

## Ideas de referencia de observación y comunicación y su relación con síntomas psicóticos positivos

**Cristina Senín Calderón**

*Universidad de Cádiz, España*

**Juan F. Rodríguez Testal\***

*Instituto de Biomedicina, Universidad de Sevilla, Hospital Universitario Virgen del Rocío, España*

**Salvador Perona Garcelán**

*Instituto de Biomedicina, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Universidad de Sevilla, España*

**Miguel Ruiz Veguilla**

*Instituto de Biomedicina de Sevilla, España*

**María M. Medina García**

*Universidad de Sevilla, España*

### ABSTRACT

***Relations between positive psychotic symptoms and ideas of reference observation and communication.*** The ideas of reference (IOR) are observable in varied psychopathological manifestations, although predominate in psychotic disorders. We tried to study the IOR according to their content (observation, communication, and other IOR). We tried to determine if these kinds of IOR are separable, and also to observe their relationship with some positive symptoms. Participated 364 patients (39 participants with schizophrenia and other psychotic disorders). The instruments used were the Referential Thinking Scale (REF) and BPRS rating-scale. Statistically significant differences between the observation and communication IOR were found, and also between the communication IOR and other IOR. Significant positive correlations between observation IOR and grandiosity were reached, and between observation IOR and suspicion (persecution delusion in BPRS). The observation IOR are rather indicator of delusional severity in general than a specific content of psychopathology, and this kind of IOR are not restricted to the persecutory delusions. *Key words:* ideas of reference, self-references, observation, communication, psychotic symptoms.

### *Novedad y relevancia*

*¿Qué se sabe sobre el tema?*

- Las ideas de referencia representan un constructo muy conocido en psicopatología, pero con muy escasa investigación centrada en la misma.
- La caracterización de ideas de referencia de Startup y Startup (2005) ha sido considerada muy relevante en la clínica diaria.

*¿Qué añade este artículo?*

- Corroborar la importancia y gravedad de las ideas de referencia de observación.
- Incorpora la importancia de la relación de las ideas de referencia no sólo con los contenidos persecutorios, sino también con la megalomanía y que es relevante la valencia positiva o negativa a las ideas de referencia.

El pensamiento referencial es un tipo de actividad cognitiva (y afectiva); una forma de cognición social automática, que permite a la persona analizar y regular su comportamiento en función de la situación o contexto en el que se desenvuelve (Senín Calderón y Rodríguez Testal, 2012).

\* Dirigir correspondencia a: Juan Francisco Rodríguez Testal, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Sevilla, c/ Camilo José Cela s/n 41018 Sevilla, España. E-mail: testal@us.e.

Las ideas de referencia o autorreferencias, serían un ejemplo del concepto más global de pensamiento referencial, y son conceptualizadas por el DSM-5 (APA, 2013), como: “Interpretaciones incorrectas de incidentes casuales y eventos externos, los cuales tienen un significado inusual y particular específicamente para la persona. Deben ser distinguidas de los delirios de referencia, cuyas creencias son mantenidas con convicción delirante” (p. 823).

En términos generales, las ideas de referencia son observables en manifestaciones depresivas, ansiosas, o dismórficas (Phillips, McElroy, Keck, Pope y Hudson, 1993), así como en trastornos de personalidad, principalmente del grupo extraño (paranoide, p.ej.) o del grupo dramático (límite o histriónico, p.ej.), si bien son especialmente destacadas entre los trastornos psicóticos en general (Senín Calderón y Rodríguez Testal, 2012; APA, 2000; Lenzenweger, Bennett y Lilienfeld, 1997; Rodríguez Testal, Senín Calderón, Perona Garcelán, Ruíz Veguilla y Fernández Jiménez, 2012; Wing, Cooper y Sartorius, 1974).

Por tanto, las ideas de referencia son relevantes desde el punto de vista del diagnóstico psicopatológico. Se ubican entre la actividad prodrómica de la esquizofrenia y, como actividad propiamente delirante, en dos tercios de las personas con esquizofrenia (Cicero y Kerns, 2011a). Se consideran entre los llamados síntomas básicos (precursores y prodrómicos), ambos con un índice de transición a la psicosis altamente significativo (Schultze-Lutter, Ruhrmann, Berning, Maier y Klosterkötter, 2010; Wilcox, Briones, Quadri y Tsuang, 2014). Sin embargo, la presencia de ideas de referencia, incluso de manera destacada, no está limitada a este grupo de pacientes, como se ha dicho antes, por lo que es en sí mismo un indicador de psicopatología grave sobre todo cuando resulta persistente (Rodríguez Testal *et al.*, 2012; Senín Calderón, Rodríguez Testal y Perona Garcelán, 2014).

En los casos más graves, las ideas de referencia se revelan como delirantes: ideas delirantes referenciales aisladas o, con mayor estructura, organización, y estabilidad, en los delirios de referencia (a menudo considerados junto con los delirios persecutorios). Startup y Startup (2005) diferenciaron las ideas delirantes de referencia en dos tipos: las que tenían que ver con las experiencias de comunicación y las de observación. En las primeras, las preocupaciones de los pacientes se evidencian a través de la comunicación paralingüística (dobles significados, indirectas, insinuaciones); de la comunicación no verbal, medios de comunicación, y objetos inanimados. Esta versión de las autorreferencias de comunicación sería el delirio de referencia propiamente dicho. En cambio, en las experiencias de observación, las autorreferencias aluden al seguimiento, la persecución, o difusión de rumores. Para Startup y Startup (2005), estas ideas de referencia de observación tienen una estrecha relación con las alucinaciones y, en consecuencia, serían las autorreferencias ligadas a las características ideas delirantes persecutorias. Estudiar las ideas de referencia de observación permitiría caracterizar ciertas manifestaciones psicopatológicas por su gravedad.

Siguiendo el estudio de Startup y Startup (2005) nos proponemos, como primer objetivo, verificar si las ideas de referencia de observación y comunicación, extraídas a partir de los ítems de la escala REF de pensamiento referencial (Lenzenweger *et al.*, 1997), son contenidos diferenciables y separables de otras ideas de referencia. Predecimos que habrá diferencias significativas en las puntuaciones dadas a las ideas de referencia

de observación y comunicación, así como entre dichos contenidos y otras ideas de referencia de la escala REF (ej. las relativas a la culpabilidad).

Asimismo, y en función de los autores citados, como segundo objetivo, se trata de comprobar si las ideas de referencia de observación pueden suponer mayor gravedad al asociarse a síntomas psicóticos positivos como las alucinaciones, o de cierta especificidad psicopatológica por su relación con los delirios persecutorios (medidos ambos por medio de la escala BPRS (Lukoff, Liberman y Nuechterlein, 1986). Predecimos, entre los pacientes con Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, que las puntuaciones más elevadas en las ideas de referencia de observación, se corresponderán con mayores puntuaciones en alucinaciones y suspicacia (de la BPRS, que incluye ideas delirantes persecutorias), frente a las ideas de referencia de comunicación; mientras que no se darán diferencias estadísticamente significativas entre ambas ideas en los factores de la BPRS de contenido inusual del pensamiento y de grandiosidad (otros delirios no persecutorios).

## MÉTODO

### *Participantes*

Participaron 364 pacientes, 63.2% mujeres. Los participantes procedieron de una unidad de Salud Mental Comunitaria de la provincia de Cádiz (España) y de un Centro clínico privado de Sevilla (España). Las edades oscilaron entre 18 y 73 años ( $M= 33,55$  años,  $DT= 11,76$ ). Con respecto al estado civil, el 60.4% está soltero, 32.4% casado/ pareja de hecho, 1.4% viudo y el 5.8% viudo o separado. El índice de clase social (Hollingshead, 1975) osciló entre 11 (clase social muy alta) y 77 (clase social muy baja) con una media de 36,13 ( $DT= 20,55$ ; clase social media). Los diagnósticos de los pacientes se agruparon según categorías generales siguiendo la nomenclatura del DSM-IV-TR (APA, 2000): trastornos de la personalidad ( $n= 27$ ); trastornos del estado de ánimo ( $n= 104$ ); trastornos adaptativos ( $n= 46$ ); trastornos disociativos y somatoformes ( $n= 38$ ); trastornos de la conducta alimentaria ( $n= 12$ ); trastornos de ansiedad ( $n= 77$ ); esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ( $n= 39$ ); TDAH ( $n= 1$ ); trastornos relacionados con el consumo de sustancias ( $n= 3$ ); otros aplicables al eje I ( $n= 13$ ); disfunciones sexuales ( $n= 2$ ); trastornos generalizados del desarrollo ( $n= 2$ ).

### *Instrumentos*

*Evaluación Inicial Autoaplicada.* Documento de elaboración propia para recoger características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, estudios); preguntas relativas a enfermedades físicas y mentales actuales; antecedentes de trastorno mental; prescripción de fármacos, consumo de alcohol y drogas.

*Escala de pensamiento referencial* (REF, Lenzenweger et al., 1997; versión española, Senín Calderón et al., 2010a). Instrumento conformado por 34 ítems de opción verdadero/falso acerca de pensamientos y experiencias referenciales, incluyendo ideas de referencia (IR) de diferentes contenidos. Puntuaciones elevadas indican una sobreinterpretación de las señales ambientales y atribución de un significado especial para el sujeto. Ejemplo: ítem 2. "A menudo pienso que la gente habla sobre mí cuando voy por la calle V/F".

En esta investigación se ha empleado la estructura factorial extraída de Fernández-Jiménez, Rodríguez Testal y Senín Calderón (2011), cuyos factores son esencialmente coincidentes con los del creador del instrumento. Lenzenweger *et al.* (1997) obtuvieron una consistencia interna entre .83 y .85 (en diferentes muestras), con un promedio en la población general de entre 4.14 y 4.52 IR, y test-retest de 0.86 (4 semanas de intervalo). La validez es adecuada, el global de la escala se relaciona sobre todo con indicadores de esquizotipia positiva (como pensamiento mágico, aberraciones perceptivas). En población española se obtuvo una consistencia interna de .90, un promedio de 3.82 IR en población general, y una fiabilidad test-retest de .76 (44 días de intervalo medio; (Senín Calderón *et al.*, 2010a). Para este estudio se han escogido 3 de los 5 factores propuestos en el análisis factorial previo (Fernández Jiménez *et al.*, 2011). Los factores empleados fueron: F1ObC “risas y comentarios” (contenidos tanto de observación como de comunicación); F2C “canciones, periódicos, libros” (contenidos de comunicación); F3Ob “atención y apariencia” (contenidos de observación).

*Escala de Apreciación Psiquiátrica Breve* (BPRS. Lukoff *et al.*, 1986). Entrevista estructurada para el análisis y seguimiento de 24 indicadores psicopatológicos en formato de respuesta Likert de 1 a 7 puntos, en especial de los síntomas psicóticos (Andersen *et al.*, 1989) (incluyendo las ideas delirantes de referencia). Los resultados de fiabilidad (interobservadores) se consideran buenos en la versión de 16 ítems (de .56 a .90) y de 10 ítems (de .70 a .80). En la presente investigación se obtuvo una consistencia interna de .84 para toda la escala y consistencias de .69 a .78 en las distintas agrupaciones de síntomas. Dichas agrupaciones son: dimensión psicótica (suspiciosa, contenido inusual de pensamiento, grandiosidad, alucinaciones y hostilidad); emocional (preocupación somática, ansiedad, depresión, culpabilidad, elación, conducta suicida, tensión); desorganizada (desorganización conceptual, excitación, manierismos, negativismo, negligencia, comportamiento bizarro, hiperactividad, distraibilidad, orientación) y negativa (retardo motor, afecto plano, indiferencia emocional). Estas dimensiones se obtuvieron a partir de un análisis factorial previo de componentes principales establecido para 4 factores (KMO= .78), esfericidad de Bartlett= .000, y 53.35% de la varianza explicada por esta solución.

### *Procedimiento*

Se empleó un diseño *ex post facto* de comparación intragrupo. La selección de los participantes se hizo mediante muestreo incidental. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado en el que se pedía su permiso para participar voluntariamente y de forma anónima en la investigación. En la primera sesión de evaluación, se entregó a cada paciente un dossier donde se incluyó la evaluación autoaplicada y la escala REF con el compromiso de entregar dichas pruebas autoinformadas en la siguiente cita. En la primera entrevista, el evaluador cumplimentó la escala BPRS.

A continuación, se describe el procedimiento empleado para cada uno de los objetivos. En un primer paso del objetivo 1 se tomó el análisis factorial de la escala REF de pensamiento referencial de Fernández Jiménez *et al.* (2011) donde se seleccionaron las dimensiones o factores: F1ObC “risas y comentarios” (ítems acerca de ideas de referencia tanto de observación como de comunicación); F2C “canciones, periódicos y libros” (ítems sobre ideas de referencia de comunicación); F3Ob “atención y apariencia” (ítems relacionados con las ideas de referencia de observación).

A continuación, y de forma independiente, los investigadores principales del estudio evaluaron los 34 ítems de la escala REF de pensamiento referencial para identificar los contenidos de ideas de referencia de observación, comunicación, y otros (diferentes a los anteriores y relacionadas fundamentalmente con las ideas de referencia de culpa). Las evaluaciones se realizaron tomando como referencia las definiciones de dichos constructos ofrecidas en Startup y Starup (2005). Las ideas de referencia de comunicación (IRC) son definidas como la creencia de que los demás se comunican con ellos por medios verbales sutiles (sugerencias o insinuaciones), a través de canales no verbales (gestos, posturas o ropa), o mediante los medios de comunicación públicos. También pueden llegar a pensar que los objetos o situaciones han sido intencionalmente dispuestos para transmitir un mensaje. En cambio, las ideas de referencia de observación (IROb) se refieren a la creencia de que los demás les observan (tal vez a través de equipos de vigilancia), les siguen, cotillean o difunden rumores. Se consideraron únicamente los ítems en los que los dos investigadores principales habían coincidido en su valoración en cuanto a las IROb, IRC, y otros (IROt).

En cuanto al objetivo 2, se seleccionaron de la muestra exclusivamente a los participantes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ( $n= 39$ ) para verificar la relación entre las ideas de referencia de observación con los síntomas psicóticos positivos.

#### *Análisis de datos*

Para el primer objetivo, se realizó la prueba *t* para muestras relacionadas donde se establecieron tres comparaciones en función de las dimensiones comentadas en el apartado de procedimiento para la muestra al completo, y más tarde, seleccionando exclusivamente al grupo de sujetos con trastornos psicóticos ( $n= 39$ ).

En cuanto al segundo objetivo, se hallaron correlaciones de Pearson entre las ideas de referencia de observación y comunicación (seleccionadas tanto de los factores de la primera parte como los establecidos en la segunda) con algunos de los principales síntomas positivos de la BPRS (alucinaciones; contenido inusual del pensamiento que abarca desde las ideas delirantes de referencia a los síntomas de primer orden de Schneider tipo inserción del pensamiento, difusión, robo, lectura del pensamiento, etc.; grandiosidad, donde se valoran las ideas delirantes megalómanas, y suspicacia que abarca los delirios de persecución). Se han tomado estos factores en equivalencia a los estudiados por Startup y Startup (2005). Se relacionan finalmente los diferentes factores de ideas de referencia con respecto a grandes dimensiones psicopatológicas extraídas de la escala BPRS.

### **RESULTADOS**

En relación con el primer objetivo planteado en el estudio se realizó una *t* para muestras relacionadas entre los tres factores de la escala REF de pensamiento referencial procedentes de Fernández Jiménez *et al.* (2011). Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones entre los factores F3Ob y F2C  $p < .01$ ; entre F1ObC y F2C  $p < .05$ ; no así entre F1ObC y F3Ob (ver tabla 1).

A continuación, se realizó un contraste de medias para una muestra entre los ítems de la escala REF donde hubo acuerdo entre los investigadores principales del estudio acerca de las IROb, IRC e IROt (ver en sección de procedimiento). Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones entre IROb e IRC  $p < .01$ ; y entre las IRC e IROt  $p < .01$ ; pero no entre las IROb y IROt (ver tabla 2).

Para el segundo objetivo del estudio, se realizó un contraste  $t$  para muestras relacionadas, seleccionado exclusivamente a los sujetos dentro de la categoría de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ( $n = 39$ ). Los resultados fueron similares a la comparación realizada con toda la muestra. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los factores de la escala REF obtenidos del estudio de Fernández-Jiménez *et al.* (2011) F3Ob y F2C  $p < .05$ ; entre F1ObC y F2C  $p < .05$ ; no así entre F1ObC y F3Ob. Entre los factores creados a partir del acuerdo entre investigadores, se hallaron diferencias significativas entre las IRC e IROb,  $t(38) = 5.17$ ,  $p < .01$ ; y entre IRC e IROt,  $t(38) = -3.82$ ,  $p < .01$ ; pero no diferencias estadísticamente significativas entre IROb e IROt.

Tomando a los participantes procedentes de la categoría de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ( $n = 39$ ), se llevaron a cabo correlaciones de Pearson (ver tabla 3), entre los factores de la escala REF relacionados con las F2C y F3Ob, entre los factores de IRC e IROb, y entre los ítems que evalúan los síntomas psicóticos de la escala BPRS. Se hallaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre F2C y suspicacia  $p < .05$ , F2C y grandiosidad  $p < .05$ ; F3Ob y grandiosidad  $p < .01$ ; F3Ob y suspicacia  $p < .05$ ; IROb y grandiosidad  $p < .05$ , y entre IROb y suspicacia  $p < .01$ , IRC y suspicacia  $p < .01$ .

Como complemento, se estudió la relación entre las distintas dimensiones psicopatológicas de la escala BPRS y las diferentes formas de ideas de referencia analizadas

Tabla 1. Comparación entre los tres factores de la escala REF extraídos del análisis factorial (Fernández-Jiménez *et al.*, 2011) empleados en el estudio ( $N = 364$ ).

Variables	M	DT	95% IC		t	gl
			Superior	Inferior		
F2C-F3Ob	-0.09	0.34	-0.06	-0.13	-5.43**	363
F1ObC-F3Ob	-0.03	0.35	0.03	-0.07	-1.80	363
F1ObC-F2C	0.06	0.39	0.11	0.02	3.19**	363

Notas: \*\*=  $p < .01$ ; DT= desviación típica; F1ObC= risas, comentarios; F2C: canciones, periódicos, libros; F3Ob= atención, apariencia; M= media, puntuaciones tipificadas.

Tabla 2. Comparación entre los factores de la escala REF creados entre acuerdo de investigadores principales ( $N = 364$ ).

Variables	M	DT	95% IC		t	gl
			Superior	Inferior		
IRC-IROb	0.21	0.23	0.23	0.18	17.72**	363
IROt-IROb	0.02	0.29	0.04	-0.01	1.35	363
IROt-IRC	-0.19	0.26	-0.16	-0.21	-13.88**	363

Notas: \*\*=  $p < .01$ ; DT= desviación típica; IRC= ideas de referencia de comunicación; IROb= ideas de referencias de observación; IROt= otros contenidos referenciales diferentes a las IRC e IRO; M= media, puntuaciones tipificadas.

Tabla 3. Correlaciones bivariadas de Pearson entre los factores “canciones, libros y noticias”, “atención, apariencia”, ideas de referencia de observación, ideas de referencia de comunicación, alucinaciones, contenido inusual del pensamiento, grandiosidad y suspicacia (BPRS), en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ( $n= 39$ ).

Variables	Alucinaciones	95% IC	Contenido inusual del pensamiento	95% IC	Grandiosidad	95% IC	Suspiciacia	95% IC
F2C	.313	-0.105 -0.637	.206	-0.216 -0.563	.348*	-0.066 -0.659	.376*	-0.033 -0.677
F3Ob	.052	-0.36 -0.447	.083	-0.332 -0.471	.429**	0.003 -0.71	.355*	-0.058 -0.664
IROb	.010	-0.396 -0.413	.150	-0.271 -0.522	.357*	-0.055 -0.665	.502**	0.123 -0.753
IRC	.270	-0.151 -0.608	.234	-0.188 -0.583	.293	-0.126 -0.623	.432**	0.034 -0.712

Notas: \*\*=  $p < .01$ ; \* =  $p < .05$ ; F2C= “canciones, periódicos, libros”; F3Ob= “atención, apariencia”; IRC= ideas de referencia de comunicación; IROb= ideas de referencias de observación; IRO= otros contenidos referenciales diferentes a las IRC e IRO.

considerando nuevamente toda la muestra. Las dimensiones emocional, desorganizada, y negativa, no se relacionan de manera destacada con las ideas de referencia: o no resultan significativas, o con un valor de la correlación inferior a .30 (dado el tamaño de la muestra se consideran irrelevantes). Aunque por debajo del límite señalado, puede mencionarse el contenido que los investigadores principales de este trabajo denominaron “Otros” (donde predominan las ideas de referencia relativas a la culpa) con respecto a la dimensión emocional, correlación de .25 ( $p = .000$ ; intervalo de confianza; 0.172-0.594). Las demás versiones de las ideas de referencia se relacionaron de forma estadísticamente significativa con la dimensión psicótica (BPRS). Sobresalen, en función del valor de la correlación, las IRC ( $r(37) = .34$ ;  $p = .000$ ; intervalo de confianza; 0.075-0.654) e IRO ( $r(37) = .32$ ;  $p = .000$ ; intervalo de confianza; -0.097-0.641), y las que abarcan tanto de observación como comunicación del análisis factorial ( $r(37) = .32$ ;  $p = .000$ ; intervalo de confianza; -0.097-0.641).

## DISCUSIÓN

Uno de los objetivos de la presente investigación ha sido comprobar si las ideas de referencia de observación son separables de las ideas de referencia de comunicación como planteaban Startup y Startup (2005), lo que tendría utilidad clínica para diferenciar manifestaciones psicopatológicas y de mayor gravedad, presumiblemente, en el caso de las autorreferencias de observación.

En esencia, las ideas de referencia calificadas de comunicación (o como factor acerca de información o mensajes procedentes de “canciones, periódicos y libros”) no son iguales a las calificadas de observación (o factor acerca de la atención dirigida a la persona y su apariencia). Este resultado se alcanza con las puntuaciones obtenidas por todos los participantes y tanto al contemplar los factores establecidos por Fernández Jiménez *et al.* (2011), como la concordancia a partir del criterio de los investigadores principales de este estudio sobre las ideas de referencia de observación y comunicación.

Sin embargo, con las variables en las que había contenidos de observación y comunicación combinados (F1ObC: risas, comentarios), o bien en la comparación con

otros contenidos referenciales diferentes (ej. culpabilidad), se producen diferencias con respecto a las formas más “puras” de autorreferencias acerca de la comunicación, sugiriendo que las características de las ideas de referencia son complejas y quizá no únicamente bidimensionales. Con cualquiera de los dos procedimientos para seleccionar las ideas de referencia, las diferencias se establecen con respecto a las ideas de referencia de comunicación, lo que puede sugerir que una combinación de ideas de referencia de observación-comunicación (F1ObC) es un indicador de gravedad, similar a lo que sucede con el caso de los otros contenidos de ideas de referencia (ej. culpa).

Wing *et al.* (1974) diferenciaron una forma de ideas de referencia de culpa (en el instrumento Present State Examination). Se trata de una propensión a ser culpabilizado o a la desaprobación proveniente de los demás, donde es frecuente experimentar sentimientos de vergüenza. En un sentido similar, Beck (1976) refirió una distorsión cognitiva a la que denominó personalización, es decir, tendencia a interpretar que todo lo que sucede a su alrededor está relacionado con uno mismo, una autodirección de la culpa o autoculpabilización. En relación con estos autores, quizá los resultados del presente trabajo desvelan que la distinción entre las autorreferencias de observación y comunicación no representa todo el espectro posible de estos contenidos, y que por otro lado, tomarlas juntas (de forma unidimensional o sin especificidad) es un indicador más claro de gravedad clínica.

Con relación al segundo objetivo de la investigación, los resultados hallados apoyan en parte las hipótesis predichas. Las ideas de referencia de observación no correlacionaron significativamente con las alucinaciones como se predijo siguiendo estudio de Startup y Startup (2005). Aunque posteriormente, Startup *et al.* (2010), no hallaron una relación significativa entre la gravedad de las puntuaciones de la escala REF y las alucinaciones auditivas verbales. Por tanto, aunque se esperaba que se diera una relación significativa entre las ideas de referencia de observación (obtenidas por cualquiera de los dos procedimientos) y las alucinaciones, puede que se trate de un resultado menos sólido o más dependiente del despliegue de sintomatología positiva. De hecho, con independencia del diagnóstico, la relación entre las ideas de referencia de observación y comunicación se da con la dimensión psicótica.

Estos resultados sugieren, como defienden Startup *et al.* (2010), que las ideas de referencia no tienen por qué estar elevadas en todos los pacientes psicóticos, aunque son más probables entre quienes presentan ideas delirantes. Quizás para una mayor precisión en el resultado, hubiera sido necesario tener en cuenta la gravedad, la implicación de la actividad delirante, y si el paciente se encuentra exclusivamente en fase activa (aunque las ideas de referencia no delirantes se mantienen incluso en fase residual) (Senín Calderón *et al.*, 2010b).

En coincidencia con Startup y Startup (2005), se halló una correlación positiva entre las ideas de referencia de observación y suspicacia, es decir, entre las autorreferencias que tienen un contenido cercano a los delirios de persecución. Sin embargo, también se obtuvo que un factor que combinaba las ideas de referencia de observación y comunicación (factor risas, comentarios) no se diferencia de las ideas de referencia exclusivamente de observación. Aunque en principio el análisis de una idea de referencia es diferenciable del contenido propio de la paranoia (Cicero y Kerns, 2011a), no en todos los casos se

han considerado divergentes (Leon, Bowden y Faber, 1989) y, en consecuencia, tampoco la separación entre diferentes tipos de ideas de referencia. En este sentido, es destacable la relación inesperada entre las ideas de referencia de comunicación y suspicacia.

Un resultado llamativo no coincidente con el trabajo de Startup y Startup (2005) ha sido la correlación positiva y estadísticamente significativa entre las ideas de referencia de observación y la grandiosidad. Nuevamente, puede que las ideas de referencia, y en este caso parecen más relevantes las de observación, son más bien un indicador de gravedad delirante, más que de especificidad del contenido y ceñida a los delirios persecutorios o las alucinaciones. Tiene sentido que si en la muestra de pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se han dado casos de trastorno esquizoafectivo con especificación bipolar, se produzca esta relación con ideas de referencia de observación.

Los resultados de este estudio conceden importancia a la diferenciación de los contenidos de las ideas de referencia como criterio de utilidad para observar las características de la sensibilidad social, las preocupaciones más internas de la persona, y lo más interesante, la activación del proceso autorreferencial y el recurso que se utiliza para despejar la importancia de dicho contenido, o bien, la vulnerabilidad que favorece procesos de rumia o bucles cognitivos.

El presente estudio tiene algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta de cara a la generalización de los resultados. En primer lugar, la escasa muestra de pacientes con algunos diagnósticos. Hubiese sido interesante analizar las ideas de referencia en pacientes con diferentes trastornos disociativos, distintos trastornos de personalidad principalmente del grupo A, o un mayor grupo de pacientes con trastornos bipolares, por ejemplo. El propio diseño del trabajo, impide verificar si la fase en la que están los distintos pacientes condiciona en alguna medida los resultados. Lo interesante sería hacer un seguimiento de cada sujeto y comprobar los cambios en tipo y gravedad de los contenidos psicóticos, incluyendo las formas contempladas de autorreferencias. Se han relacionado datos auto y heteroinformados, lo que ha podido limitar la magnitud de las asociaciones, aunque da cuenta de la complejidad del fenómeno estudiado (Senín Calderón y Rodríguez Testal, 2012). Por otro lado, y a la luz de la importancia de algunos contenidos delirantes, como la megalomanía, sería relevante verificar si la atribución positiva o negativa a las ideas de referencia desempeñan algún papel en esta conexión con las ideas de referencia, como señalaron Cicero y Kerns (2011b), Senín Calderón *et al.* (2014), y Rodríguez Testal, Senín Calderón, Perona Garcelán, Ruíz Veguilla y Scurtu (2013).

Son claramente diferenciables las ideas de referencia de observación con respecto a las ideas de referencia de comunicación, aunque no queda clara su diferencia con respecto a otras ideas de referencia. Las ideas de referencia de observación se relacionan con la suspicacia (ideas delirantes persecutorias en la escala BPRS) y las ideas de grandiosidad (delirios megalómanos) en sujetos con trastornos psicóticos, mostrándose como un indicador general de gravedad delirante. La consideración de las ideas de referencia de forma unidimensional o no específica facilita la identificación de la gravedad clínica en mayor medida que subdividirla en IR de observación y comunicación.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision. DSM-IV-TR*. Washington DC: APA. doi:10.1001/jama.285.6.811
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V)*. Arlington, VA: APA.
- Andersen J, Larsen JK, Schultz V, Nielsen BM, Korner A, Behnke K, Munk-Andersen E, Butler B, Allerup P y Bech P (1989). The Brief Psychiatric Rating Scale. Dimension of schizophrenia - Reliability and construct validity. *Psychopathology*, 22, 168-176.
- Beck AT (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, Inc.
- Cicero DC y Kerns JG (2011a). Is paranoia a defence against or an expression of low self-esteem? *European Journal of Personality*, 25, 326-335.
- Cicero DC y Kerns JG (2011b). Unpleasant and pleasant referential thinking: Relations with self-processing, paranoia, and other schizotypal traits. *Journal of Research in Personality*, 45, 208-218. doi:10.1016/j.jrp.2011.02.002
- Fernández-Jiménez E, Rodríguez-Testal JF y Senín-Calderón MC (2011). Multidimensionality in the Referential Thinking Scale (REF): An Exploratory Factor Analysis. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 7, 61-68.
- Hollingshead AA (1975). *Five Factor Index of Social Position*. New Haven, CT: Unpublished manuscript, Yale University.
- Lenzenweger MF, Bennett ME y Lilienfeld LR (1997). The referential thinking scale as a measure of schizotypy: Scale development and initial construct validation. *Psychological Assessment*, 9(4), 452-463. doi:10.1037/1040-3590.9.4.452
- Leon CA, Bowden C y Faber R (1989). Diagnosis and psychiatry: Examination of the psychiatric patient. En HI Kaplan y BJ Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry (5th ed.)* (pp. 449-462). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Lukoff D, Liberman RP y Nuechterlein KH (1986). Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 578-602.
- Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Pope HG y Hudson JI (1993). Body dysmorphic disorder: 30 Cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 302-308.
- Rodríguez-Testal JF, Senín-Calderón MC, Perona-Garcelán S, Ruíz-Veguilla M y Fernández-Jiménez E (2012). Predictor of referential thinking: analyses of clinical subjects and controls. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 8, 45-54.
- Rodríguez-Testal JF, Senín-Calderón MC, Perona-Garcelán S, Ruíz-Veguilla M y Scurtu C (2013). Pleasant and unpleasant ideas of reference and their relation to psychopathology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 9, 21-22.
- Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Berning J, Maier W y Klosterkötter J (2010). Basic symptoms and ultrahigh risk criteria: Symptom development in the initial prodromal state. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 182-191. doi:10.1093/schbul/sbn072
- Senín-Calderón MC y Rodríguez-Testal JF (2012). *Estudio clínico del pensamiento referencial: análisis psicopatológico y psicométrico*. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Senín-Calderón MC, Rodríguez-Testal JF y Perona-Garcelán S (2014). *El pensamiento referencial:*

- aspectos psicopatológicos y del desarrollo*. Charleston, SC: Create Space Independent Publishing Platform.
- Senín-Calderón MC, Rodríguez-Testal JF, Fernández-Jiménez E, Valdés-Díaz M, Benítez-Hernández MM, Fuentes-Márquez S y Valdés-Díaz M (2010a). Reliability and validity of the ref scale for referential thinking. *European Psychiatry*, 758 Suppl. 1. Doi:10.1016/S0924-9338(10)70755-0
- Senín-Calderón MC, Rodríguez-Testal JF, Fernández-Jiménez E, Valdés-Díaz M, Benítez-Hernández MM, Fuentes-Márquez S y Valdés-Díaz M (2010b). Stability and Reliability of the Assessment of Referential Thinking by the REF Scale. *European Psychiatry*, 25 Suppl.1, 1551 Doi:10.1016/S0924-9338(10)70755-0
- Startup M, Sakrouge R y Mason OJ (2010). The Criterion and Discriminant Validity of the Referential Thinking (REF) Scale. *Psychological Assessment*, 22, 65-69. Doi:10.1037/a0016584
- Startup M y Startup S (2005). On two kinds of delusion of reference. *Psychiatry Research*, 137, 87-92. Doi:10.1002/per.794
- Wilcox J, Briones D, Quadri S y Tsuang M (2014). Prognostic implications of paranoia and thought disorder in new onset psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 55,813-817. Doi: 10.1016/j.comppsy.2013.12.010
- Wing J, Cooper J y Sartorius N (1974). *The description and classification of psychiatric symptoms: An instruction manual for the PSE and CATEGO system*. London: University Press.

Recibido, 6 Julio, 2015

Aceptación final, 11 Noviembre, 2015