., Santed, M.A. y Romero, M. (1997). Actitud hacia la enfermedad, ansiedad y somatología somática en pacientes con trastorno de pánico e hipocondría. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 123-136.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D.M. (1993). Cognitive mediation of panic attacks induced by biological challenge tests. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 75-84.
- Cuevas-Yust, C. (2006). Terapia Cognitivo Conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de Psicología*, 24, 267-292.
- Kay, S.R., Opler, L.A. y Lindenmayer, J.P. (1988). Reliability and validity of the positive-negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Research*, 23, 99-110.
- Khawaja y Oei Khawaja, N. G., Oei, T. P., y Baglioni, A. J. (1994). Modification of the Catastrophic Cognitions Questionnaire (CCQ-M) for normal and patients: Exploratory and LISREL analyses. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 16, 325-342.
- Morrison, A.P. (1998). A cognitive analysis of auditory hallucinations: Are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 289-302.
- Morrison, A.P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Morrison, A.P., Haddock, G., y Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 265-280.
- Nieto-Moreno, M., Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). Palabras de contenido paranoide en castellano: frecuencia de uso, emocionalidad y especificidad respecto a contenidos depresivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 165-178.
- OMS Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación Internacional de las enfermedades mentales (10ª edición) (CIE-10)*. Madrid: OMS.
- Perona-Garcelán, S., Cuevas-Yust, C., Vallina-Fernández, O. y Lemos-Giráldez, S. (2003). *Terapia Cognitivo Conductual de la esquizofrenia*. Madrid: Minerva.
- Peters, E.R., Joseph, S. A., y Garety, P. A. (1999). Measurement of delusional ideation in the normal population: Introducing the PDI. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 553-576.
- Rachman, S. J. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rapee, R.M. (1993). Psychological factors in panic. *Advances in Behavioural Research and Therapy*, 15, 85-102.
- Reiss, S. (1987). Theoretical perspectives on the fear of anxiety. *Clinical Psychology Review*, 7, 585-596.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reiss, S. y McNally, R.J. (1985). Expectancy model of fear. En S.Reiss y R. Bootzin (Eds), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp.107-122) Nex York. Academia Press.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P.M., Forrester, E., Richards, H. C., y Morrison, N. (1998). The devil is in the detail: Conceptualizing and treating obsessional problems. In N. Tarrier, A. Wells y G. Haddock (Eds.), *Treating complex cases: A cognitive behaviour therapy approach*. Chichester: Wiley.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 91-104.
- Sandín, B., Chorot, P. y McNally, R.J. (1996). Validation of the Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 283-290.

- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Santed, M.A. y Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 19-33.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P. y Santed, M.A. (2005). Propiedades Psicométricas del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. *Psicothema*, 17, 478-483.
- Schmidt, N.B. y Joiner, T.E. (2002). Structure of the Anxiety Sensitivity Index psychometrics and factor structure in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 33-49.
- Siegel, S. y Castellan, N.J. (1988). Nonparametric statistics for the behavioral sciences. New York: McGraw Hill.
- Tarrier, N. (1987). An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 141-143.
- Taylor, S., Koch, W. J., Woody, S. y McLean, P. (1996). Anxiety sensitivity and depression: how are they related? *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 474-479.
- Taylor, S., Koch, W.J. y Crockett, D.J. (1991). Anxiety sensitivity, trait anxiety and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 293-311.
- Taylor, S., Zvolensky, M.J., Cox, B.J., Deacon, B., Heimberg, R.G., Ledley, D.R., Abramowitz, J.S., Holaway, R.M., Sandín, B., Stewart, S.H., Coles, M., Eng, W., Daly, E.S., Arrindell, W.A., Bouvard, M. y Jurado Cardenas, S. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Psychological Assessment*, 19, 176-188.
- Taylor, S. (Ed.) (1999). *Anxiety sensitivity: theory, research and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: LEA.
- Vázquez, C., Díez-Alegría, C., Nieto-Moreno, M., Valiente, C. y Fuentenebro, F. (2006). Atribuciones causales explícitas e implícitas en el delirio: estudio de su especificidad en delirios paranoides y no paranoides. *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 21-36.
- Warwick, H. M., y Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 105-117.
- Wells, A. (1995). Metacognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy for anxiety disorders*. Chichester: Wiley.