
MODELO PSICOLÓGICO DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS VERBALES Y LA CALIDAD DE VIDA

Trabajo Final de Grado

PSICOLOGÍA



Minerva Romero Clausell

53382684Y

Helena Villa Martín

Junio 2016

Índice

Resumen	5
Abstract	6
Extended Summary	7
Introducción	11
La regulación emocional y las AAV	11
Metacognición y las AAV	13
Estrategias conductuales en las AAV	14
El presente estudio	16
Método	20
Participantes	20
Medidas	21
Procedimiento	22
Análisis de datos	23
Resultados	24
Discusión	39
La regulación emocional	39
Metacognición	40
Estrategias comportamentales	42
Conclusión	45
Limitaciones	46
Líneas futuras de investigación	46
Bibliografía	48

Resumen

Introducción: El tipo de alucinación más común dentro del espectro de la esquizofrenia son las alucinaciones auditivas verbales (AAV) y aunque para muchos pacientes, son la característica más molesta, diversos estudios plantean que son otros los factores los que provocan elevados niveles de malestar más que la mera experiencia de la escucha de voces. Los factores más estudiados han sido la regulación emocional, la metacognición y las estrategias comportamentales. Por ello, el objetivo del presente estudio es plantear un modelo psicológico donde las AAV así como la calidad de vida de los individuos que las sufren, se ven moduladas por estos tres factores. Método: Se ha utilizado una muestra de 93 participantes, divididos en dos grupos, el grupo de AAV (N=29) y el grupo control (N=64) a quienes se les ha administrado el *ERQ*, el *MCQ-30*, el *MCQLI-Sp*, el *HPSVQ* y el *RAHQ* (estos dos últimos sólo al grupo de AAV). Resultados: Se ha encontrado diferencias significativas entre el grupo de AAV y el grupo control, donde el grupo de AAV presenta mayores niveles de supresión, menores niveles de reevaluación y mayores niveles en todas las subescalas del *MCQ-30* exceptuando en las subescalas de creencias negativas y confianza cognitiva. Respecto a la regulación emocional, la supresión se presenta como un importante predictor de varias de las características de las AAV. La severidad de las AAV, a su vez, actúa como principal predictor negativo de funcionamiento ocupacional y percepción de calidad de vida. En cuanto a la metacognición, la confianza cognitiva se presenta como el tercer predictor negativo de la percepción de calidad de vida. Por último, respecto a las estrategias comportamentales, las estrategias activas y de retirada se muestran como predictores positivos y principales de la severidad de las AAV y las estrategias de supresión, como cuarto predictor de la claridad de las AAV (con una relación negativa). No encontramos diferencias en el uso de las estrategias según el nivel de la severidad así como en el nivel de satisfacción, excepto para las estrategias de retirada, las cuales presentan mayores puntuaciones en satisfacción baja. Conclusiones: De acuerdo con los resultados, hemos podido establecer relaciones significativas entre algunas de las variables moduladoras con las características de las AAV y la calidad de vida, no obstante, nos hemos visto limitados por el tamaño y homogeneidad de la muestra, por lo tanto, para futuras líneas de investigación consideramos de interés utilizar una muestra más amplia y heterogénea con el fin de obtener resultados más estables.

Palabras clave: alucinaciones auditivas verbales, regulación emocional, metacognición, estrategias comportamentales, calidad de vida.

Abstract

Introduction: The most common hallucination in the spectrum of schizophrenia are auditory verbal hallucinations (AVH) and although for many patients, they are the most distressing feature, several studies have suggested that are other factors what cause high levels of distress more that the mere experience of hearing voices. The most studied factors have been emotional regulation, metacognition and behavioral strategies. Therefore, the objective of this study is to propose a psychological model where the AAV and the quality of life of voices hearers, are modulated by these three factors. **Method:** We used a sample of 93 participants, divided into two groups, the group of AVH (N = 29) and control group (N = 64) who were administered the *ERQ*, the *MCQ-30*, the *MCQLI-Sp*, the *HPSVQ* and the *RAHQ* (the latter two only to AVH group). **Results:** We found significant differences between the AVH and control group, where the AVH group have shown higher suppression levels, lower reappraisal levels and higher levels in all subscales of *MCQ-30* except in negative beliefs and cognitive confidence subscales. Regarding emotional regulation, suppression is presented as an important predictor of several characteristics of the AVH. Severity of the AVH, in turn, acts as the main predictor of occupational performance and perceived quality of life. Concerning metacognition, cognitive confidence appears as the third negative predictor of perceived quality of life. Finally, regarding behavioral strategies, active and withdrawal strategies are shown as positive and main predictors of severity of the AVH and suppression strategies, as a fourth predictor of clarity of the AVH (with a negative relationship). We found no differences in the use of strategies according to the severity level and the according the level of satisfaction, except for withdrawal strategies, which have higher scores on low satisfaction. **Conclusions:** According to the results, we were able to establish meaningful relationships between some of the modulatory variables with the characteristics of AVH and quality of life, however, we have been limited by the size and homogeneity of the sample, therefore, for future research it would be of interest to use a broader and more heterogeneous sample in order to obtain more stable results.

Keywords: Verbal auditory hallucinations, emotional regulation, metacognition, behavioral strategies, quality of life.

Extended Summary

Introduction

Hallucinations are a common feature in psychotic disorders. The most common hallucination in the spectrum of schizophrenia are the auditory verbal hallucinations (AVH). Although for many patients, the AVH are the most disturbing feature of schizophrenia, several studies suggest that are other factors what cause high levels of distress, more than mere experience of hearing voices.

One factor that has been taken into attention is emotional regulation (reappraisal and suppression). Some research has postulated that the overuse of suppression helps to maintain or intensify AVH, and in turn, this increased severity causes a disruption in social life, emotional well-being and overall quality of life.

Another factor is metacognition. It has been seen that patients with AVH show higher levels of dysfunctional metacognition, specifically in negative beliefs and in cognitive confidence compared to other disorders. Similarly, literature indicates that some of the metacognitive processes, such as cognitive confidence, self-awareness, the need to control thoughts, and especially negative beliefs, are associated with the distress associated with the voices (emotional well-being and perceived quality of life).

Finally, it has been also indicated that behavioral coping strategies (active, withdrawal and suppression strategies) can help to decrease severity of the AVH, as well as improve emotional well-being and perceived quality of life of voice hearers. Likewise, studies point out that active strategies produce greater satisfaction with the achieved relief. Lastly, regarding the effect of severity on the use of these behavioral strategies, it has been also noted that the higher the level of severity, the greater the preference of withdrawal strategies.

Thus, the aim of this study is to propose a psychological model where the AVH and the quality of life of voice hearers, are modulated by these three factors, emotional strategies, metacognitive strategies and behavioral strategies. Our hypotheses are, on the one hand, the group of AVH, will have greater level of suppression, lower level of reappraisal and higher level of metacognition (especially in negative beliefs and confidence cognitive) compared to the control group. On the other hand, regarding emotional strategies, it is predicted that the suppression will influence negatively AVH severity, and in turn, severity will influence social and emotional well-being as well as perceived quality of life. Regarding metacognitive strategies, it is expected that

cognitive confidence, cognitive self-awareness, the need to control thoughts and negative beliefs will affect psychological well-being and perceived quality of life, and, negative beliefs will be the best predictor of low emotional well-being and perceived quality of life. Finally, concerning behavioral strategies, two-way relationship will be explored, where on one hand, it is expected that greater severity, the greater the preference of withdrawal strategies, and on the other hand, it is hypothesized that the behavioral strategies will correlated negatively with AVH and positively with emotional well-being and perceived quality of life. To finish, according to literature, it is also expected that active strategies will have greater satisfaction on achieved relief.

Method

We used a sample of 93 participants, divided into two groups, AVH group (N = 29) and control group (N = 64) who were administered a set of questionnaires. Both groups implemented the questionnaires that measure emotional regulation (*ERQ*), metacognition (*MCQ-30*) and quality of life (*MCQLI-Sp*), and them the group AAV have also completed the questionnaire that measure AVH characteristics (*HPSVQ*) and the one that analyze the behavioral responses to AVH (*RAHQ*).

Results

The results show significant differences between AVH group and control group. AVH group show higher levels of suppression, lower levels of reappraisal and higher levels in all subscales of *MCQ-30* except in negative beliefs and cognitive confidence.

Regarding emotional regulation strategies, linear regression indicates that suppression is the main explanatory model of clarity, frequency at which obeys commands and second predictor in *HPSVQ*-Total (all with positive relationship).

Concerning the influence of the characteristics of hallucinations (*HPSVQ*) on the quality of life (*MQLI-Sp*), linear regression shows that frequency at which obeys commands is the main predictor for occupational functioning (negative relationship) and emotional well-being (positive relationship); frequency of voices is the best explanatory model for perceived quality of life (with a negative relationship) and clarity is the best explanatory model of community support and service (with a positive relationship).

Regarding metacognition, linear regression shows that cognitive confidence is the second explanatory model of emotional well-being (with a positive coefficient) and third explanatory model of perception of quality of life (with a negative coefficient).

About behavioral strategies, linear regression reveals that active strategies are the main explanatory model for negative content, volume of voices, and HPSVQ-total and second explanatory model for clarity (with a positive coefficient for all the variables); withdrawal strategies are the main predictor for interference, distress and how bad voices make you feel, and the third one for clarity (with a positive coefficient for all but the latter); finally suppression strategies are observed as the fourth predictor of clarity (with a negative coefficient). Moreover, results in ANOVA mean comparison indicate that there are no significant differences in the use of strategies depending on the level of severity. Finally, Student's t-test results indicate no significant differences in satisfaction on the use of behavioral strategies, except for withdrawal strategies, where higher scores are presented in low satisfaction.

Conclusion

According to the results, regarding emotional regulation, we can confirm that the AVH group uses more suppression and less reappraisal compared to control group. Moreover, we can say that suppression acts as a predictor for some of the characteristics of AVH and these in turn affect social well-being and perceived quality of life, but not the emotional well-being.

Regarding metacognition, we found no significant differences between AAV group and control group for cognitive confidence and negative beliefs, as we predicted, but for the other subscales. Concerning the influence of metacognition on quality of life, we have not found the negative influence expected of the different variables of metacognition in emotional well-being and perceived quality of life, except cognitive confidence, which does appear as an important negative predictor in the perception of quality of life. Finally, with regard to behavioral strategies, contrary to our predictions on AVH, results show that active and withdrawal strategies act as positive predictors of severity, nevertheless, concerning the influence on quality of life, we did find that active strategies act as a positive predictor of emotional well-being, and withdrawal strategies act as a positive predictor of perceived quality of life. About the influence of the level of severity on behavioral strategies, we have not found significant differences on the use of behavioral strategies, and regarding satisfaction, there is neither any difference, except for withdrawal strategies, which score higher in low satisfaction.

Although we found many limitations in the study, the main problem in establishing the psychological model has been both the size and homogeneity of our sample, therefore for future research we propose to use a wider and more heterogeneous sample in order to develop results more stable.

Keywords: Verbal auditory hallucinations, emotional regulation, metacognition, behavioral strategies, quality of life.

Introducción

Las alucinaciones se describen como “la experiencia de percepción sensorial en ausencia del correspondiente estímulo externo” (David, 1999) y son una característica común dentro de los trastornos psicóticos. El tipo de alucinación más común dentro del espectro de la esquizofrenia son las alucinaciones auditivas verbales (AAV), con una prevalencia aproximada del 70% (McCarthy-Jones, 2012). Pero este fenómeno no solo se limita a pacientes clínicos, de hecho algunos estudios muestran que individuos sin dificultades psiquiátricas también pueden ser escuchadores de voces (Hill y Linden, 2012; Honig y cols., 1998). Aunque para muchos pacientes, las AAV son la característica más molesta de la esquizofrenia (Masand y Berry, 2000), se ha observado que la escucha de voces no siempre está relacionada con malestar mental y emocional (Oorschot y cols., 2012; Sanjuan, Gonzalez, Aguilar, Leal y Van Os 2004). Modelos cognitivo-comportamentales postulan que son otros los factores los que provocan elevados niveles de malestar más que la mera experiencia de la escucha de voces (Chadwick y Birchwood, 1994; Baker y Morrison, 1998; Morrison, 2001). Tres factores que pueden ayudar a regular (o empeorar) la experiencia de las voces son la regulación emocional (Badcock, Larøi, Diederer y Allen, 2013), la metacognición (Brett, Johns, Peters y McGuire, 2009) y las estrategias comportamentales (Haddock, Slade, Bentall, Reid y Faragher, 1998).

La regulación emocional y las AAV

La regulación emocional se entiende como la capacidad que tienen los individuos para influir sobre las emociones que tienen, cuando las tienen, cómo las experimentan y cómo las expresan (Gross, 1999). Un número considerable de estudios coinciden en afirmar que la psicopatología surge en parte debido a “un proceso de regulación deficiente”, ya sea por el tipo de estrategia utilizada o como producto de una diferenciación afectiva poco desarrollada (Feldman, 2001; Bradley, 2000); Este es el caso de la esquizofrenia, dónde se ha observado que los pacientes con ésta patología sufren un procesamiento emocional deficiente (Edwards, Pattison, Jackson y Wales, 2001; Kohler y cols., 2003; Aleman y Kahn, 2005).

Las estrategias más estudiadas para lidiar con las AAV son la reevaluación y la supresión emocional (Frijda, 1988; Gross, 1998). La reevaluación se define como una estrategia cognitiva que ayuda a reinterpretar el significado de información emocionalmente significativa (John y Gross, 2007) mientras que la supresión emocional, o expresiva, es una estrategia conductual dirigida a inhibir las conductas

asociadas con la respuesta emocional (es decir, expresiones faciales, expresiones verbales y gestos) (Goldin, McRae, Ramel y Gross, 2009). Aunque es cierto que ambas estrategias ayudan a aliviar el malestar (Goldin y cols., 2009), algunos estudios indican que la supresión emocional es una estrategia inefectiva para reducir la experiencia del malestar. Señalan que el uso excesivo de esta estrategia conduce a un peor control emocional, empeoramiento de la memoria, menores niveles de felicidad, pobres interacciones sociales y depresión (Gross, 2002; Gross y John, 2003). Por el contrario, la reevaluación tiene resultados más favorables, como menores síntomas de depresión mayor satisfacción con la vida y mayor autoestima (Cutuli y Cutuli 2014).

Se ha observado que los pacientes con esquizofrenia tienen una clara preferencia a utilizar como estrategia de regulación emocional la supresión emocional, a diferencia de los pacientes sanos, quienes utilizan más reevaluación (Van der Meer, van 'T Wout y Aleman, 2009).

Esta preferencia quizá se explique por los hallazgos encontrados en estudios recientes, quienes mostraron que los individuos con alto riesgo de desarrollar psicosis mostraban una menor activación del córtex prefrontal ventromedial izquierdo durante la reevaluación de las emociones negativas comparado con los individuos sanos, sugiriendo que tienen menos éxito utilizando la reevaluación y consecuentemente mayor efecto negativo en los síntomas psicóticos (Westermann, Rief y Lincoln, 2014). Asimismo, se ha observado que el adecuado uso de la regulación emocional recae sobre el funcionamiento ejecutivo (Gyurak y cols., 2009), el cual está dañado en los pacientes con esquizofrenia. Las diversas formas de control inhibitorio comparten recursos limitados de las habilidades ejecutivas (Baumeister, Vohs y Tice 2007; Goldin, McRae, Rame y Gross, 2008). A pesar del alivio inmediato que produce, la tendencia a utilizar la inhibición de la expresión emocional para manejar emociones no deseadas, como la ansiedad, puede contribuir a desarrollar o mantener las AA debido un uso excesivo de este recurso, y consecuentemente puede agravar su severidad. (Waters, Badcock, Maybery y Michie, 2003). Esto es congruente con el estudio de Badcock y cols. (2013) quienes encontraron una correlación positiva entre el uso de la supresión emocional y la severidad de las AAV (frecuencia, duración y volumen) así como una interrupción en la vida social (funcionamiento ocupacional, apoyo de la comunidad, satisfacción vida social etc.) como resultado de las alucinaciones presentes. Srivastava, Tamir, McGonigal, John y Gross (2009) argumentan que la afectación en el ámbito social puede deberse a que la supresión emocional limita la información

emocional observable por los demás, lo que provoca poca cercanía, bajo apoyo social y baja satisfacción social.

Metacognición y las AAV

Chadwick y Birchwood (1994) observaron que las reacciones a las voces estaban mediadas por las creencias sobre la voces (identidad, poder, propósito y consecuencias sobre la obediencia y desobediencia de las voces), por lo que desarrollaron el *Belief about Voices Questionnaire* (BAVQ) con el fin de medir los conceptos de malevolencia, benevolencia, resistencia y compromiso. En un estudio posterior, estos mismo autores encontraron que las voces malévolas estaban relacionadas con miedo y enfado, y eran evitadas, mientras que las voces benévolas eran asociadas con efectos positivos y que los individuos se comprometían con ellas (Chadwick y Birchwood, 1997). No obstante, estos hallazgos son informativos, y no implican causalidad, por lo que Van Oosterhout y cols., (2014) decidieron estudiar el efecto de una posible tercera variable que explicara la covarianza entre creencias sobre las voces y malestar, y se centraron en las creencias metacognitivas. La metacognición hace referencia a la conciencia y comprensión de los procesos cognitivos e implica un seguimiento y control continuo de los pensamientos y comportamiento. (Nelsons y Narens, 1990). Estos autores descubrieron que las creencias negativas sobre las voces (malevolencia y omnipotencia) estaban asociadas a las creencias metacognitivas, específicamente con la subescalas de creencias negativas y de necesidad de controlar los pensamientos del MCQ-30, y que estas explicaban mucho mejor las diferencias en los niveles de depresión y ansiedad comparado con las creencias sobre las voces en pacientes que sufrían de AAV. Estos resultados también se encontraron en estudios previos donde observaron que los síntomas de la depresión y la ansiedad son mejor explicados por las creencias disfuncionales sobre los procesos cognitivos y la preocupación, y no se explican por las creencias disfuncionales (no metacognitivas) acerca de las voces (Van Oosterhout, Krabbendam, Smeets y Van Der Gaag, 2013).

Morrison y Wells (2003) también observaron que los procesos metacognitivos disfuncionales eran un factor de vulnerabilidad para los trastornos psicológicos en general, y para la psicosis en particular. Se observó que los pacientes con AAV mostraban niveles más elevados de metacognición disfuncional comparado con pacientes con trastorno paranoide, con trastorno de pánico o con el grupo control de no-pacientes. Más específicamente, encontraron que los pacientes con AAV

comparado con el grupo paranoide, tenían puntuaciones mayores en creencias negativas sobre la incontrolabilidad y peligro, creencias negativas sobre los pensamientos en general y falta de confianza cognitiva. Estos resultados han sido replicados en estudios recientes, donde encontraron que los pacientes en estado mental de alto riesgo mostraban niveles mucho más elevados en diferentes dominios de la metacognición comparado con voluntarios sanos, en concreto en creencias negativas sobre la incontrolabilidad y peligro y en creencias negativas sobre la responsabilidad, castigo y superstición (Barkus y cols., 2010).

Estudios recientes señalan que las creencias negativas metacognitivas no están asociadas a la presencia de las voces en sí, sino más bien al grado de malestar asociado a esas experiencias (Brett y cols., 2009; Hill y Linden, 2012). Spada, Mohiyeddini y Wells (2008) realizaron un estudio con el objetivo de hallar las creencias metacognitivas asociadas al malestar emocional. Los resultados indicaron que las creencias metacognitivas negativas sobre la preocupación de incontrolabilidad y peligro eran el mejor predictor de la depresión y ansiedad. Asimismo, encontraron que la confianza cognitiva, la necesidad de controlar mis pensamientos y la autoconciencia cognitiva predecían (aunque débilmente) la depresión pero no la ansiedad. Brett y cols., (2009) encontraron que la subescala de necesidad de controlar mis pensamientos del MCQ-30 predecía significativamente el malestar asociado a las voces, incluso después de controlar el efecto de la ansiedad general. Esto resultados fueron replicados por Hill y cols., (2012), y también se observó una relación significativa, no obstante esta relación desaparecía tras controlar el efecto de grupo.

De esta forma, las creencias metacognitivas puede que no representen un factor específico en la etiología de las AAV (Brett y cols., 2009; Varese y Bentall, 2011; Varese, Barkus y Bentall 2011), sino más bien están asociadas al malestar psicológico y la necesidad de cuidados (Hill y Linden, 2012).

Estrategias conductuales en las AAV

Aunque las estrategias de afrontamiento para lidiar con los síntomas de la esquizofrenia son tan antiguas como el mismo trastorno (Jaspers, 1913/1963), el estudio científico de las mismas no ha emergido hasta estas dos últimas décadas. Las estrategias de afrontamiento “naturales” podrían definirse como las acciones tomadas para mejorar las síntomas o para regular las emociones que se asumen que han sido

elegidas e implementadas sin la ayuda de profesionales (Farhall, Greenwood y Jackson, 2007).

La eficacia de las estrategias de afrontamiento para manejar los síntomas positivos, incluidas las AAV, han sido investigadas extensamente, no obstante los resultados son inconsistentes (Knudson y Coyle, 1999; Farhall y cols., 2007). Aunque parece haber un acuerdo general entre la mayoría de investigadores en que la mayoría de la población adopta técnicas de afrontamiento (Falloon y Talbot, 1981; Tarrier 1987), y muchas de ellas son beneficiosas, como por ejemplo la distracción (e.g. jugar a un juego, hacer una tarea, tocar un instrumento, incrementar el contacto interpersonal; Carter, Mackinnon y Copolov, 1996; Farhall y Voudouris, 1996; Crawford-Walker, King, y Chan, 2005), la relajación (dormir, hacer meditación/yoga; Farhall y Voudouris, 1996) o el uso de tapones par los oídos (Carter y cols., 1996), no existe acuerdo sobre la identificación de estrategias efectivas (Mann y Pakenham, 2006).

Si bien desconocemos la eficacia de las diferentes estrategias comportamentales de forma aislada, la literatura señala que los individuos con AAV pueden beneficiarse significativamente de su aprendizaje y reducir la severidad de sus síntomas (Haddock y cols., 1998). Buccheri, Trygstad, Kanas y Dowling (1997) implantaron un curso de 12 semanas para aprender estrategias comportamentales en una muestra de pacientes con esquizofrenia y AAV persistentes, y se observó una mejora en la claridad, tono y distraibilidad, mejoras que se mantuvieron durante 12 semanas. Resultados similares fueron obtenidos para la ansiedad y la depresión. Más recientemente, Trygstad y cols. (2002) obtuvo resultados afines en un curso de 10 semanas, donde se observaron mejoras en la frecuencia, autocontrol, claridad, tono, distraibilidad y malestar, así como en depresión y ansiedad comparada con las puntuaciones pretest.

Existen diversos estudios que proponen diferentes agrupaciones de estrategias para lidiar con los síntomas psicóticos (Cohen y Berk, 1985; Carr y Katsikitis, 1987; Tarrier, 1987; Thurm y Haefne, 1987; Kumar, Thara, y Rajkumar, 1989; Dittman y Schuttler, 1990; McNally y Goldberg, 1997; Boschi, Adams, Bromet, Lavelle, Everett y Galambos, 2000; Bak, Van der Spil, Gunther, Radatake, Delespaul y Van Os, 2001), no obstante, nosotros nos centraremos en la agrupación propuesta por Mann y Pakehnham (2006). Estos autores crearon el *Responses to Auditory Hallucinations Questionnaire* (RAHQ), un cuestionario que pretende analizar las respuestas cognitivo-comportamentales a las AAV, respuestas que se pretenden como mediadoras entre la severidad de los síntomas y el grado de adaptación. Propusieron tres subescalas: la

subescala de estrategias activas, la subescala de estrategias de retirada y la subescala de estrategias de supresión. Encontraron que las estrategias activas se relacionaban con aquellos individuos que evaluaban las AAV más favorablemente; la subescala de retirada se vinculó con los individuos con mayor severidad en las AAV, con mayores niveles de ansiedad y depresión y con una peor evaluación de las AAV y la subescala de supresión se relacionó con el manejo de episodios estresantes.

Por lo tanto, la literatura nos indica que existe una influencia positiva de las estrategias comportamentales sobre la sintomatología de las AAV, sin embargo, los resultados obtenidos por Maan y Pakenham (2006) nos ofrece una ventana para explorar la influencia que las mismas características de las AAV tienen en el uso de las estrategias comportamentales, intuyendo la existencia de preferencias de estrategias de afrontamiento según el tipo de perfil psicótico.

El presente estudio

El presente estudio pretende explorar aquellos factores que modulan la severidad y malestar emocional asociado a las voces así como el impacto que tienen en la calidad de vida de los individuos que las sufren. Para ello, hemos focalizado nuestra atención en las diferentes estrategias que se emplean para lidiar con las voces que son: las estrategias de regulación emocional, las estrategias o procesos metacognitivos y por último las estrategias comportamentales.

Tras revisar la literatura, el objetivo del estudio es proponer un modelo psicológico donde la piedra angular serán las características de las voces y el malestar asociado (índice de calidad de vida) y sobre él actuarán como moduladores las diferentes estrategias (Ver Figura 1). Con este objetivo, analizaremos estas variables sobre una muestra de pacientes con AAV, cuyos resultados serán comparados con una muestra no clínica con el fin de poder contrastar nuestras hipótesis.

Primeramente, respecto a las estrategias de regulación emocional, y de acuerdo con la literatura, predecimos que:

1. El grupo con AAV tendrá mayor uso de la supresión comparado con el grupo control y que a su vez.
2. El grupo con AAV utilizará menos la reevaluación comparado con el grupo control
3. El uso de la supresión correlacionará e incrementará la severidad de las AAV (frecuencia, volumen y duración)

4. La severidad de las AAV afectará negativamente:
 - a. Al bienestar social (funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo socio-emocional y apoyo comunidad-servicios)
 - b. Al bienestar emocional
 - c. A la calidad de vida.

En segundo lugar, respecto a los procesos metacognitivos, hipotetizamos que:

5. El grupo con AAV tendrá mayores puntuaciones en metacognición que el grupo control, específicamente en creencias negativas y confianza cognitiva
6. El bienestar psicológico y la percepción de calidad de vida se verán afectados negativamente por:
 - a. La confianza cognitiva
 - b. La autoconciencia cognitiva
 - c. Las creencias negativas
 - d. La necesidad de controlar mis pensamientos afectarán
7. Las creencias negativas será la variable de metacognición que más influirá negativamente al bienestar psicológico y calidad de vida del sujeto.

Para terminar, aunque las estrategias comportamentales se hayan estudiado exhaustivamente durante estas últimas décadas, los resultados son inconsistentes (Mann y Pakenham, 2006), por lo tanto, el presente estudio pretende explorar la relación bidireccional que existe entre las características de las AAV y las estrategias comportamentales, así como el impacto en la calidad de vida de los sujetos. Por un lado, tomando las estrategias comportamentales como variable dependiente (VD) predecimos, de acuerdo con el estudio de Mann y Pakenham (2006) que:

8. A mayor severidad, mayor uso de las estrategias de retirada.

En cuanto a la relación inversa, es decir la influencia de las estrategias comportamentales sobre las características de las alucinaciones (VD) así como en el impacto de la calidad de vida, la literatura nos señala una correlación negativa sobre algunas de las características que forman la severidad (frecuencia, volumen, interferencia, malestar y claridad) y que además, influyen positivamente sobre el bienestar emocional y calidad de vida del sujeto (Haddock, y cols., 1998; Buccheri, Trygstad, Kanas y Dowling, 1997; Trygstad y cols., 2002), no obstante, estos resultados son sobre el uso general de las estrategias comportamentales. La literatura, presenta resultados diversos sobre la influencia de las diferentes subescalas de las estrategias comportamentales sobre la severidad de las AAV así como del malestar

asociado (Knudson y Coyle, 1999; Farhall y cols., 2007). Un estudio fue el de Boschi y cols., (2000), quienes observaron la frecuencia y eficacia de las estrategias de afrontamiento, clasificándolas en activas, las cuales podían ser cognitivas o comportamentales, y evitativas. Encontraron que las estrategias activas-cognitivas eran las más utilizadas, mientras que las estrategias activas-comportamentales eran más las útiles para tratar con los síntomas positivos. Por lo tanto, partiendo de los resultados de estudios previos así como de los presentados por los propios autores del RAHQ, pretendemos explorar la relación específica de las estrategias comportamentales sobre las características de las AAV y el bienestar y calidad de vida, partiendo de la hipótesis que:

9. Las estrategias comportamentales tendrán un correlación negativa con severidad
10. Las estrategias comportamentales tendrán un correlación positiva con bienestar emocional y percepción de calidad de vida
11. Las estrategias activas tendrán una satisfacción elevada por el alivio conseguido.

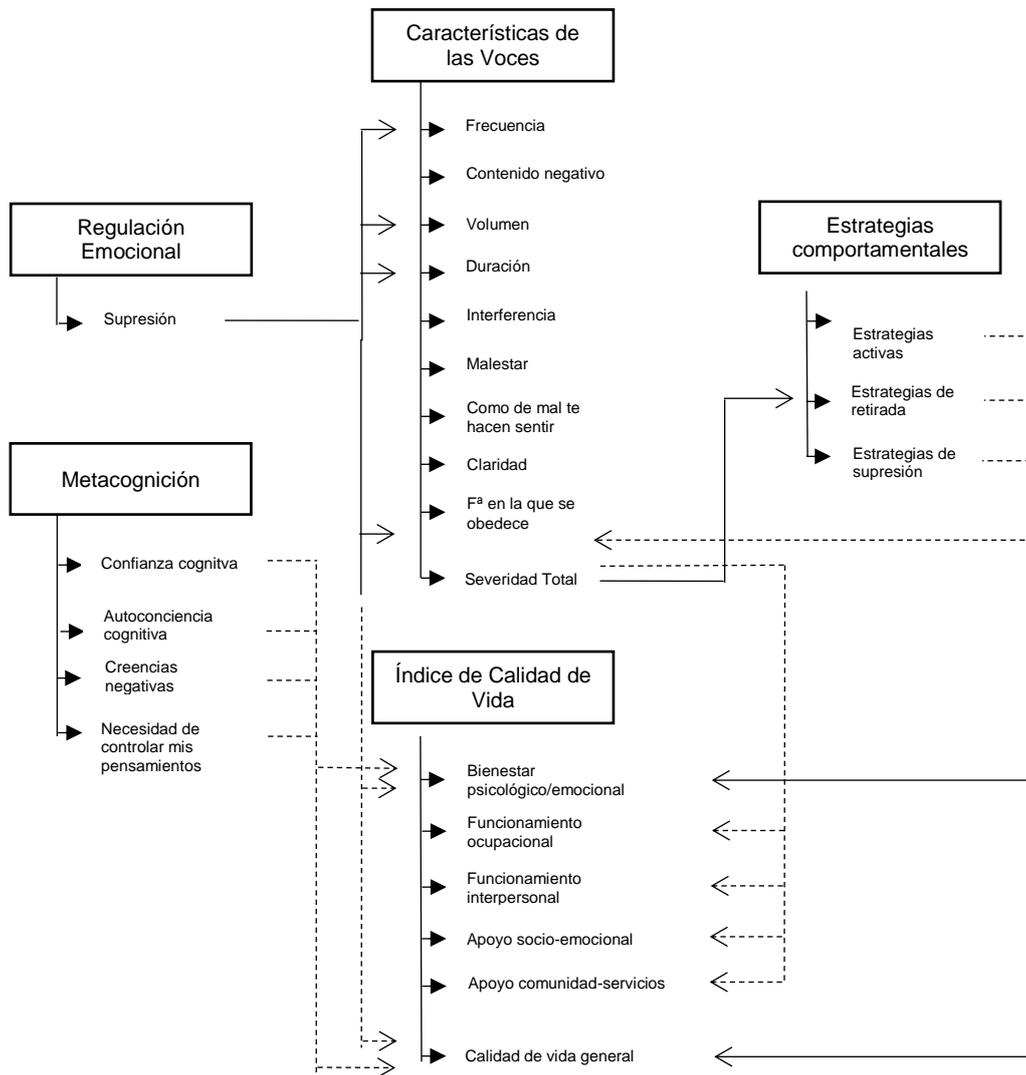


Figura 1. Modelo Psicológico Hipotético. Las líneas continuas son las asociaciones hipotéticas positivas. Las líneas discontinuas son las asociaciones hipotéticas negativas.

Método

Participantes

La muestra está compuesta por 93 participantes separados en dos grupos, dependiendo de si tienen alucinaciones auditivas verbales (AAV) o no (grupo control). El grupo con AAV está formado por 29 sujetos con una media de edad de 35,5 (11,05), de los cuales 18 son hombres y 11 mujeres. El 37,9% tienen estudios primarios mientras que el 62,1% son universitarios o con estudios superiores. De los 29 sujetos, el 79,3% provienen del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de la Comunidad de Madrid, el 10,35% de consulta privada y el 10,35% restante de la población general. En cuanto al grupo control, lo conforman 64 participantes con una edad media de 29 (8,93), significativamente menor (Valor t -2,804 $p < 0,05$) al grupo de AAV. De los 64 participantes, 16 son hombres y 48 son mujeres, asimismo, el 92,2% son universitarios o con estudios superiores, mientras que el resto, el 7,8%, tiene estudios primarios (Ver tabla 1 y 2).

Tabla 1

Distribución género según el grupo

Tabla de contingencias Género*Grupo

Género	Grupo		Total
	Control	AAV	
Hombres	16 (25%)	18 (62,1%)	34 (36,6%)
Mujeres	48 (75%)	11 (37,9%)	59 (63,4%)
Total	64 (100%)	29 (100%)	93 (100%)

Valor chi-cuadrado 11,824^a $p < 0,005$

Tabla 2

Distribución nivel de estudios según el grupo

Tabla de contingencias Estudios*Grupo

Estudios	Grupo		Total
	Control	AAV	
Primarios	5 (7,8%)	11 (37,9%)	16 (17,2%)
Universitarios/Superiores	59 (92,2%)	18 (62,1%)	89,8 (93%)
	64 (100%)	29 (100%)	93 (100%)

Valor chi-cuadrado 12,709^a $p < 0,001$

Medidas

The Hamilton Program for Schizophrenia Voices Questionnaire (HPSVQ; Lieshout y Goldberg, 2007). El HPSVQ tiene como objetivo evaluar las características y contenido de las AAV así como el impacto subjetivo que éstas provocan en el individuo. Está formado por 13 ítems, de cuales, los 9 primeros describen en cada uno de ellos un rasgo de las AAV (1. frecuencia de las voces, 2. cómo de negativo es el contenido, 3. volumen de las voces, 4. duración, 5. interferencia en la vida, 6. malestar, 7. cómo de mal te hacen sentir las voces, 8. claridad de las voces y 9. frecuencia en la que se obedecen las voces) y el participante tiene que responder en una escala Likert de 5 puntos el impacto de las características (e.g. 0=ninguna voz me molesta 4=muy molestas). Los 4 ítems restantes evalúan aspectos cualitativos de las AAV, no obstante, no son añadidos al cálculo del HPSVQ total. Se propuso que un total de 0-7 indica ausencia de presencia mínima de AVH, de 8-13 es indicativo de severidad baja, de 14-25 señala severidad moderada y una puntuación mayor de 26 revela una severidad elevada de AAV.

Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal y Gross, 2013). El Cuestionario de Regulación emocional es un cuestionario adaptado al castellano del *Emotional Regulation Questionnaire* (ERQ) (Gross y John, 2003). Este cuestionario, formado por 10 ítems, permite evaluar las diferencias en el uso habitual de dos estrategias de regulación emocional: reevaluación cognitiva (6 ítems), la cual hace referencia a en qué medida las personas suelen intentar cambiar a nivel cognitivo el impacto emocional que determinada situación les genera (Por ejemplo: "Cuando quiero sentir más emociones positivas, cambio mi manera de pensar sobre la situación"), y supresión emocional (4 ítems), concepto que refiere a en qué medida la persona opta por inhibir su comportamiento expresivo (Por ejemplo, "Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas"). Los participantes responden en base a una escala Likert de 7 puntos (1=totalmente desacuerdo, 7=totalmente de acuerdo).

Cuestionario de Meta-cogniciones 30 (MCQ-30; Ramos-Cejudo, Salguero y Cano-Vindel, 2013). El MCQ-30 es la versión adaptada al castellano del *Meta-Cognitions Questionnaire 30* (MCQ-30) (Wells y Cartwright-Hatton, 2004). Este cuestionario evalúa las diferencias individuales en las creencias metacognitivas, juicios y tendencias de supervisión. Está compuesto por 30 ítems que se responden en una escala de 1 ("nada de acuerdo") a 4 ("completamente de acuerdo"). Los ítems se organizan en 5 subescalas: confianza cognitiva (e.g. "no confío en mi memoria"),

creencias positivas (e.g. “estar preocupado me ayuda a evitar problemas en el futuro”), auto-conciencia cognitiva (e.g. “me fijo mucho en cómo funciona mi mente”), creencias negativas (e.g. “las preocupaciones que tengo pueden hacer que me vuelva loco”) y necesidad de controlar los pensamientos (e.g. “ciertos pensamientos siempre deben ser controlados”).

Responses to Auditory Hallucinations Questionnaire (RAHQ; Mann y Pakenham, 2006). El RAHQ mide las respuestas que los individuos con AAV llevan a cabo cuando escuchan voces. Inicialmente el cuestionario constaba de 27 ítems, pero más tarde fue reducido a 18 ítems agrupados en tres subescalas diferenciadas: estrategias activas, las cuales implican distraer al individuo del estresor (e.g. “intento pasar más tiempo con otra gente”) estrategias de retiradas, implica conductas de huida o de retirada a través del abuso de sustancias (e.g. fumo y/o tomo alcohol) y estrategias de supresión, donde el sujeto evita enfrentarse a las voces (e.g. “intento ignorar las voces, o me fuerzo a no prestarles atención”). Adicionalmente, se solicita a los participantes que indiquen con qué frecuencia realizan X respuesta cuando escuchan voces en una escala de: nunca (1), a veces, pero no a menudo (2), a menudo (3) y cada vez, o al menos, cada vez que surge el problema (4).

Índice Multicultural de Calidad de Vida (MQLI-Sp) (Mezzich, y cols., 2000). Es un instrumento autoadministrable para evaluar la calidad de vida. Está compuesto por 10 ítems seguidos de una breve descripción en cada uno de ellos. Evalúa 10 dimensiones: 1) bienestar físico, 2) bienestar psicológico/emocional, 3) autocuidado y funcionamiento independiente, 4) funcionamiento ocupacional, 5) funcionamiento interpersonal, 6) apoyo socio-emocional, 7) apoyo de la comunidad y servicios, 8) realización personal, 9) realización espiritual y 10) calidad de vida general. Los participantes tienen que responder en una escala de 1 al 10 (de “muy malo” a “excelente”).

Procedimiento

Primeramente, para poder administrar los cuestionarios a una muestra española, el HPSVQ y el RAHQ, a falta de las respectivas validaciones en población española, fueron traducidos al español por un profesor bilingüe y retrotraducido al inglés por otro profesor bilingüe, obteniendo versiones casi idénticas a las originales. Una vez reunidos todos los cuestionarios, realizamos un formulario virtual en el que al inicio del mismo, advertimos a los participantes que se les harían preguntas muy personales por si preferían contestarlo más tarde y de esta forma evitar posibles interferencias de

variables extrañas a la hora de contestar los diferentes cuestionarios. (Ver advertencia en Anexos: Imagen 1). El formulario fue enviado a través de las redes sociales para obtener resultados de la población general. Además, utilizamos la técnica de bola de nieve pidiendo a los participantes que enviaran el formulario a conocidos con el fin de recoger el mayor número posible de muestra. En cuanto a la población clínica, los cuestionarios fueron administrados de forma voluntaria a pacientes psicóticos del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) de la Comunidad de Madrid en formato papel. Un profesional estuvo con ellos durante la realización del conjunto de cuestionarios con el fin de aclarar cualquier tipo de duda. Por último, también fue administrado de forma voluntaria y en formato papel a pacientes de una consulta privada. Tras un mes recogiendo datos, procedimos al análisis de los datos.

Las instrucciones que seguían los pacientes y los cuestionarios aparecen en Anexos (Cuestionario 1-5).

Análisis de datos

Para analizar los datos hemos utilizado el programa estadístico SPSS Versión 20.0. Primeramente, hemos empleado un análisis de varianza (ANOVA) con el fin de contrastar la igualdad de medias de los diferentes cuestionarios entre el grupo control y el grupo AAV en función del género. Seguidamente, se han realizado las correlaciones parciales, también en función del género, tanto del HPSVQ como del MCQLI-Sp con los diferentes cuestionarios. Asimismo, con el objetivo de estudiar la dirección de las distintas correlaciones y contrastar nuestras hipótesis, hemos realizado un par de regresiones lineales, considerando como variables dependientes (VD) el HPSVQ, el MQLI-SP y el RAHQ. Por último, se ha realizado un ANOVA para comparar las medias de las subescalas del RAHQ sobre el grado de severidad de las AAV (HPSVQ-total) y se ha empleado una comparación de medias para muestras independientes (T de Student), ya que con ello, hemos querido evaluar si existen diferencias significativas entre las medias de las diferentes subescalas del RAHQ en una misma VD (Satisfacción).

Resultados

Los resultados fueron los siguientes:

Tabla 3

Resultado de ANOVA de comparación de medias entre grupo control y grupo AAC

Subescalas	Grupo Control		Grupo AAV			F	
	1	2	1	2	3	4	3*4
Creencias positivas	10,62 (4,01)	8,77 (3,35)	11,05 (4,5)	13,09 (4,43)	6,59*	0,01	4,41*
Creencias negativas	12,5 (4)	10,77 (3,14)	12,72 (4,2)	12,9 (4,3)	1,79	0,76	1,18
Confianza cognitiva	10,81 (4,24)	11,5 (4,4)	12,44 (5,22)	10,72 (4,64)	0,15	0,22	1,20
Necesidad de controlar los pensamientos	10,43 (4,08)	8,85 (2,85)	11,16 (3,14)	11,18 (3,21)	4,00*	1,05	1,09
Autoconciencia cognitiva	14,43 (4,78)	12,45 (3,42)	15,38 (3,16)	17,72 (2,64)	13,18***	0,04	6,35*
Reevaluación	27,5 (7,92)	30,23 (7,58)	24,94 (4,92)	25,27 (5,17)	5,05*	0,83	0,51
Supresión	13,88 (5,77)	10,58 (5,11)	18,44 (2,57)	18,55 (5,373)	28,54***	1,85	2,09
bienestar físico	6,68 (2,27)	7,20 (1,99)	6,66 (1,87)	6,54 (1,75)	0,50	0,17	0,44
bienestar emocional	6,75 (2,72)	7,35 (1,92)	5,61 (1,33)	5,9 (1,81)	7,40**	0,90	0,10
Autocuidado y funcionamiento independiente	8,00 (1,46)	8,75 (1,66)	7,61 (1,71)	7,72 (1,61)	3,22	1,21	0,64
F. ocupacional	7,43 (2,12)	8,27 (1,48)	7,05 (2,31)	7,00 (1,94)	3,52	0,78	1,01
F. interpersonal	7,75 (2,49)	8,10 (1,66)	7,38 (1,88)	7,00 (1,54)	2,70	0,00	0,69
Apoyo socio-emocional	8,31 (2,05)	8,41 (1,96)	7,44 (2,4)	7,18 (2,08)	4,42*	0,02	0,13
A. Comunitario y de servicios	7,43 (1,82)	7,72 (1,89)	6,66 (2,19)	6,54 (2,25)	4,20*	0,03	0,18
Plenitud personal	7,43 (2,30)	7,41 (1,99)	6,66 (1,97)	6,18 (2,31)	4,02*	0,25	0,21
Plenitud espiritual	4,5 (3,16)	5,45 (3,17)	4,11 (2,98)	4,72 (2,68)	0,57	1,13	0,05
Percepción Calidad de Vida Global	7,68 (2,12)	7,77 (1,71)	6,72 (1,67)	6,72 (2,00)	5,32*	0,01	0,00

*p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

1=Hombre; 2=Mujer; 3=Grupo; 4=Género

En la Tabla 3 podemos ver la comparación de medias de las diferentes subescalas de los cuestionarios MCQ-30, ERQ y el MCQLI-Sp entre el grupo de AAV y el grupo control en función del sexo. Los resultados indican que en el cuestionario MCQ-30, existen diferencias significativas en la subescalas de creencias positivas, necesidad de controlar los pensamientos y autoconciencia cognitiva siendo mayor en el grupo con AAV. Además en las subescalas de creencias positivas y autoconciencia positiva, se muestra una interacción entre género y grupo, siendo mayor en el grupo de mujeres con AAV. En el cuestionario ERQ, observamos diferencias significativas en ambas subescalas, reevaluación y supresión, siendo reevaluación superior en el grupo control y supresión en el grupo de AAV. Por último, los resultados en el MCQLI-Sp, muestran diferencias significativas en el bienestar emocional, apoyo socio-emocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal y percepción de la calidad de vida global siendo mayor en el grupo control.

Tabla 4

Correlación parcial en función del género de los diferentes cuestionarios con el HPSVQ

		HPSVQ									
		Fa Voces	Contenido negativo	Volumen voces	Duración	Interferencia	Malestar	Cómo de mal Te hacen Sentir	Claridad	Fa obedece mandatos	HPSVQ total
MCQ-30	C. positivas	-0,08	0,21	0,19	0,04	-0,01	0,08	0,04	0,27	0,37	0,17
	C. negativas	-0,28	0,15	0,08	-0,34	-0,00	0,04	0,27	0,02	0,37*	-0,01
	Confianza cognitiva	-0,06	0,26	0,14	-0,34	0,07	0,18	0,26	-0,14	0,37*	0,08
	Necesidad de controlar los pensamientos	-0,16	-0,03	0,06	-0,32	-0,13	-0,04	-0,03	0,07	0,20	-0,10
	Autoconciencia cognitiva	-0,24	0,10	0,09	-0,26	-0,10	-0,06	0,06	0,01	0,24	-0,07
ERQ	Reevaluación	-0,00	0,15	0,11	0,06	-0,10	0,27	0,29	-0,08	0,00	0,17
	Supresión	0,22	0,35	0,26	0,23	0,18	0,24	0,20	0,56**	0,39	0,5**
RAHQ	E. Activas	0,29	0,46*	0,44*	0,23	0,50**	0,45*	0,47*	0,48**	0,34	0,69***
	E. Retirada	0,18	0,35	0,32	0,29	0,51**	0,40*	0,47*	0,15	0,35	0,54**
	E. Supresión	0,29	0,04	-0,08	-0,18	-0,40*	-0,23	0,03	-0,07	0,21	-0,06

Continuación

		HPSVQ									
		F ^a Voces	Contenido negativo	Volumen voces	Duración	Interferencia	Malestar	Cómo de mal Te hacen Sentir	Claridad	F ^a obedece mandatos	HPSVQ total
MQLI-Sp	B. Físico	-0,30	-0,01	0,26	0,06	0,16	0,21	-0,00	0,38*	-0,34	0,10
	B. Emocional	-0,25	-0,34	-0,05	0,02	0,07	0,02	-0,31	0,13	-0,7***	-0,20
	Autocuidado y F. independiente	-0,21	-0,26	0,13	0,04	0,04	0,11	-0,22	-0,15	-0,44*	-0,17
	F. ocupacional	0,03	-0,23	0,02	-0,05	-0,05	-0,01	-0,20	0,08	-0,51**	-0,05
	F. interpersonal	-0,09	-0,19	-0,17	-0,23	-0,23	-0,28	-0,05	-0,16	-0,27	-0,27
	A. socio-emocional	-0,08	-0,29	-0,24	-0,04	-0,04	-0,16	0,06	0,01	-0,26	-0,18
	A. Comunitario y de servicios	-0,29	0,07	0,26	0,12	0,41*	0,37*	0,04	0,49**	-0,33	0,24
	Plenitud personal	-0,16	-0,28	-0,12	0,23	0,11	0,03	-0,26	0,03	-0,62***	-0,14
	Plenitud espiritual	-0,18	-0,29	-0,06	-0,00	-0,06	-0,05	-0,20	-0,10	-0,19	-0,22
	Percepción Calidad de Vida Global	-0,29	-0,25	-0,01	0,18	0,12	0,08	-0,20	0,11	-0,66***	-0,12

*p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

La tabla 4 nos muestra las correlaciones que existen entre los cuestionarios MCQ-30, RAHQ y MQLI-Sp con el HPSVQ. Observamos que en el MCQ-30 correlacionan de manera positiva las subescalas de creencias negativas y confianza cognitiva con la subescala de Frecuencia que obedece los mandatos del HPSVQ. Respecto al cuestionario de ERQ, los resultados nos indican correlaciones positivas en la subescala de supresión con claridad y HPSVQ-total. Para el cuestionario de RAHQ, observamos correlaciones positivas en la subescala de estrategias activas con contenido negativo, volumen de las voces, interferencia, malestar, cómo de mal te hacen sentir las voces, claridad y HPSVQ-total; la subescala de retirada muestra correlaciones positivas con interferencia, malestar, cómo de mal te hacen sentir las voces y HPSVQ-total; y la subescala de supresión correlaciona negativamente con interferencia. Por último, en el cuestionario MQLI-Sp, los resultados nos indican correlaciones positivas entre la subescala de bienestar físico con claridad y atención y servicios comunitarios con interferencia, malestar y claridad; Se observan correlaciones negativas entre bienestar emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, plenitud personal y percepción de calidad de vida con frecuencia en la que obedece las voces.

Tabla 5

Correlación parcial en función del género de los diferentes cuestionarios con el MQLI-Sp

		MQLI-Sp									
		B. físico	B. emocional	Autocuidado y F. Independiente	F. ocupacional	F. Interpersonal	A. socioemocional	A. comunidad y de servicios	Plenitud espiritual	Plenitud personal	Percepción calidad de vida global
MCQ-30	C. positivas	0,12	-0,4*	-0,1	-0,14	.0,23	-0,34	0,00	-0,56**	-0,16	-0,36
	C. negativas	-0,15	-0,51**	-0,29	-0,45*	-0,49**	-0,31	-0,14	-0,49**	-0,15	-0,5**
	Confianza cognitiva	-0,29	-0,6**	-0,17	-0,49*	-0,51**	0,4*	0,21	-0,51**	-0,26	-0,52**
	Necesidad de controlar los pensamientos	0,16	-0,39*	-0,00	-0,1	-0,27	-0,27	0,00	-0,51**	0,00	-0,39*
	Autoconciencia cognitiva	0,00	-0,28	-0,10	-0,34	-0,21	-0,13	-0,16	-0,3	-0,2	-0,3
ERQ	Reevaluación	0,09	0,03	0,07	0,09	-0,16	-0,15	-0,11	0,04	0,27*	0,12
	Supresión	-0,12	-0,44***	-0,17	-0,23***	-0,35**	-0,50***	-0,22	-0,4***	-0,13	-0,36***

Continuación

		MQLI-Sp									
		B. físico	B. emocional	Autocuidado y F. Independiente	F. ocupacional	F. Interpersonal	A. socioemocional	A. comunidad y de servicios	Plenitud espiritual	Plenitud personal	Percepción calidad de vida global
RAHQ	E. Activas	0,09	0,083	-0,13	-0,04	-0,06	0,12	0,20	-0,09	-0,29	-0,05
	E. Retirada	-0,09	0,05	-0,13	-0,19	-0,013	0,19	0,05	0,07	-0,03	0,05
	E. Supresión	0,07	-0,26	-0,17	0,1	0,12	-0,4*	-0,49**	-0,41*	-0,042	-0,27
HPSVQ	Fª voces	-0,3	-0,26	-0,21	-0,031	-0,09	-0,08	-0,3	-0,17	-0,19	-0,3
	Contenido negativo	-0,02	-0,34	-0,27	-0,23	-0,12	-0,3	-0,07	-0,29	-0,3	-0,26
	Volumen voces	0,27	-0,06	0,13	0,03	-0,18	-0,24	0,27	-0,12	-0,06	-0,01
	Duración	0,06	0,03	-0,03	0,26	-0,03	-0,05	0,12	0,23	-0,00	0,1
	Interferencia	0,17	0,07	0,04	-0,05	-0,23	-0,05	0,41*	0,1	-0,06	0,12
	Malestar	0,21	0,02	0,11	-0,01	-0,29	-0,17	0,37*	0,03	-0,05	0,08
	Cómo de mal de hacen sentir	-0,02	0,31	-0,22	-0,2	-0,06	0,06	0,04	-0,26	-0,2	-0,2
	Claridad	0,4*	0,13	-0,16	0,08	-0,16	0,01	0,5**	0,03	-0,1	0,11
	Fª en la que se obedecen mandatos	-0,35	-0,7***	-0,44*	-0,51**	-0,28	-0,27	-0,33	-0,62***	-0,2	-0,67***
	HPSVQ-total	0,1	-0,2	-0,17	-0,05	-0,28	-0,18	0,25	-0,14	-0,22	-0,12

*p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

La tabla 5 muestra las correlaciones de los cuestionarios MCQ-30, ERQ, RAHQ y HPSVQ con MQLI-Sp. Para el cuestionario MCQ-30 observamos que la subescala de creencias positivas correlaciona negativamente con bienestar emocional y plenitud espiritual; creencias negativas correlaciona de forma negativa con bienestar emocional, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, plenitud espiritual y percepción de calidad de vida global; la confianza cognitiva correlaciona negativamente con bienestar emocional, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo socioemocional, plenitud espiritual y percepción calidad de vida global; y la subescala de necesidad de controlar los pensamientos correlaciona negativamente con bienestar emocional, plenitud espiritual y percepción de calidad de vida global. Para el cuestionario ERQ, observamos por un lado que la subescala de reevaluación correlaciona de manera positiva con plenitud personal y por otro lado, la subescala de supresión correlaciona negativamente con bienestar emocional, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo socioemocional, plenitud espiritual y percepción de calidad de vida global. Respecto al cuestionario RAHQ, los resultados muestran correlaciones negativas entre la subescala de supresión y apoyo socioemocional, apoyo de la comunidad y servicios y plenitud espiritual. Por último, en el cuestionario HPSVQ encontramos correlaciones positivas en interferencia, malestar y claridad con apoyo de la comunidad y servicios; y correlaciones negativas de frecuencia en la que se obedece mandatos y bienestar emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, plenitud espiritual y percepción de calidad de vida global.

Tabla 6

Regresión lineal múltiple para el análisis de HPSVQ

VD		VI	R ²	β
Fª voces				
Contenido negativo	RAHQ	Estrategias activas	0,13	0,4*
Volumen voces	RAHQ	Estrategias activas	0,22	0,5**
Duración				
Interferencia	RAHQ	Estrategias retirada	0,22	0,5**
Malestar	RAHQ	Estrategias retirada	0,21	0,4*
Cómo de mal te hacen sentir	RAHQ	Estrategias retirada	0,2	0,48**
	ERQ	Supresión	0,27	0,5**
	RAHQ	Estrategias activas	0,13	0,8***
	RAHQ	Estrategias retirada	0,08	-0,6**
Claridad	RAHQ	Estrategias supresión	0,07	-0,31*
	ERQ	Supresión	0,12	0,4*
Frecuencia obedece mandatos	ERQ	Supresión	0,12	0,4*
HPSVQ-total	RAHQ	Estrategias activas	0,44	0,58***
	ERQ	Supresión	0,09	0,34*

*p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001; Método= por pasos

En la tabla 6 observamos el procedimiento de regresión lineal para observar cuales son las mejores variables predictoras de las diferentes subescalas del HPSVQ. Para las variables contenido negativo y volumen de las voces, observamos que el mejor modelo explicativo es estrategias activas (con un coeficiente positivo); para interferencia, malestar y cómo de mal te hacen sentir las voces, apreciamos que como mejor predictor estrategias de retirada (con también un coeficiente positivo); para la variable claridad, encontramos como modelo explicativo principal supresión, seguido de estrategias activas (ambas con un coeficiente positivo), de estrategias de retirada y por último estrategias de supresión (ambas con un beta negativo); para la variable frecuencia en la que se obedece los mandatos, encontramos como principal variable explicativa supresión; y para terminar, en la variable HPSVQ-total, encontramos como

principal modelo estrategias activas, seguido de supresión (estas últimas con un coeficiente positivo). El modelo psicológico final está presentado en la Figura 2.

Tabla 7

Regresión lineal múltiple para el análisis de MQLI-Sp

VD		VI	R ²	β
		HPSVQ Claridad	0,12	0,43*
B. Físico		HPSVQ Frecuencia en la que se obedece los mandatos	0,13	-0,4*
		HPSVQ Frecuencia obedece mandatos	0,48	0,67***
B. Emocional		MCQ-30 Confianza cognitiva	0,11	0,39**
		RAHQ Estrategias activas	0,09	0,32**
Autocuidado y F. independiente		HPSVQ Frecuencia obedece mandatos	0,13	-0,44*
		HPSVQ Frecuencia obedece mandatos	0,23	-0,7**
F. ocupacional		HPSVQ Frecuencia en la que oye voces	0,08	0,37*
F. interpersonal		MCQ-30 Creencias negativas	0,2	-0,49**
		ERQ Supresión	0,18	-0,55**
A. socio-emocional		MCQ-30 Confianza Cognitiva	0,13	-0,42**
		RAHQ Estrategias activas	0,09	0,34*
		HPSVQ Claridad	0,21	0,5**
A. Comunitario y de servicios		RAHQ Supresión	0,2	-0,4**
		HPSVQ Frecuencia en la que oye voces	0,08	-0,31*
		HPSVQ Frecuencia en la que oye voces	0,34	-0,52**
Plenitud personal		MCQ-30 Necesidad de controlar los pensamientos	0,15	-0,4**
Plenitud espiritual				
		HPSVQ Frecuencia en la que oye voces	0,42	-0,67***
Percepción Calidad de Vida Global		RAHQ Estrategias retirada	0,08	0,31*
		MCQ-30 Confianza Cognitiva	0,06	-0,29*

*p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001 ; Método= por pasos

En la tabla 7 observamos el procedimiento de regresión lineal múltiple por pasos para hallar cuales son las mejores variables explicativas de las diferentes subescalas del MQLI-Sp. Para bienestar físico encontramos como principal modelo explicativo la claridad de las voces (con una relación positiva) seguido de la frecuencia en la que obedece los mandatos (con una relación negativa); para bienestar emocional, encontramos como principal variable explicativa frecuencia en la que obedece los mandatos, seguida de confianza cognitiva (MCQ-30) y estrategias activas (RAHQ) (las tres variables con un beta positivo); para autocuidado y funcionamiento independiente hallamos como principal variable predictora frecuencia en la que obedece los mandatos, con una relación negativa; para funcionamiento ocupacional encontramos como principal modelo explicativo frecuencia en la que obedece los mandatos (con un beta negativo) seguido de frecuencia en la que oye voces (con un beta positivo); para la subescala funcionamiento interpersonal observamos como único predictor las creencias negativas (MCQ-30) (con un beta negativo); para apoyo socio-emocional encontramos como principal modelo explicativo la supresión, seguido de confianza cognitiva (ambas con una relación negativa) y estrategias activas (con un beta positivo); para apoyo comunitario y de servicios observamos como primera variable predictora claridad (con una relación positiva) seguida de estrategias de supresión y frecuencia en la que obedece los mandatos (ambas con una relación negativa); para plenitud personal hallamos como principal modelo explicativo frecuencia en la que obedece los mandatos (HPSVQ) seguida de necesidad de controlar los pensamientos (MCQ-30) (ambas con un beta negativo); por último, para la percepción de calidad de vida global, encontramos como primer modelo explicativo la frecuencia en la que obedece los mandatos (con un beta negativo), seguido de estrategias de retirada (con un coeficiente positivo) y confianza cognitiva (con un coeficiente negativo). El modelo psicológico final está presentado en la Figura 2.

Tabla 8

Resultado de ANOVA de comparación de medias de las estrategias comportamentales en función de la severidad total

RAHQ	HPSVQ-total		F
	Severidad Moderada	Severidad Grave	
E. Activas	10,8 (3,08)	11,9 (1,6)	1,3
E. Retirada	7,6 (3,2)	8,7 (1,35)	1,3
E. Supresión	6,3 (1,86)	5,7 (0,96)	1,1

*p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

La Tabla 8 nos muestra la comparación de medias de las variables estrategias activas, de retirada y de supresión en función de la severidad de las AAV (HPSVQ-total). Los resultados señalan que para las estrategias activas y de retirada existe un aumento del uso de la estrategia conforme aumenta la severidad, sin embargo estas diferencias no son significativas. En cuanto a las estrategias de supresión observamos una tendencia descendente según aumenta la severidad pero tampoco existen diferencias significativas entre la severidad moderada y la grave.

Tabla 9

Comparación de medias con prueba T de las estrategias comportamentales según la satisfacción

RAHQ	Satisfacción		t
	Baja	Alta	
E. Activas	11,6 (1,6)	10,3 (4,1)	1,05
E. Retirada	9,7 (1,3)	6,3 (3,2)	3,1**
E. Supresión	5,8 (1,03)	6,3 (1,9)	-0,82

*p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001

En la Tabla 9 observamos el grado de satisfacción según el tipo de estrategia comportamental empleada. Los resultados muestran que para en estrategias activas existe una puntuación mayor de satisfacción baja, no obstante las diferencias no son significativas; para las estrategias de retirada, sí observamos diferencias significativas en satisfacción siendo más elevadas en satisfacción baja; y por último, en estrategias de supresión observamos una ligera diferencia en satisfacción, siendo mayor la satisfacción alta, no obstante las diferencias no son significativas.

Tabla 10

Regresión lineal múltiple para el análisis de RAHQ

VD	VI	R ²	β	
Estrategias activas	HPSVQ	HPSVQ-total	0,43	0,67***
Estrategias de retirada	HPSVQ	HPSVQ-total	0,27	0,54**
Estrategias de supresión	HPSVQ	Interferencia	0,14	-3,07***
		Malestar	0,42	2,7***
		Frecuencia en la que oye voces	0,06	0,58*

*p < 0,05; ** p < 0,01; ***p < 0,001 ; Método= por pasos

En la tabla 10 observamos el procedimiento de regresión lineal múltiple por pasos para hallar cuales son las mejores variables explicativas de las diferentes subescalas del HPSVQ en el RAHQ. Para las estrategias activas y de retirada, encontramos como principal modelo explicativo el HPSVQ-total (con un coeficiente positivo); y para las estrategias de supresión, hallamos como principal modelo explicativo la interferencia (con un beta negativo), seguido de malestar y por último de frecuencia en la que oye voces (ambas con un beta positivo). El modelo psicológico final está presentado en la Figura 2.

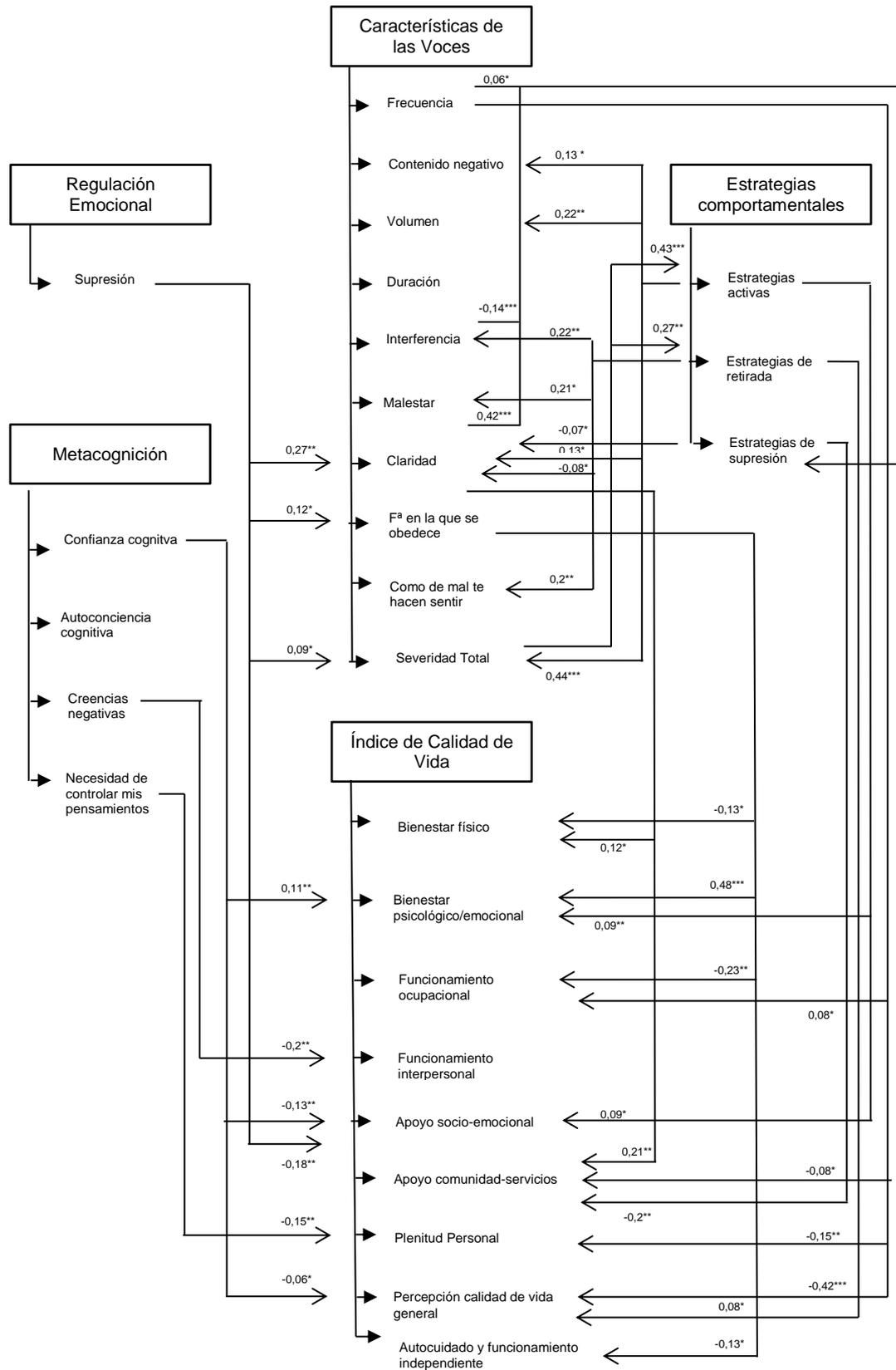


Figura 2. Modelo Psicológico Final. En las líneas aparecen las soluciones estandarizadas. *p < 0,05. **p < 0,01. ***p < 0,001

Discusión

El objetivo del presente estudio era explorar la relación que existe entre las estrategias para lidiar con la severidad de las AAV y el malestar asociado de las mismas. Para ello, se ha analizado la influencia que ejercen las estrategias de regulación emocional, estrategias metacognitivas y estrategias comportamentales sobre las características de las voces y la calidad de vida del sujeto.

La regulación emocional

Primeramente, de acuerdo con la literatura (Van der Meer y cols., 2009; Westermann y cols., 2014), se hipotetizaba que el grupo con AAV tendría mayor uso de la supresión comparado con el grupo control y que a su vez, el grupo con AAV utilizaría en menor medida la estrategia de reevaluación comparado con el grupo control. Los resultados indican diferencias altamente significativas en el uso de la supresión, siendo mayor en el grupo de AAV, y también diferencias significativas, en el uso de la reevaluación siendo mayor en el grupo control, por lo tanto confirmamos ambas hipótesis.

En segundo lugar, de acuerdo con estudios previos (Waters y cols., 2003; Badcock y cols., 2013), predecíamos que el uso de la supresión incrementaría la severidad de las AAV, y los resultados muestran una correlación positiva con la subescala de claridad y con el HPSVQ-total (severidad total). Asimismo, los resultados de la regresión lineal expresan que la supresión es el principal modelo explicativo de claridad, frecuencia en la que obedece las voces y segundo predictor en el HPSVQ-total, por detrás de las estrategias activas (RAHQ), de las cuales hablaremos más adelante. De esto modo, podemos aceptar nuestra hipótesis.

En tercer lugar, congruente con la literatura previa (Srivastava y cols., 2009); predecíamos que la severidad, afectaría negativamente por un lado al bienestar social, es decir, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo socio-emocional y apoyo comunidad-servicios y por otro lado, al bienestar emocional y a la percepción de la calidad de vida. Los resultados señalan correlaciones negativas y significativas con todas las variables excepto en apoyo de comunidad y de servicios. La regresión lineal indica que la frecuencia en la que obedece a las voces, es el principal predictor para bienestar emocional (con un coeficiente positivo) y para funcionamiento ocupacional (con un coeficiente negativo); para percepción de calidad de vida global, encontramos como principal variable explicativa frecuencia en la que oye voces (con un coeficiente negativo) y para apoyo comunitario y de servicios el

mejor modelo explicativo es la claridad de las voces (con un coeficiente positivo), seguido de las estrategias de supresión (con una beta negativa); y por último, para apoyo socio-emocional encontramos como principal predictor la supresión, seguida de la confianza cognitiva (MCQ-30) (ambas también con una beta negativa). Por lo tanto, respecto la variable bienestar social, solo aceptamos la hipótesis para funcionamiento ocupacional, y también para percepción de calidad de vida, pero no para bienestar emocional ya que encontramos una relación significativa, pero no negativa.

Es conveniente señalar que la supresión actúa como principal predictor en claridad, frecuencia en la que se obedecen las voces y segundo predictor en HPSVQ-total, precisamente las variables que actúan como primeros modelos explicativos en bienestar emocional, percepción de calidad de vida global, funcionamiento ocupacional, apoyo comunitario y de servicios y también en bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente y plenitud personal, de esta forma, de acuerdo con la literatura (Badcock y cols., 2013) se intuye que la supresión no actúa directamente sobre estas variables, pero sí muestra una relación indirecta a través de las propias características de las voces.

Asimismo, es interesante destacar que la variable frecuencia en la que se obedece las voces es un predictor altamente significativo y positivo sobre el bienestar emocional. Aunque numerosos estudios han señalado el peligro de obedecer las voces, especialmente cuando son malévolas (Buccheri, Trygstad y Dowling, 2007; Buccheri, Trygstad, Buffum, Lyttle y Dowling, 2010), muchos otros han señalado los beneficios de las voces benevolentes mostrándose como útiles y provocando mejoras en el estado de ánimo (Miller, 1996; Sanjuan y cols., 2004), además, incluso otros autores han sugerido que obedecer las voces benevolentes pueden ser una estrategia potencialmente saludable para lidiar con las voces persistentes (Cohen, Izediuno, Yadack, Ghosh y Garrett, 2014).

Metacognición

La primera hipótesis sobre las estrategias de metacognición, de acuerdo con estudios previos (Morrison y Wells, 2003; Barkus y cols., 2010), era que el grupo con AAV tendría mayores puntuaciones en metacognición comparado con el grupo control, específicamente en creencias negativas y confianza cognitiva. En discordancia con la literatura, los resultados muestran diferencias significativas en creencias positivas, en necesidad de controlar los pensamientos y en autoconciencia cognitiva, pero no en creencias negativas y confianza cognitiva, por lo tanto, rechazamos nuestra hipótesis.

Estos resultados pueden haberse visto afectados por las características de la muestra, como son las diferencias significativas en el tamaño, siendo mucho mayor el grupo control, y en el que además, priman significativamente las mujeres, las cuales según señala la literatura (Olatunji, Wolitzky-Taylor, Sawchuk y Ciesielski, 2010), utilizan en mayor medida respuestas maladaptativas a la preocupación, como viene a ser la metacognición, por lo que quizá ha equilibrado las puntuaciones en metacognición.

La segunda hipótesis, conforme a la literatura (Brett y cols., 2009; Hill y Linden, 2012), predecía que la confianza cognitiva, la autoconciencia cognitiva, la necesidad de controlar mis pensamientos y las creencias negativas influirían negativamente al bienestar psicológico y calidad de vida del sujeto. Los resultados muestran correlaciones negativas y significativas en creencias positivas, creencias negativas, confianza cognitiva y necesidad de controlar los pensamientos con bienestar emocional; e igualmente, correlaciones significativas y negativas de creencias negativas, confianza cognitiva y necesidad de controlar los pensamientos con percepción de calidad de vida. La regresión lineal presenta a la confianza cognitiva como el segundo modelo explicativo para bienestar emocional, no obstante con un coeficiente positivo, por lo que rechazamos esta hipótesis. Asimismo, se presenta como el tercer modelo explicativo para percepción de calidad de vida con un coeficiente negativo, por lo que sí aceptamos esta hipótesis. Que los resultados de la regresión lineal presenten relaciones positivas en bienestar emocional puede deberse a la definición de la variable bienestar emocional en el MQLI-Sp, siendo “sentirse bien consigo mismo”, ya que aunque literatura señale que es tipo de estrategias producen malestar psicológico (Hill y Linden 2012) puede que los sujetos hayan interpretado el bienestar emocional como estado inmediato tras llevar a cabo la estrategia para lidiar con las voces, y no el bienestar emocional general. En cuanto al resto de variables de la metacognición, que no resulten como modelos explicativos del bienestar emocional o calidad de vida puede explicarse por el importante impacto de la severidad (síntomas positivos) sobre el bienestar emocional y calidad de vida (Norman y Malla, 1994; Hansson, Middelboe y Merinder, 1999; Gaité y cols., 2002), donde aparece como principal predictor del bienestar emocional, la frecuencia en la que se obedece las voces y para la percepción de calidad de vida, la frecuencia en la que se oye voces, no obstante, aunque su poder predictivo no sea tan potente, sí encontramos a la confianza cognitiva con un relevante poder predictivo en la variable de calidad de vida.

La siguiente hipótesis, congruente con el estudio de Spada y cols., (2008), se hipotetizaba que las creencias negativas serían el mayor predictor de malestar asociado a las voces, es decir una correlación baja y significativa con bienestar

emocional y percepción de calidad de vida, y como hemos apreciado ya en los resultados previos, aunque la correlación se cumpla, no se presenta como principal modelo explicativo para estas dos variables, por lo que se rechaza la hipótesis. Sin embargo, sí observamos a creencias negativas como principal modelo explicativo para funcionamiento interpersonal, confianza cognitiva como segundo predictor para apoyo socioemocional y también necesidad de controlar los pensamientos como segundo predictor para plenitud personal. Con ello podemos decir que la metacognición no solo influye en la percepción de calidad de vida, sino también muestra un impacto negativo sobre el ámbito social y personal.

Estrategias comportamentales

El estudio también pretendía explorar la relación bidireccional entre las AAV y las diferentes estrategias comportamentales así como el impacto que tienen sobre la calidad de vida. Considerando las estrategias comportamentales como variable dependiente, de acuerdo con los resultados de Mann y Pakenham (2006), nuestra hipótesis era que a mayor severidad de las AAV, mayor uso de las estrategias de retirada y los resultados ANOVA de comparación de medias muestran una tendencia a utilizar las estrategias de retirada cuando la severidad es mayor, no obstante la diferencia entre severidad moderada y grave no es significativa, por lo tanto rechazamos nuestra hipótesis. Asimismo los resultados señalan también un ligero incremento en el uso de las estrategias activas conforme aumenta la severidad, sin embargo, las diferencias tampoco son significativas. Por último, respecto a las estrategias de supresión, observamos una tendencia descendente según aumenta la gravedad, pero tampoco se aprecian diferencias significativas. Los resultados de la regresión lineal muestran que el modelo explicativo principal tanto de las estrategias de retirada como estrategias activas es HPSVQ-total, con un coeficiente positivo y un elevado valor predictivo; y para las estrategias de supresión encontramos como principal variable explicativa la interferencia, con una puntuación beta negativa, seguido del malestar y por último frecuencia en la que oye voces (estás últimas con una beta positiva). Que nuestra hipótesis no se haya cumplido, puede explicarse a partir de los inconvenientes de utilizar una muestra reducida, ya que sí observamos una tendencia a utilizar las estrategias de retirada conforme aumenta la severidad. Respecto a los resultados en las estrategias activas, pueden explicarse a partir del estudio de Boschi y cols., (2000), quienes señalaron que las estrategias activas eran las más utilizadas y las más útiles para tratar con los síntomas positivos de las AAV, y esta preferencia, al igual que para las estrategias de retirada, puede estar justificada

por una mayor gravedad de las AAV. Por último, respecto a la relación inversa en el uso de las las estrategias de supresión en la gravedad, puede deberse a como señalaron Mann y Pakenham (2006) al uso de estas estrategias en momentos puntuales de episodios estresantes, pero cuando la severidad de las AAV es elevada, se prefiere utilizar las estrategias activas o de retirada.

Respecto a la influencia de las estrategias comportamentales sobre las AAV así como el impacto en la calidad de vida, de acuerdo con la literatura (Haddock, y cols., 1998; Buccheri y cols., 1997) nuestra primera hipótesis era que las tres estrategias tendrían una correlación negativa con severidad de las AAV y los resultados nos señalan lo contrario. Observamos una correlación positiva y significativa en estrategias activas y de retirada con HPSVQ-total, y una relación prácticamente inexistente entre estrategias de supresión y HPSVQ-total. Sorprendentemente la regresión lineal nos revela que las estrategias activas y de retirada son los principales predictores para la gran mayoría de las características de las AAV y con una relación directa con casi todas. Las estrategias activas son el principal modelo explicativo para contenido negativo, volumen de las voces, y HPSVQ-total y segundo para claridad; en cuanto a las estrategias de retirada, es la principal variable predictora para interferencia, malestar y cómo de mal te hacen sentir las voces y la tercera para claridad (para esta variable presenta una relación negativa); por último las estrategias de supresión se presentan como la cuarta variable predictora de claridad, también con un coeficiente negativo. Falloon y Talbot (1981) comunicaron que a pesar que los pacientes con síntomas psicóticos utilizaran muchas estrategias comportamentales, solo un tercio tenía una “buena” o “moderada” adaptación. Por lo tanto, que en el estudio hayamos encontrado que las estrategias comportamentales, específicamente las estrategias activas y de retirada, predicen significativamente la severidad de las alucinaciones, puede deberse a una baja adaptación al uso de este tipo de estrategias por parte de nuestra muestra, no obstante estos resultados requieren mayor profundización. En cuanto la relación sobre la calidad de vida, nuestra hipótesis de acuerdo con la literatura (Buccheri y cols.,1997; Trygstad y cols., 2002) era que las estrategias comportamentales tendrían una correlación positiva con bienestar emocional y percepción de calidad de vida a los resultados en calidad de vida observamos que para bienestar emocional, y los resultados señalan que estrategias activas se presenta como el tercer modelo explicativo con un coeficiente positivo; y para la percepción de calidad de vida, las estrategias de retirada se muestra como el segundo modelo explicativo, con también, un coeficiente positivo, por lo tanto aceptamos nuestra hipótesis.

Para terminar, nuestra última hipótesis de acuerdo con los resultados de Mann y Pakenham (2006), era que las estrategias activas tendrían en los sujetos una satisfacción elevada por el alivio conseguido, y los resultados nos expresan lo contrario. Encontramos mayores puntuaciones en satisfacción baja tanto para estrategias activas como en las de retirada, sin embargo las diferencias en satisfacción solo son significativas para estrategias de retirada. Respecto a la supresión, observamos una relación contraria, con mayor satisfacción, no obstante estas diferencias tampoco son significativas. Estos resultados, son congruentes con los presentados en la regresión lineal anterior donde las estrategias activas y las estrategias de retirada se presentaban como los principales predictores de las características de la severidad, por lo tanto es lógico que no produzcan satisfacción. En el caso de la supresión, observábamos que sí tenía un efecto negativo sobre la claridad, no obstante, con un poder predictivo bajo, por lo tanto, se puede entender que tenga mayor puntuación en satisfacción alta, pero también se entiende que las diferencias no sean significativas.

Conclusión

Tras analizar los resultados y contrastar las variables de nuestro modelo hipotético, podemos concluir como modelo psicológico para explicar la severidad y malestar asociado de las AAV, el presentado en la *Figura 2*. En primer lugar, sobre las estrategias emocionales, podemos confirmar que el grupo de AAV presenta mayor uso de la supresión y menor uso de la reevaluación comparado con el grupo control y que la supresión sí actúa como un predictor importante en algunas de las características de las AAV, específicamente en la claridad, frecuencia en la que obedece a las voces y en la severidad total (HPSVQ-total). Asimismo, conforme predecíamos se ha encontrado una relación negativa de la severidad sobre el bienestar social, específicamente de frecuencia con la que obedece los mandatos sobre el funcionamiento ocupacional y la claridad sobre el apoyo a la comunidad y servicios. Por otro lado, también se ha encontrado una relación negativa de frecuencia en la que oye voces sobre la percepción de la calidad de vida, sin embargo, no para bienestar emocional como hipotetizábamos. Respecto a la metacognición, los resultados no han sido acorde a lo esperado. Predecíamos mayores puntuaciones en el grupo de AAV en creencias negativas y confianza cognitiva, y hemos encontrado diferencias significativas en el resto de variables de la metacognición excepto en estas. Tampoco hemos encontrado la influencia negativa que esperábamos en el bienestar emocional y percepción de calidad de vida por parte de las diferentes variables de la metacognición exceptuando en la confianza cognitiva, la cual sí aparece como un importante predictor negativo en la percepción de calidad de vida. Por último, respecto a las estrategias comportamentales, los resultados nos han revelado datos contrarios a las hipótesis. Por un lado, el análisis de la influencia de la severidad de las AAV sobre las estrategias comportamentales, conforme predecíamos, sí ha habido una tendencia a utilizar en mayor medida las estrategias de retirada conforme aumentaba la severidad, sin embargo estas diferencias no eran significativas. Por otro lado, respecto a la influencia inversa, hemos encontrado resultados opuestas a nuestras predicciones, observándose que las estrategias activas y de retirada actuaban como predictores de la severidad de las AAV. Asimismo, y congruentemente con los resultados anteriores, hemos rechazado la predicción que las estrategias positivas correlacionarían con satisfacción del alivio conseguido. No obstante, sí podemos confirmar la relación directa y positiva del uso de las estrategias comportamentales sobre la calidad de vida, específicamente hemos encontrado que las estrategias activas actúan como predictor positivo sobre el bienestar emocional; y las estrategias de retira también se presentan como un predictor positivo de la percepción de calidad de vida.

Limitaciones

El presente estudio muestra muchas limitaciones. En primer lugar, la limitación principal corresponde a las características de la muestra. El estudio presenta diferencias significativas en cuanto al tamaño, siendo mucho mayor en el grupo control. Asimismo, el género tampoco está equilibrado ya que hay muchas más mujeres en el grupo control que en el de las AAV. Respecto a las particularidades del grupo de las AAV, hemos utilizado una muestra muy pequeña y la gran mayoría pertenecientes al mismo centro de salud, por lo que la muestra se presentaba con baja variabilidad respecto al perfil psicótico. En cuanto al grupo control, debido al método de administración (redes sociales), las características de los participantes también presentaban muy poca variabilidad, siendo la gran mayoría universitarios, por lo tanto, acota la representatividad de la población general. Asimismo, el objetivo del estudio requería un gran número de participantes para poder contrastar todas las variables de manera significativa, y con una muestra tan reducida, los resultados no han podido ser concluyentes. La siguiente limitación hace referencia a las medidas utilizadas. En primer lugar, aunque los cuestionarios HPSVQ y RAHQ fueron traducidos y retro-traducidos por profesionales bilingües, estos cuestionarios no estaban validados y por lo tanto, se presentaban con menor fiabilidad. Otra limitación ha sido respecto al cuestionario MCQLI-Sp, donde el ítem “bienestar emocional” ha presentado resultados contradictorios, posiblemente debido a una malinterpretación en la definición. Por lo tanto, consideramos que para medir la calidad de vida en personas con trastorno psicótico, sería adecuado un cuestionario más breve y preciso. A la línea de esta limitación, también entendemos que la administración de los cuestionarios ha sido un proceso arduo para los participantes. Los cuestionarios eran numerosos y complejos, por lo que han podido producir sobrecarga y fatiga, provocando una menor motivación para comprender los ítems, por lo que se presenta como otra importante limitación.

Líneas futuras de investigación

Para las líneas de investigación futuras, primeramente sería interesante replicar la investigación con las limitaciones del presente estudio cubiertas. Para ello, sería conveniente utilizar una muestra más amplia y heterogénea con el fin de conseguir mayor representatividad, así como considerar otros procedimientos para obtener participantes, con el fin de no sesgar la muestra. También sería aconsejable reducir el número de cuestionarios e intentar utilizar instrumentos breves con el fin de no fatigar a los participantes.

Considerando la naturaleza del presente estudio, cuyo objetivo era establecer un modelo psicológico donde las estrategias de afrontamiento modulan la severidad y malestar emocional asociado a las voces así como el impacto que tienen en la calidad de vida, otra propuesta sería utilizar diferentes nacionalidades con el fin de contrastar el uso de las estrategias de afrontamiento dependiendo de la nacionalidad, así como explorar aquellos factores protectores o precipitantes de ciertas características psicopatológicas. En esta línea, sería interesante mantener como cuestionario de calidad de vida el MCQLI-Sp, ya que cuestionario fue diseñado precisamente para contrastar la calidad de vida en diferentes culturas. No obstante, si la muestra se mantiene de una única nacionalidad, podría considerarse el cambio de cuestionario para para medir la calidad de vida debido a las confusiones en ciertos ítems, teniendo en cuenta el perfil de los participantes.

Los resultados obtenidos no han sido concluyentes debido a las varias limitaciones del estudio. Sin embargo, consideramos que un mejor conocimiento sobre las estrategias de afrontamiento, podría ayudarnos a mejorar los programas de tratamiento y con ello reducir la severidad de las AAV y mejorar el bienestar de los individuos que sufren de la escucha de voces.

Bibliografía

- Aleman, A. y Kahn, R.S. (2005). Strange feelings: do amygdala abnormalities dysregulate the emotional brain in schizophrenia? *Progress in Neurobiology*, 77, 283–298.
- Badcock, J. C., Larøi, F., Diederer, K. y Allen, P. (2013). Current perspectives on the mechanisms of auditory hallucinations: Introduction to the special research topic. *Frontiers in Human Neuroscience*, (NOV) doi:10.3389/fnhum.2013.00792.
- Bak, M., van der Spil, F., Gunther, N., Radstake, S., Delespaul, P. y van Os, J. (2001). Maastricht assessment of coping strategies (MACS-I): A brief instrument to assess coping with psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 453–459.
- Baker, C. A. y Morrison, A. P. (1998). Cognitive processes in auditory hallucinations: Attributional biases and metacognition. *Psychological Medicine*, 28(5), 1199-1208. doi:10.1017/S0033291798007314
- Barkus, E., Stirling, J., French, P., Morrison, A., Bentall, R. y Lewis, S. (2010). Distress and metacognition in psychosis prone individuals: Comparing high schizotypy to the at-risk mental state. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(2), 99–104.
- Baumeister, R.F., Vohs, K.D. y Tice, D.M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science* 16, 351–355.
- Bradley, Codispoti, Maurizio; Cuthbert, Bruce y Lang (2001) Emotion and motivation I: Defensive and appetitive reactions in picture processing. *Emotion*, 1(3), 276-298.
- Boschi, S., Adams, R. E., Bromet, E. J., Lavelle, J. E., Everett, E. y Galambos, N. (2000). Coping with psychotic symptoms in the early phases of schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(2), 242–252.
- Brett, C. M. C., Johns, L. C., Peters, E. P. y McGuire, P. K. (2009). The role of metacognitive beliefs in determining the impact of anomalous experiences: A comparison of help-seeking and nonhelp-seeking groups of people experiencing psychotic-like anomalies. *Psychological Medicine*, 39, 939–950. doi:10.1017/S0033291708004650.
- Buccheri, R., Trygstad, L., Kanas, N. y Dowling, G. (1997). Symptom management of auditory hallucinations in schizophrenia: Results of 1-year follow up. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 35(12), 20-28.
- Buccheri, R., Trygstad, L. y Dowling, G. (2007). Behavioral management of command hallucinations to harm in schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(9), 46-54.
- Buccheri, R. K., Trygstad, L. N., Buffum, M. D., Lyttle, K. y Dowling, G. (2010). Comprehensive evidence-based program teaching self-management of auditory

- hallucinations on inpatient psychiatric units. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 223-231. doi:10.3109/01612840903288568.
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P. y Gross, J. J. (2013). A spanish adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 234-240. doi:10.1027/1015-5759/a000150.
- Carr, V. J. y Katsikitis, M. (1987). Illness behaviour and schizophrenia. *Psychiatric Medicine*, 5(2), 163-170
- Carter, D. M., Mackinnon, A. y Copolov, D. L. (1996). Patients' strategies for coping with auditory hallucinations. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(3), 159-164.
- Chadwick, P. D. y Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 39, 839-844.
- Chadwick, P. y Birchwood, M. (1997). The omnipotence of voices: Testing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine*, 27, 1345-1353.
- Cohen, C. I. y Berk, L. A. (1985). Personal coping styles of schizophrenic outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 36(4), 407-410.
- Cohen, C. I., Izediuno, I., Yadack, A. M., Ghosh, B. y Garrett, M. (2014). Characteristics of auditory hallucinations and associated factors in older adults with schizophrenia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(5), 442-449. doi:10.1016/j.jagp.2013.07.001.
- Cutuli, D. y Cutuli, D. (2014). Cognitive reappraisal and expressive suppression strategies role in the emotion regulation: An overview on their modulatory effects and neural correlates. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 8 doi:10.3389/fnsys.2014.00175.
- Crawford-Walker, C. J., King, A. y Chan, S. (2005). *Distraction techniques for schizophrenia*. The Cochrane Library, vol. 2. (pp.).
- David, A. S. (1999). Auditory hallucinations: Phenomenology, neuropsychology and neuroimaging update. *Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl.)*, 395, 95-104.
- Dittman, J. y Schuttler, R. (1990). Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 318-322.
- Edwards, J., Pattison, P.E., Jackson, H.J. y Wales, R.J., (2001). Facial affect and affective prosody recognition in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 48, 235-253.
- Falloon, I. R. H. y Talbot, R. E. (1981). Persistent auditory hallucinations: Coping mechanisms and implications for management. *Psychological Medicine*, 11, 329-339.

- Farhall, J. y Voudouris, N. J. (1996). Persisting auditory hallucinations: Prospects for non-medication interventions in a hospital population. *Behaviour Change*, 13(1), 112–123.
- Farhall, J., Greenwood, K. M. y Jackson, H. J. (2007). Coping with voices in schizophrenia: A review of self-initiated strategies and therapeutic interventions. *Clinical Psychology Review*, 27, 476-493.
- Feldman, L. Gross, L., Conner, T. y Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15(6), 713-724.
- Frijda, N.H., 1988. The laws of emotion. *American Psychologist* 43, 349–358.
- Gaite, L., Vázquez-Barquero, J. L., Borra, C., Ballesteros, J., Schene, A., Welcher, B, Thornicroft, G., Becker, T., Ruggeri, M. y Herrán, A. (2002). Quality of life in patients with schizophrenia in five european countries: The EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(4), 283-292. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.1169.x
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224–237. doi:10.1037/0022-3514.74.1.224
- Gross, J. J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551-573
- Gross, J.J. y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 85, 348–362.
- Goldin, P.R., McRae, K., Ramel,W. y Gross, J.J., 2008. The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological Psychiatry* 63, 577–586.
- Goldin, P.R., McRae, K., Ramel,W. y Gross, J.J. (2009). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological Psychiatry* 63, 577–586.
- Gyurak, A., Goodkind, M.S., Madan, A., Kramer, J.K., Miller, B.L. y Levenson, R.W. (2009). Do tests of executive functioning predict ability to downregulate emotions spontaneously and when instructed to suppress? *Cognitive, Affective y Behavioural Neuroscience*, 9, 144–152.
- Haddock, G., Slade, P. D., Bentall, R. P., Reid, D. y Faragher, E. B. (1998). A comparison of the long-term effectiveness of distraction and focusing in the treatment of auditory hallucinations. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 339-349.

- Handsson, L., Middelboe, T. y Merinder, L. (1999). Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multicentre study. *International Journal Social Psychiatry*, 45, 247-258.
- Hill, K. y Linden, D. (2012). Hallucinations in non-clinical populations. In R. Jardri, A. Cachia, P. Thomas y D. Pins (Eds.), *The neuroscience of hallucinations* (pp. 21–42). London, UK: Springer.
- Honig, A., Romme, M., Ensink, B., Escher, S., Pennings, M. y DeVries, M. (1998). Auditory hallucinations: A comparison between patients and nonpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 646–651. doi:10.1097/00005053-199810000-00009.
- Jaspers, K. (1913/1963). *General psychopathology*. Manchester: Manchester University Press (Original work published 1913).
- John, O.P. y Gross, J.J. (2007). *Individual differences in emotion regulation strategies: links to global trait, dynamic and social cognitive constructs*. In: Gross, J.J. (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*. Guilford Press, New York, pp. 351–372.
- Kohler, C.G., Turner, T.H., Bilker, W.B., Brensinger, C.M., Siegel, S.J., Kanes, S.J., Gur, R.E. y Gur, R.C. (2003). Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern. *American Journal of Psychiatry* 160, 1768–1774.
- Kumar, S., Thara, R. y Rajkumar, S. (1989). Coping with symptoms of relapse in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 239, 213–215.
- Knudson, B. y Coyle, A. (1999). Coping strategies for auditory hallucinations: A review. *Counselling Psychology Quarterly*, 12, 25 – 38.
- McNally, S. E. y Goldberg, J. O. (1997). Natural cognitive coping strategies in schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 159–167.
- Mann, B. y Pakenham, K. I. (2006). Development of a measure to assess coping for auditory hallucinations. *Australian Journal of Psychology*, 58(2), 93-100. doi:10.1080/00049530600730450
- Masand, P. S. y Berry, S. L. (2000). Switching antipsychotic therapies. *Annals of Pharmacotherapy*, 34, 200-207.
- McCarthy-Jones, S. (2012). *Hearing voices: The histories, causes and meanings of auditory verbal hallucinations*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The spanish version of the quality of life index: Presentation and validation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(5), 301-305. doi:10.1097/00005053-200005000-00008.

- Miller L. (1996). Qualitative changes in hallucinations. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 265-267
- 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. y Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 251–256. doi:10.1016/S0005-7967(02)00095-5
- Nelson, T. O. y Narens, L. (1990). Metamemory: A theoretical framework and new findings. In G. H. Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation* (pp. 1–45). New York: Academic Press.
- Norman R. M. y Malla a. K. (1994). Correlations over time between dysphoric mood and symptomatology in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 34-38.
- Ramos-Cejudo, J., Salguero, J. M. y Cano-Vindel, A. (2013). Spanish version of the meta-cognitions questionnaire 30 (MCQ-30). *Spanish Journal of Psychology*, 16 doi:10.1017/sjp.2013.95.
- Olatunji, B. O., Wolitzky-Taylor, K. B., Sawchuk, C. N. y Ciesielski, B. G. (2010). Worry and the anxiety disorders: A meta-analytic synthesis of specificity to GAD. *Applied and Preventive Psychology*, 14(1-4), 1-24. doi:10.1016/j.appsy.2011.03.001
- Oorschot. M., Lataster, T., Thewissen, V., Bentall, R., Delespaul, P. y Myin-Germeys, I. (2012). Temporal dynamics of visual and auditory hallucinations in psychosis. *Schizophrenia Research*, 140, 77–82. doi:10.1016/j.schres.2012.06.010
- Sanjuan, J., Gonzalez, J. C., Aguilar, E. J., Leal, C. y Van Os, J. (2004). Pleasurable auditory hallucinations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 273–278. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00336.
- Srivastava, S., Tamir, M., McGonigal, K.M., John, O.P. y Gross, J.J., 2009. The social costs of emotional suppression: a prospective study of the transition to college. *Journal of Personality and Social Psychology* 96, 883–897.
- Spada, M. M., Mohiyeddini, C. y Wells, A. (2008). Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire 30. *Personality and Individual Differences*, 45(3), 238–242. doi:10.1016/j.paid.2008.04.005.
- Tarrier, N. (1987). An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 141–143.
- Thurm, I., y Haefner, H. (1987). Perceived vulnerability, relapse risk and coping with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 237, 46–53.

- Trygstad, L., Buccheri, R., Dowling, G., Zind, R., White, K., Griffin, J. y Hebert, P. (2002). Behavioral management of persistent auditory hallucinations in schizophrenia: Outcomes from a 10-week course. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8, 84-91. doi:10.1067/mpn.2002.125223.
- Van der Meer, L., van 'T Wout, M. y Aleman, A. (2009). Emotion regulation strategies in schizophrenia. *Psychiatry Research* 170, 108–113.
- Van Lieshout, R. J. y Goldberg, J. O. (2007). Quantifying self-reports of auditory verbal hallucinations in persons with psychosis. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 39(1), 73-77.
- Van Oosterhout, B., Krabbendam, L., Smeets, G. y Van Der Gaag, M. (2013). Metacognitive beliefs, beliefs about voices and affective symptoms in patients with severe auditory verbal hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(3), 235-248. doi:10.1111/bjc.12011
- Van Oosterhout, B., Krabbendam, L., de Boer, K., Ferwerda, J., van der Helm, M., Stant, A. D. y van der Gaag, M. (2014). Metacognitive group training for schizophrenia spectrum patients with delusions: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 44(14), 3025-3035. doi:10.1017/S0033291714000555
- Varese, F., Barkus, E. y Bentall, R. P. (2011). Dissociative and metacognitive factors in hallucinationproneness when controlling for comorbid symptoms. *Cognitive Neuropsychiatry*, 16, 193–217. doi:10.1080/13546805.2010.495244
- Varese, F. y Bentall, R. P. (2011). The metacognitive beliefs account of hallucinatory experiences: A literature review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 850–864. doi:10.1016/j.cpr.2010.12.001
- Waters, F.A.V., Badcock, J.C., Maybery, M.T. y Michie, P.T. (2003). Inhibition in schizophrenia: association with auditory hallucinations. *Schizophrenia Research* 62, 275–280.
- Wells, A., y Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396. doi:10.1016/S0005-7967(03)00147-5
- Westermann, S., Rief, W., y Lincoln, T. M. (2014). Emotion regulation in delusion-proneness: Deficits in cognitive reappraisal, but not in expressive suppression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(1), 1-14. doi:10.1111/papt.12000