

Predictores del pensamiento referencial: análisis de sujetos clínicos y controles

Artículo Regular

Juan Francisco Rodríguez Testal

Instituto de Biomedicina, Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla (España)

Universidad de Sevilla. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Sevilla (España)

PhD, María Cristina Senín Calderón

Universidad de Cádiz. Servicio de Atención Psicológica. Puerto Real, Cádiz (España)

Salvador Perona Garcelán

Instituto de Biomedicina, Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla (España)

Universidad de Sevilla. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Sevilla (España)

Miguel Ruiz Veguilla

Instituto de Biomedicina, Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla (España)

MD. Eduardo Fernández Jiménez

Universidad de Sevilla. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Sevilla (España)

Resumen

Antecedentes: El pensamiento referencial (PR) es una característica común de la actividad mental humana. En psicopatología, el PR se suele asociar a las psicosis. Este estudio analiza las diferencias en PR (auto-referencias, AR) entre una muestra clínica y de control. Se identifican variables que predicen el PR.

Método: 120 adultos (70 pacientes, y 50 controles de población general), edad media: 34.49 años (DE: 10.63); 60% mujeres.

Resultados: El número de AR entre los pacientes, especialmente entre los diagnosticados de psicosis, fue significativamente mayor que entre los controles. No hubo diferencias significativas en el PR de pacientes con diagnósticos del Eje II, o con diagnósticos en diferentes ejes. Las variables predictivas de AR son: pensamiento psicótico (inventario de personalidad MCMI-II, trastornos del pensamiento), desorganización conceptual (escala psiquiátrica BPRS), edad, y vulnerabilidad para las alteraciones anímicas (escala DAS). Estas variables de estado y rasgo representaron el 56.4% de la varianza del PR.

Conclusiones: Hubo más diferencias entre pacientes y controles en frecuencia de AR que de contenido (el PR tiene lugar en un continuo). El PR puede ser tanto una manifestación de estado (con un efecto aditivo de psicopatologías), como de rasgo (característica de los procesos psicóticos y posiblemente asociado a la vulnerabilidad para las alteraciones anímicas).

Palabras clave: pensamiento referencial, autorreferencias; psicosis; predictores clínicos; predictores de vulnerabilidad.

Recibido:07/06/2012 Aceptado:11/11/2012

INTRODUCCIÓN

El pensamiento referencial (PR) consiste en autoatribuciones (o autorreferencias, AR) sobre lo que sucede en el entorno (sucesos, objetos, otras personas). Se sobreinterpretan miradas, gestos o acciones de otras personas en el sentido de que me observan, critican, se ríen o me culpabilizan de alguna acción (American Psychiatric Association, 2000).

El desarrollo del PR es un proceso natural que contribuye a dar significado a nuestras experiencias en la relación con los demás. Las interacciones sociales y las emociones autorreferenciales como la vergüenza o la culpa regulan el desarrollo

del autoconcepto. Incrementan la consciencia del punto de vista propio y de los demás, y sirve como base para atribuir contenido proposicional a los estados mentales de los otros (teoría de la mente) (Zinck, 2008). Como proceso cognitivo, el PR destaca durante la adolescencia por la emergencia de preocupaciones acerca del aspecto y la apariencia, la constante hetero o autoevaluación, la mayor participación social e implicación emocional en la misma. Hombres y mujeres muestran PR (o autorreferencias, AR) con una frecuencia similar (Lenzenweger, Bennett, & Lilienfeld, 1997), sobre todo cuando las personas se enfrentan a situaciones cargadas emocionalmente.

El PR se relaciona con el esfuerzo natural humano por dar significado a la experiencia emocional y social. Se considera que el denominado "pensamiento intuitivo" (estilo de procesamiento rápido, holístico y asociacionista) correlaciona positivamente con las AR, y predice el PR por su relación con el afecto positivo. Cuando las cosas van bien, las AR puede desempeñar un papel en la afirmación de que la vida tiene

Datos de contacto:

José Francisco Rodríguez Testal

E-mail: testal@us.es

Director del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

Universidad de Sevilla

sentido, independientemente de si el contenido de los pensamientos no es racional o intuitivo (King & Hicks, 2009). En la psicopatología, las AR se relacionan con los trastornos psicóticos; también se observan AR moderadas en el trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno esquizotípico de la personalidad, en la fobia social (Meyer & Lenzenweger, 2009), así como en otros trastornos (ej., trastorno dismórfico corporal o el trastorno de personalidad por evitación).

Las AR inestables (autocentrismo) se consideran relevantes en el diagnóstico psicopatológico, sobre todo en los casos de psicosis (Gross, Huber, Klosterkötter, & Linz, 2008). Las AR representan síntomas atenuados de psicosis, consideradas entre los criterios de riesgo ultra-alto y síntomas básicos, ambos con un índice significativo de transición a la psicosis (Schultze-Lutter, Ruhrmann, Berning, Maier, & Klosterkötter, 2010). La presencia reducida de AR se observa en la fase residual de la esquizofrenia, y de manera especial junto con otros indicadores prodrómicos (Wong et al., 2012). De este modo, las AR representan un indicador predictivo esencial para una intervención psicológica precoz.

Los investigadores consideran el PR como un indicador de propensión a la psicosis, y algunas formas de AR (acerca de la observación: "me miran") más relacionadas con otros síntomas psicóticos como las alucinaciones y los delirios persecutorios, que otras AR (sobre la comunicación: "hablan o cuchichean acerca de mí") (Startup, Sakrouge, & Mason, 2010). Freeman (2007) plantea las AR como un indicador del desarrollo delirante en personas con ansiedad y sensibilidad interpersonal excesivas. Para alcanzar la consideración de dicho trastorno, la intencionalidad atribuida va de la amenaza ligera a la más severa.

Con todo, el PR no es sinónimo de paranoia (Cicero & Kerns, 2010). Se ha señalado una referencialidad negativa que indica una amenaza para el self (estaría relacionada con la paranoia), y otra positiva. Se plantea que el pensamiento referencial podría depender de algún mecanismo común, como la saliencia aberrante (Kapur, 2003), moderado por los niveles de autoestima; el proceso puede conllevar AR positivas (elevada autoestima) o negativas (baja autoestima) (Cicero & Kerns, 2011).

De acuerdo con Lenzenweger (2006), el PR, la ideación mágica, y las alteraciones perceptivas integran el constructo de esquizotipia, una organización de personalidad que tiene que ver con una propensión latente para la esquizofrenia. El PR puede considerarse un aspecto de la esquizotipia positiva porque abarca cognición delirante atenuada. Esta esquizotipia positiva parece estar más relacionada con los déficits de la teoría de la mente que con el concepto global de esquizotipia (Gooding & Pflum, 2011).

El procesamiento autorreferencial es automático, por lo que las personas que sufren delirios paranoides muestran un umbral descendido del control automático sobre la información autorreferente. El estado de ánimo desempeña un papel rele-

vante en este contexto, y resalta la importancia de los sesgos cognitivos atribucionales (ej., sesgo autoserviente) para salvar la autoestima de la persona. Así, un sesgo externalizante (y personalizante) permite culpar a otros de los propios fracasos (Diez-Alegría, Vázquez, Nieto-Moreno, Valiente, & Fuentenebro, 2006; Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, & Kinderman, 2001; Wing, Cooper, & Sartorius, 1974), referida esta forma de PR (relacionada con el ánimo depresivo y los sentimientos de vergüenza) como "culpa".

En suma, el PR tiene un sentido defensivo elevado del sí mismo (un rasgo o sensibilidad), una implicación afectiva importante (reactividad), y trata de la relevancia que otorgamos a los demás (reactividad universal a los estímulos sociales).

Aunque el PR es reconocido desde hace mucho tiempo, hay escasez de datos empíricos en este ámbito, específicamente con poblaciones clínicas. Los objetivos de este estudio fueron 1) analizar las diferencias (cuantitativas y cualitativas) en el PR (o AR) entre muestras clínicas y controles, e 2) identificar variables de vulnerabilidad, sociodemográficas, y disposicionales que predicen el PR. Predijimos un continuo en el PR entre pacientes y controles que podía identificarse sobre la base de la medida cuantitativa (AR) y el análisis cualitativo (contenido de las AR). Hipotetizamos, primero, que habría diferencias cuantitativas entre los pacientes y los controles (una puntuación más alta en los pacientes), pero no habría ninguna diferencia cualitativa entre pacientes y controles en cuanto a su contenido (AR reactividad universal a los estímulos sociales). Como condición diagnóstica, el PR es un precursor o síntoma de la psicosis, especialmente como indicador de la esquizotipia positiva, de desorganización, rasgos de defensas cognitivas o de sensibilidad. Por lo tanto, como una segunda hipótesis, las AR serían mayores entre los pacientes psicóticos. Relacionado con lo anterior, la tercera hipótesis predice que habrá mayores puntuaciones en AR entre los pacientes del grupo A de trastornos de personalidad, es decir, aquellos pacientes más próximos al espectro psicótico. En relación con el continuo PR (y los componentes de estado y rasgo), la cuarta hipótesis predice que habría diferencias cuantitativas entre el diagnóstico en el eje I, II, o ambas (las puntuaciones más altas en el diagnóstico de los dos ejes), los participantes con antecedentes psicopatológicos o no (una puntuación más alta en los participantes con historia), y con o sin el uso de medicación psicotrópica (una puntuación más alta en los participantes con medicación). También sugerimos, como quinta hipótesis, que el PR es un factor de vulnerabilidad cognitiva (rasgo o sensibilidad) vinculado al estado de ánimo.

MÉTODO

Participantes

Un total de 120 sujetos (60% mujeres) procedentes de Sevilla, sur de España, participaron en el estudio. Los pacientes (n =

70, 58%) procedieron de una clínica psicológica privada y esta submuestra incluyó 25 varones y 45 mujeres (rango de edad, 19–58; media de edad, 35.2, desviación estándar, DS = 10.5). El grupo de control (n = 50, 42%), incluyó a 23 varones y 27 mujeres (rango de edad, 18–61; media de edad, 33.5 años, DS = 10.8). A todos los participantes se les informó de los objetivos del trabajo y dieron su consentimiento por escrito.

En la Tabla 1 se presentan las medidas generales de comparación entre pacientes y controles. Los análisis muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las

mos y posturas; negativismo; negligencia; comportamiento bizarro; hiperactividad motora; distraibilidad; retardo motor; afecto aplanado; abandono emocional. Se valora en una escala de 7 puntos, en la que las puntuaciones bajas en la BPRS refleja ausencia de sintomatología, y las puntuaciones más elevadas, indican psicopatología severa. La escala tiene validez de constructo para el seguimiento de indicadores esquizofrénicos (Andersen, 1989). Se ha validado para población española con indicadores de fiabilidad alpha (.59 a .70) y fiabilidad retest (.70) (Peralta, Martín, & Cuesta Zorita, 1994).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos: sexo, estado civil, edad, estatus sociodemográfico, sinceridad (EPI), y duración de síntomas (meses; sólo pacientes)

Variables	Grupo; n (%)		Estadísticos	gl	p
	Pacientes	Controles			
Sexo	Varones(1)	25 (35.7)	$\chi^2 = 1.286$	1	.257
	Mujeres (2)	45 (64.3)			
Estado civil	Frecuencia (%)		7.893	3	.048
Soltero(1)	33 (47.14)	26 (52)			
Casado/viviendo en pareja(2)	27 (38.57)	24 (48)			
Viudo(3)	1 (1.43)	0 (0.0)			
Divorciado/Separado (4)	9 (12.85)	0 (0.0)			
	Media(DT)		t		
Edad	35.21 (10.50)	33.48 (10.83)	0.880	118	.381
Estatus sociodemográfico (SDS)	35.82 (18.82)	32.20 (21.70)	0.976	118	.331
Sinceridad (S-EPI)	7.87 (0.94)	7.56 (0.99)	1.741	118	.084
Duración de los síntomas (meses)	Varones(1)	41.64 (72.79)	-0.652	68	.516
	Mujeres(2)	52.97 (67.88)			

variables seleccionadas para la equiparación de los grupos de participantes. Se dio homogeneidad de varianza en todas las variables (edad: 0.036; SDS: 0.399; sinceridad: 2.642; y duración de los síntomas -comparación hombres-mujeres-: 1.94, $F_{Levene} p > .05$).

Instrumentos

Los sujetos completaron una prueba autoadministrada inicial que identificaba el estatus sociodemográfico (SDS) (Hollingshead, 1975), enfermedades actuales, antecedentes psicopatológicos, historia y duración de los síntomas, tratamientos psicofarmacológicos, y consumo de otras drogas.

Escala breve de valoración psiquiátrica, *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* (Lukoff, Liberman, & Nuechterlein, 1986). La BPRS es una medida de 24 ítems con el fin de determinar la presencia y severidad de los síntomas psicopatológicos: suspicacia; contenido inusual de pensamiento; grandiosidad; alucinaciones; hostilidad; preocupaciones somáticas; ansiedad; depresión; culpa; elación; suicidio; desorganización conceptual; excitación; tensión; manieris-

Inventario de ansiedad de Beck, Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). El BAI es un inventario autoinformado de 21 preguntas (de 0 a 3) utilizado para evaluar la intensidad de los síntomas de ansiedad (principalmente fisiológicos). Se ha informado de fiabilidad (alpha, .93) y se ha validado para población española (Magán, Sanz, & García-Vera, 2008).

Inventario de depresión de Beck, Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Versión española de Vázquez & Sanz (1999). El BDI es un inventario autoinformado de 21 preguntas (0 a 3) que evalúa la intensidad de los síntomas depresivos, con indicadores de fiabilidad (alpha, .83, y retest que van de .60 a .72) y validez (convergente y discriminante) para población española.

Cuestionario Pennsylvania de preocupación, Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990). El PSWQ es un cuestionario de 16 ítems (1 a 5) que valora la preocupación o ansiedad cognitiva. En población española, se ha indicado consistencia interna (.90); fiabilidad retest, .82, y validez (convergente y discrimi-

minante) con rangos que van de .44 a .67 (Sandín, Chorot, Valiente, & Lostao, 2009).

Escala de actitudes disfuncionales, Dysfunctional Attitudes Scale (DAS) (Weissman & Beck, 1978). Versión española de Sanz & Vázquez (1994; 1993). La DAS es una escala de 40 ítems (1 a 7) que evalúa la vulnerabilidad cognitiva a la depresión. Se ha informado de consistencia interna (.84), y validez en población española. La escala tiene tres factores: actitudes de logro, dependencia, y autonomía.

Cuestionario de salud general, General Health Questionnaire (GHQ-28) (desarrollado por David Goldberg; edición española de Lobo, Pérez-Echeverría, & Artal, 1986). El GHQ es un cuestionario de 28 ítems (0 a 3) utilizado para valorar sintomatología. Tiene cuatro escalas: depresión, ansiedad, disfunción social y somatización. Se ha informado de fiabilidad retest para población española (.90), y rangos de sensibilidad de 44% a 100%, y rangos de especificidad de 74% a 93%.

Escala de pensamiento referencial, Referential Thinking Scale (REF) (Lenzenweger et al., 1997) La REF es un cuestionario autoinformado de 34 ítems verdadero/falso sobre AR, con una consistencia interna que va de .83 a .85, una fiabilidad retest de .86 (4 semanas de intervalo), y con indicadores de validez. La escala proporciona indicadores sólidos de esquizotipia (semejantes a lo que sucede con el pensamiento mágico y las aberraciones perceptivas) (entre .75 y .85 en los análisis de componentes principales) y, en menor medida, con la ansiedad y depresión (entre .33 y .17). Startup et al. (2010) obtuvieron un indicador fuerte de validez que separaba en dos partes el PR de otros síntomas patológicos (ej., las alucinaciones se relacionaban con las AR de observación, mientras que las AR de comunicación no) y un punto de corte de 6 puntos para el total de la escala. La adaptación española de la escala REF alcanza una consistencia interna de .90 (.83 y .82 para cada mitad) y una fiabilidad retest de .76 (intervalo promedio de 44 días en pacientes). La validez de criterio (con relación a la BPRS) obtuvo un punto de corte de 7 puntos para una especificidad del 66% y sensibilidad del 58% (Senín-Calderón et al., 2010).

Escala de sinceridad del inventario EPI, Eysenck Personality Inventory Sincerity Scale (S-EPI) (Eysenck & Eysenck, 1990). La escala de sinceridad del EPI es una medida de autoinforme de 9 ítems que cuantifica la deseabilidad social o sinceridad.

Inventario clínico de Millon; Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II) (versión española) (Millon, 1999). El MCMI-II es un inventario de 175 ítems verdadero/falso que incluye 10 escalas básicas de personalidad (esquizoide, evitadora, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresiva-sádica, compulsiva, pasiva-agresiva, autodestructiva) y tres escalas de personalidad patológica grave (esquizotípica, límite, y paranoide); también incorpora escalas

de control, escalas del eje I (ansiedad, somatoforme, bipolar, distimia, dependencia de alcohol, dependencia de drogas), y escalas para los trastornos más severos del eje I (trastorno de pensamiento, depresión mayor, trastorno delirante).

Diseño, procedimiento, y análisis estadísticos

Se aplicó un diseño ex-post-facto, y un método de comparación de las medidas (principalmente en relación con las AR) en función de las condiciones pacientes/controles y los diagnósticos generales, así como determinar variables predictivas del PR por medio de un modelo de regresión.

Los pacientes se seleccionaron de forma incidental de un grupo de pacientes que recibían terapia cognitiva en una clínica psicológica privada, entre febrero de 2008 y septiembre de 2010. El grupo de control se seleccionó utilizando la metodología de bola de nieve, lo que se hizo con dos colaboradores de la Universidad de Sevilla, en el mismo intervalo de tiempo. Un tercio de la muestra clínica fue escogida al azar para establecer la fiabilidad test-retest.

Para el grupo de pacientes los instrumentos de evaluación fueron entregados en la segunda sesión de terapia en el siguiente orden: entrevista inicial de elaboración propia, BAI, BDI, PSWQ, DAS, GHQ-28, REF, Sinceridad del EPI, MIPS, MCMI-II. Los pacientes rellenaban estas escalas en su domicilio y las devolvían en la sesión posterior de terapia. La prueba BPRS fue aplicada en la sesión de entrevista por el profesional que lleva a cabo el proceso terapéutico. Con respecto al grupo control, se administró una entrevista inicial de elaboración propia, la escala REF de pensamiento referencial, Sinceridad del EPI y el cuestionario MIPS. Todas las pruebas se desarrollaron en formato autoinformado.

Se utilizaron estadísticos descriptivos y de contraste de medias (t-test) para comparar las siguientes características de pacientes y controles: edad, estatus sociodemográfico (SDS), sinceridad del EPI (cumpliendo el criterio de homocedasticidad, F_{Levene}), y chi-cuadrado de Pearson para género x grupo (2×2) utilizando tablas de contingencia. Las respuestas a los ítems de la escala REF se compararon con chi-cuadrado 2×2 y tablas de contingencia (verdadero/falso, paciente/control), con la corrección de Fisher en algunos casos. Se llevaron a cabo comparaciones de medias (t-test, F o H), con análisis post hoc y teniendo en cuenta la homogeneidad de la varianza. En algunas comparaciones, dado el pequeño tamaño de la muestra y la probabilidad del error tipo II, se aplicó el contraste de Bonferroni.

Para los análisis de regresión múltiple, se utilizaron sucesivas variables de contenido similar; las que incluyeron medidas sociodemográficas (edad, SDS), medidas clínicas (BPRS, BAI, BDI, PSWQ, y GHQ-28), medidas de vulnerabilidad (DAS global y factores), y medidas disposicionales (MCMI-II, ejes I y II). La significación estadística se es-

tableció para un intervalo de confianza del 95% y $p < 0.05$ como criterio. Los análisis estadísticos se realizaron con el SPSS v. 15 para Windows.

RESULTADOS

En la medida de PR, no hay diferencias estadísticamente significativas entre género o SDS (Tabla 2); de modo similar, no hay diferencias entre los grupos de edad, $F(4, 115) < .05$, pero sin homogeneidad de varianza. La prueba H de Kruskal-Wallis no mostró diferencias significativas entre los grupos de edad, $\chi^2(4, N = 120) = 8.22, p = .084$. En suma, no

diferencia significativa de la presencia del contenido autorreferencial se da sólo en 12 ítems.

Se observan diferencias significativas en las AR entre los grupos de diagnóstico, $F(7, 70) = 4.476, p = .0001$, homocedasticidad: $F_{Levene} = 1.505, p = .183$. Cuando se excluyen las categorías con pocos casos (trastornos de la conducta alimentaria y adicciones), se aprecian de nuevo diferencias entre los grupos (con homocedasticidad), (ANOVA, Tabla 4 para 5 gl). Se dieron diferencias significativas en AR entre pacientes con trastornos psicóticos y los demás grupos de diagnóstico (test de Bonferroni, $p < .05$), excepto para los trastornos somatoformes y disociativos. La eliminación de la categoría "Otras

Tabla 2. Comparaciones de medias de las variables sociodemográficas y de grupo sobre las autorreferencias (AR)

Sexo	N	media (DT)	t / F	gl	p	FLevene
Varones(1)	48	5.52 (6.30)				
Mujeres(2)	72	6.35 (5.89)	-0.732	118	.465	0.388
Estatus sociodemográfico (SDS) (rangos)						
11-17 (muy alto)(1)	26	4.23 (4.18)				
18-27 (alto)(2)	25	5.12 (5.65)				
28-43 (medio)(3)	34	8.50 (8.03)	1.653	4	.166	2.39
44-60 (bajo)(4)	20	6.07 (5.71)				
61 o más (muy bajo)(5)	15	6.02 (6.04)				
Edad (rangos)						
18-25 (1)	34	7.35 (6.45)				
26-35 (2)	31	4.64 (4.35)				
36-45 (3)	34	7.17 (7.42)	1.991	4	.100	2.77*
46-55 (4)	18	4.50 (4.20)				
56 o más(5)	3	1.00 (1.00)				
Grupo						
Pacientes(1)	70	7.79 (6.72)				
Controles(2)	50	3.82 (4.08)	3.522	118	.001	11.097**

Significación: * $p < .05$; ** $p < .01$

hay diferencias significativas entre los valores de AR en las categorías de edad incluso excluyendo a los sujetos de 56 años o mayores, $F(3, 116) = 1.893, p = .135$, dándose el criterio de homogeneidad: $F_{Levene} = 2.681, p = .050$.

Como se esperaba, la puntuación en AR de pacientes y controles fue significativamente diferente (aunque la comparación supuso heteroscedasticidad). Las AR se dan en 13 de los 34 ítems de la prueba para el 20% de los participantes, y en más del 40% en el caso de los ítems 9 y 31 (Tabla 3). Aunque las AR son más frecuentes en pacientes que en controles, la

condiciones aplicables al Eje I" (que tienen el funcionamiento más próximo al normal), no alteró significativamente los resultados: $F(4, 65) = 5.240, p = .001, F_{Levene} = 1.434 (p > .05)$.

No se dieron diferencias estadísticamente significativas en las AR de pacientes con diferentes grupos de trastornos de personalidad (basado en comparaciones no paramétricas, tabla 4). Se observaron puntuaciones destacadas en el grupo C y las más pronunciadas en los casos clasificados en las formas no especificadas (combinaciones de trastornos de personalidad).

Tabla 3. Porcentaje de respuestas y análisis comparativo entre pacientes y controles para cada ítem de la escala REF de pensamiento referencial

Items de la escala REF	% respuesta	Chi-Cuadrado	Más común en...
1	31.7	22.187**	Pacientes
2	13.3	6.462*	Pacientes
3	21.7	15.762**	Pacientes
4	8.3	7.792*!	Pacientes
5	9.2	2.748!	Pacientes
6	10	6.095*	Pacientes
7	9.2	5.287*!	Pacientes
8	24.2	1.779	Pacientes
9	43.3	6.206*	Pacientes
10	18.3	0.312	Pacientes
11	19.2	1.477	Pacientes
12	16.7	1.344	Pacientes
13	10	1.524	Pacientes
14	12.5	3.311	Pacientes
15	3.3	2.956!	Pacientes
16	28.3	3.944*	Controles
17	6.7	0.980!	Pacientes
18	21.7	9.433**	Pacientes
19(R)	20	0.000	No diferencias
20	5	1.624!	Pacientes
21	6.7	0.980!	Pacientes
22	4.2	0.006!	Pacientes
23	4.2	1.008!	Pacientes
24	23.3	2.577	Pacientes
25	7.5	0.031!	Pacientes
26	9.2	1.032!	Pacientes
27	7.5	0.031!	Pacientes
28	31.7	5.392*	Pacientes
29	30	8.000**	Pacientes
30	35.8	5.220*	Pacientes
31	45	2.805	Pacientes
32	22.5	0.995	Pacientes
33	34.2	7.648**	Pacientes
34	7.5	3.737!	Pacientes

Significación estadística: *p < .05; ** p < .01; ! = Corrección Fisher ; (R) = ítem inverso.

No se hallaron diferencias en las AR de pacientes con trastornos del Eje I, Eje II, o en ambos Ejes (tabla 4). Sin embargo, el valor promedio en AR es más bajo en pacientes del Eje I y más elevado en los pacientes ubicados en ambos Ejes; los últimos combinan diagnósticos (lo que sugiere gravedad); La diferencia entre el primer Eje y la categoría combinada de Ejes no es estadísticamente significativa, $t(67) = -1.908$, $p = .061$, $F_{Levene} = 0.841$, $p = .362$.

Tomando el conjunto de la muestra, las AR de los sujetos con antecedentes de psicopatología ($M = 9.00$, $DS = 7.77$)

fueron significativamente mayores que las AR de los sujetos sin antecedentes ($M = 5.11$, $DS = 5.13$), $t(120) = -2.49$, $p = .018$. Dado que la mayoría de los sujetos con antecedentes eran pacientes, los análisis se repitieron para comparar pacientes y controles, con el mismo resultado ($M = 10.39$, $DS = 7.91$ vs. $M = 6.21$, $DS = 5.66$, respectivamente), $t(28) = -2.53$, $p = .013$.

Se realizó un ANOVA sobre las puntuaciones en PR de pacientes en las siguientes categorías: psicopatología actual, recaída, y sin historia de psicopatología. Los resultados

Tabla 4. Comparaciones de autorreferencias (AR) entre pacientes con trastornos diagnosticados

Grupos diagnósticos del Eje I	n	media (DT)	F/H/t	gl	p	FLevene
Trastornos depresivos (1)	14	6.57 (7.39)				
Trastornos adaptativos(2)	13	5.23 (4.19)				
Trastornos disociativos y somatoformes (3)	4	7.75 (5.56)				
Trastornos de ansiedad (4)	20	7.35 (4.90)	5.056	5	.001	1.900
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (5)	6	18.33 (9.56)				
Otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica (6)	5	3.20 (1.92)				
Clusters de trastornos de personalidad (Eje II)						
Cluster A(1)	2	15.50 (9.19)				
Cluster B(2)	1	16.00	2.272	3	.518	1.834
Cluster C(3)	7	8.71 (4.02)				
Trastorno de Personalidad no especificado NOS(4)	6	10.33 (9.89)				
Diagnóstico Eje I yEje II						
Eje I(1)	54	6.68 (6.37)				
Eje II(2)	3	9 (4.58)	1.929	2	.153	0.656
Ambos(3)	13	10.62 (7.83)				
Historia de psicopatología						
Ninguno(1)	92	5.11 (5.12)				
Antecedentes distintos de la consulta inicial...(2)	5	16.60 (10.5)	10.78	2	.000	6.420**
Psicopatología ya tratada con anterioridad (3)	23	7.35 (6.17)				
Prescripción farmacológica						
Sin psicofármacos(1)	88	4.73 (4.49)				
Con psicofármacos(2)	32	9.56 (9.56)	-3.20	38.1	.003	17.716**

Significación estadística: * $p < .05$; ** $p < .01$

mostraron diferencias significativas entre dichos niveles, pero sin homogeneidad de la varianza (tabla 4). Cuando se aplicaron pruebas t para la desigualdad de la varianza, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($t_{0,1} = 0.070$, $t_{0,2} = 0.075$, $t_{1,2} = 0.121$; $p > .05$). Se obtuvo el mismo resultado cuando se utilizó únicamente el grupo de pacientes, $F(2, 70) = 6.639$, $p = .002$, $F_{Levene} = 3.974$, $p < .05$; ninguno de los análisis post hoc reveló una categoría con valores de AR significativamente diferentes a las otras: $t_{0,1} = 0.091$, $t_{0,2} = 0.136$, $t_{1,2} = 0.170$; $p > .05$.

tomaban medicación (datos sin homogeneidad de la varianza). El mismo análisis, dirigido sólo a los pacientes, también reveló diferencias significativas entre esos dos grupos, $t(70) = -2.42$, $p = .020$; datos sin homogeneidad de la varianza: $F_{Levene} = 8.385$, $p < .05$.

Finalmente, se aplicó un análisis de regresión múltiple por pasos para analizar las variables sociodemográficas, clínicas, de vulnerabilidad a la depresión y disposicionales sobre el PR (AR). Según este análisis, se halló que el 56.4% del total de la varianza en AR pudo ser explicado por una combinación

Tabla 5. Análisis predictivo del pensamiento referencial (PR)

VARIABLES SIGNIFICATIVAS	R2 ajustada	Beta	t	Sig.
Constante			-.690	.494
MCCI - Pensamiento psicótico	.405	.333	2.617	.012
BPRS -desorganización conceptual	.464	.375	3.399	.002
Edad	.526	-.259	-2.510	.016
DAS - global	.564	.251	2.153	.037

Para verificar los efectos de los psicofármacos sobre las puntuaciones de la REF, se aplicó una prueba de contraste de medias. Esta prueba mostró que los sujetos que tomaban psicofármacos puntuaron más alto en AR que aquellos que no

de trastornos del pensamiento o subescala del MCCI-II (40.5%), la desorganización conceptual o subescala de la BPRS (5.9%), la edad (6.2%), y el global de la escala DAS (3.8%) (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Como apuntaron Meyer y Lenzenweger (2009), una persona podría ser más sensible al ambiente cercano si experimenta un trastorno psicopatológico (Eje I o Eje II) o tiene antecedentes psicopatológicos. Sin embargo, las diferencias (pacientes versus controles, con antecedentes o no de psicopatología, etc.) es cuantitativa (dependiente de la frecuencia) y no cualitativa; en suma, es común que la mayor parte de los tipos de AR sucedan también en controles (hay una reactividad universal a los estímulos sociales). Estos resultados confirman nuestra primera hipótesis de que hay un continuo en el PR entre pacientes y controles, identificado sobre la base de medidas cuantitativas, pero donde el contenido de las AR es cualitativamente similar.

Las puntuaciones en AR son menos homogéneas entre los pacientes que en el grupo control; esto ha de analizarse con cautela. Es posible que la psicopatología sea un proceso altamente heterogéneo que refleja estados y/o rasgos, y no sólo una medida de rasgo de esquizotipia como Lenzenweger (2006) propuso cuando creó la escala REF. Un diagnóstico o condición psicopatológica (estado) puede fortalecer los contenidos AR ya presentes o dificultar afrontarlos cuando empiezan a manifestarse.

De acuerdo con Johns y Van Os (2001) la heterogeneidad podría evidenciar un continuo entre pacientes y la población general, y entre los propios pacientes. También implicaría que si hacemos referencia a una expresión de la esquizotipia, las diferencias entre los pacientes, y también entre los controles, pueden ser menos pronunciadas y estables de lo esperado. Por otro lado, la variabilidad de las puntuaciones en el PR entre los pacientes pone de relieve la importancia de la inestabilidad de las AR como estado predelirante, un síntoma precursor (y por lo tanto una condición latente para el desarrollo clásico del proceso psicótico) (Schultze-Lutter et al., 2010) o bien un síntoma (o síndrome) de riesgo asociado a diferentes vías psicopatológicas (McGorry, 2010).

Se dieron diferencias en las AR entre los grupos de diagnóstico, particularmente elevado entre los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; esto confirma nuestra segunda hipótesis, es decir, que el PR es más evidente como precursor o un síntoma de psicosis (esquizotipia positiva, desorganización, como rasgos de defensa cognitiva). Además, se hallaron diferencias entre pacientes en diferentes fases del trastorno psicótico: dos pacientes estaban en fase activa, dos estaban estabilizados, y el resto estaban en fase residual. Por lo tanto, el PR se desarrolla durante la fase prodrómica, alcanza su pico durante la fase activa, y desciende durante la fase residual. Durante la fase residual, la AR es un predictor útil de mejora o empeoramiento, de tal manera que, en un trabajo previo, apreciamos un descenso de AR en la etapa residual y, sin embargo, una recuperación de las puntuaciones obtenidas en la etapa de supervisión de pacientes

psicóticos, siendo necesario un aumento de la dosis de neuroleptico (Rodríguez-Testal et al., 2009). Esto recalca la idea de que el PR puede ser un estado (psicopatología) o un rasgo (fase predelirante).

Algunas condiciones del Eje I, como los trastornos adaptativos y los problemas relacionales (es decir, Otras condiciones aplicables al Eje I) tienen puntuaciones en AR próximas a los controles. Otras psicopatologías, como la ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, etc., muestran puntuaciones marcadas en los valores autorreferenciales.

Se llevaron a cabo análisis unidireccionales para comprobar si los pacientes con trastornos de personalidad puntuaban de manera marcada; de hecho, estas condiciones clínicas pueden ser consideradas prepsicóticas (especialmente del grupo A). Desafortunadamente, aunque el número total de diagnósticos del eje II es la muestra de este estudio (23%) representa una proporción razonable de estos casos en un entorno clínico, no es lo suficientemente amplia para ser concluyente en los resultados. El promedio elevado en AR en pacientes del grupo A es consistente con las observaciones de Lenzenweger et al. (1997) y Meyer and Lenzenweger (2009) con respecto a los sujetos esquizotípicos y paranoides. Sin embargo, en la categoría de no especificados, (combinación de trastornos de personalidad), surge de nuevo la interpretación de que la aditividad (condición de severidad) apunta a las condiciones tanto de rasgo como de estado. Por tanto, no puede apoyarse definitivamente la hipótesis 3.

La hipótesis 4 se confirmó, lo que sugiere que puede darse una combinación de factores de estado y de rasgo en el aumento de las AR. De este modo, los antecedentes de psicopatología (en pacientes y controles) pueden ser un indicador de vulnerabilidad; la toma de psicofármacos (pacientes o controles) una condición de estado que influye en alguna medida; y tener diagnósticos en ambos ejes, puede ser un indicador de aditividad psicopatológica tanto estado como rasgo.

En los análisis de regresión, observamos que los primeros dos parámetros estuvieron representados por variables clínicas del pensamiento psicótico (rasgo o estado) (trastorno de pensamiento, MCMI-II) y desorganización conceptual (BPRS), lo que refleja la aparición de síntomas positivos. El primer componente está conectado con el desarrollo de la suspicacia, desconfianza, y pensamiento distorsionado, pero no con la actividad delirante en sí misma. El segundo componente, la desorganización conceptual, indica una ruptura de la coherencia de pensamiento (trastornos formales de pensamiento). Por tanto, la escala REF detecta la progresión de desarrollo de la psicosis. En suma, como señaló Startup et al. (2010) la escala REF es útil porque identifica la severidad de los trastornos psicóticos. Las últimas dos variables en la ecuación de regresión, edad y DAS, representan dos condiciones de "rasgo"; la primera, relacionada con la madurez en

el desarrollo, destacando la importancia de las AR en los sujetos más jóvenes, y la segunda que indica vulnerabilidad a la depresión (posiblemente relacionada con los ítems acerca de la culpa de la escala REF), lo que confirma nuestra quinta hipótesis: el PR es un factor de vulnerabilidad cognitiva (rasgo o sensibilidad) vinculado al estado de ánimo (la implicación de las variables afectivas en el desarrollo del PR).

Deberían tenerse en cuenta algunas limitaciones en este estudio. Una muestra más amplia de participantes permitiría análisis con diagnósticos más exhaustivos en lugar de categorías globales de trastornos. Por ejemplo, la inclusión de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y fobia social (dentro de la categoría de “trastornos de ansiedad”) puede difuminar la información sobre el PR, porque la actividad autorreferencial en la fobia social es continua, muy diferente del trastorno obsesivo compulsivo. Además, aplicamos una única medida (diseño transversal). Como se mencionó más arriba, el PR es un componente predelirante y, para poder establecer la progresión de la psicosis, al menos deberían tomarse dos medidas: una en la etapa predelirante y otra en la fase delirante. Finalmente, han de tenerse en cuenta algunas dificultades cuando se aplica la escala REF para valorar el PR. Por ejemplo, una mujer fue diagnosticada de Trastorno delirante (subtipo celotípico). Esta paciente puntuó únicamente 1 en la escala REF y, sin embargo, al terminar de realizar la prueba señala: “A mí lo que me agobia es cuando entro en un autobús y la gente empieza a cuchichear sobre mí o cuando voy por la calle y se ríen en mi propia cara” (sic). Se trata pues de que el PR es una actividad encubierta de difícil reconocimiento y comunicación. Inevitablemente, un autoinforme introduce distorsiones en la obtención de los datos.

CONCLUSIONES

El hecho de que los sujetos controles y los pacientes no se diferencien en el contenido de las AR implica que hay un continuo en el proceso de desarrollo del PR. Por otro lado, nuestros datos sugieren que, en ausencia de patología, los efectos de las AR son debilitados por los recursos internos o afrontamiento en las situaciones sociales cargadas emocionalmente. Hallamos que las personas con patología carecen de recursos o son más vulnerables cuando surge el esquema defensivo de las AR; esto es especialmente prevalente en las psicosis, y en pacientes con tratamientos farmacológicos.

El pensamiento referencial puede ser tanto una manifestación de estado (su presencia en sí misma tiene un efecto aditivo sobre otras patologías), y una manifestación rasgo (una característica de los procesos psicóticos, y posiblemente asociado a los trastornos del estado de ánimo). Futuros trabajos deberían abundar en esta condición estado/rasgo en la psicopatología.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision. DSM-IV-TR* (4th ed.). Washington DC: APA.
- Andersen, J. P. (1989). Monomer-oligomer equilibrium of sarcoplasmic reticulum Ca-ATPase and the role of subunit interaction in the Ca²⁺ pump mechanism. *Biochimica Et Biophysica Acta - Reviews on Biomembranes*, 988(1), 47-72.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1143-1192.
- Cicero, D. C., & Kerns, J. G. (2010). Multidimensional factor structure of positive schizotypy. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 327-343. doi:10.1521/pedi.2010.24.3.327
- Cicero, D. C., & Kerns, J. G. (2011). Unpleasant and pleasant referential thinking: Relations with self-processing, paranoia, and other schizotypal traits. *Journal of Research in Personality*, 45(2), 208-218. doi:10.1016/j.jrp.2011.02.002
- Diez-Alegría, C., Vázquez, C., Nieto-Moreno, M., Valiente, C., & Fuentenebro, F. (2006). Personalizing and externalizing biases in deluded and depressed patients: Are attributional biases a stable and specific characteristic of delusions? *British Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 531-544. doi:10.1348/014466505X86681
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1990). *Cuestionario de personalidad EPI [EPI Personality questionnaire]* (6th ed.). Madrid: TEA.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 425-457. doi:10.1016/j.cpr.2006.10.004
- Gooding, D. C., & Pflum, M. J. (2011). Theory of mind and psychometric schizotypy. *Psychiatry Research*, 188(2), 217-223. doi:10.1016/j.psychres.2011.04.029

- Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, J., & Linz, M. (2008). BSABS. bonn scale for the assessment of basic symptoms. Aachen: Shaker Verlag.
- Hollingshead, A. A. (1975). Five factor index of social position. Yale University. New Haven.C.T:
- Johns, L. C., & Van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1125-1141.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 13-23.
- King, L. A., & Hicks, J. A. (2009). Positive affect, intuition and referential thinking. *Personality and Individual Differences*, 46(7), 719-724. doi:10.1016/j.paid.2009.01.031
- Lenzenweger, M. F. (2006). Schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia: Paul E. meehl's blueprint for the experimental psychopathology and genetics of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 195-200.
- Lenzenweger, M. F., Bennett, M. E., & Lilienfeld, L. R. (1997). The referential thinking scale as a measure of schizotypy: Scale development and initial construct validation. *Psychological Assessment*, 9(4), 452-463.
- Lobo, A., Perez-Echeverria, M. J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the general health questionnaire (GHQ-28) in a spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135-140.
- Lukoff, D., Liberman, R. P., & Nuechterlein, K. H. (1986). Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 578-602.
- Magán, I., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2008). Psychometric properties of a spanish version of the beck anxiety inventory (BAI) in general population. *Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 626-640.
- McGorry, P. D. (2010). Risk syndromes, clinical staging and DSM V: New diagnostic infrastructure for early intervention in psychiatry. *Schizophrenia Research*, 120(1-3), 49-53. doi:10.1016/j.schres.2010.03.016
- Meyer, E. C., & Lenzenweger, M. F. (2009). The specificity of referential thinking: A comparison of schizotypy and social anxiety. *Psychiatry Research*, 165(1-2), 78-87. doi:10.1016/j.psychres.2007.10.015
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495.
- Millon, T. (1999). Inventario clínico multiaxial de millon-II. MCMI-II manual [Millon Clinical Multiaxial Inventory II. MCMI-II Handbook]. Madrid: TEA.
- Peralta Martín, V., & Cuesta Zorita, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas De Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines*, 22(4), 171-177.
- Rodríguez-Testal, J. F., Valdés-Díaz, M., Benítez-Hernández, M. M., Fuentes-Márquez, S., Fernández-Jiménez, E., & Senín-Calderón, M. C. (2009). Stability and reliability of the assessment of referential thinking by the REF scale. *World Psychiatry*, 8 (suppl.1), 297.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Psicología*, 14(2), 107-122.
- Sanz Fernández, J., & Vázquez Valverde, C. (1994). Algunas consideraciones adicionales sobre la versión española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman and Beck. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 669-673.
- Sanz-Fernández, J., & Vázquez-Valverde, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman and Beck: Propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 707-750.
- Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Berning, J., Maier, W., & Klosterkötter, J. (2010). Basic symptoms and ultrahigh risk criteria: Symptom development in the initial prodromal state. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 182-191. doi:10.1093/schbul/sbn072
- Senín-Calderón, M. C., Rodríguez-Testal, J. F., Fernández-Jiménez, E., Benítez-Hernández, M. M., Fuentes-Márquez, S., & Valdés-Díaz, M. (2010). PW01-135 - usefulness of likert format in assessment of referential thinking. *European Psychiatry*, 25, Supplement 1(0), 1551. doi:10.1016/S0924-9338(10)71534-0
- Startup, M., Sakrouge, R., & Mason, O. J. (2010). The criterion and discriminant validity of the referential thinking (REF) scale. *Psychological Assessment*, 22(1), 65-69. doi:10.1037/a0016584

- Vázquez, C., & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. [Reliability and normative values of Beck Depression Inventory Spanish version of 1978 in Psychological Disorders] *Clínica y Salud*, 10, 59-81.
- Weissman, A., & Beck, A. T. (1978). In Paper presented at the meeting of the association for the Advancement of Behavior Therapy (Ed.), *Development and validation of the dysfunctional attitudes scale*. Chicago, IL:
- Wing, J., Cooper, J., & Sartorius, N. (1974). *The description and classification of psychiatric symptoms: An instruction manual for the PSE and CATEGO system*. London: University Press.
- Wong, G. H. Y., Hui, C. L. M., Tang, J. Y. M., Chiu, C. P. Y., Lam, M. M. L., Chan, S. K. W., ... Chen, E. Y. H. (2012). Screening and assessing ideas and delusions of reference using a semi-structured interview scale: A validation study of the ideas of reference interview scale (IRIS) in early psychosis patients. *Schizophrenia Research*, 135(1-3), 158-163. doi:10.1016/j.schres.2011.12.006
- Zinck, A. (2008). Self-referential emotions. *Consciousness and Cognition*, 17(2), 496-505. doi:10.1016/j.concog.2008.03.014