

DEPARTAMENTO
DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTO
PSICOLÓGICOS

Las ideas de referencia agradables y desagradables y su relación con la psicopatología

J.F. Rodríguez-Testal,

Universidad de Sevilla

M.C. Senín-Calderón,

Servicio de Atención Psicológica y Psicopedagógica. Universidad de Cádiz

S. Perona-Garcelán, M. Ruiz-Veguilla,

Instituto de Biomedicina, Sevilla (IBIS)

y C. Scurtu,

Universidad de Sevilla

Resumen:

En trabajos previos registramos la presencia de ideas de referencia con la escala REF de pensamiento referencial. Las diferencias entre pacientes y controles son claras, no siendo así entre categorías diagnósticas, exceptuando los casos de trastornos psicóticos. **Objetivos:** Nos proponemos verificar si las diferencias entre pacientes y controles se deben a la presencia de autorreferencias agradables (AA) y desagradables (AD) y, especialmente, al considerar los diversos grupos de diagnósticos. **Método:** Participaron 1600 sujetos, 1245 de población general y 355 pacientes, 63.3% mujeres. **Resultados:** Se observan diferencias significativas entre pacientes y controles tanto para las AA $F(1, 1598) = 62.31$ como AD $F(1, 1598) = 99.47$. Cuando se analizan las categorías diagnósticas, se hallan diferencias en el promedio de AD $F(7, 347) = 2.770$ y AA $F(7, 347) = 3.870$, destacando los pacientes psicóticos. **Discusión:** Los pacientes psicóticos únicamente se diferenciaron de los pacientes con trastornos adaptativos al considerar las AD, y de los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y adaptativos al considerar las AA.

Palabras clave: Ideas de referencia, Autorreferencias agradables, Autorreferencias desagradables, Trastornos psicóticos, Psicopatología.

Abstract:

In previous works we recorded the presence of ideas of reference (or self-references) with the REF-scale about referential thinking. The differences between patients and controls are clear, but not so clearly between diagnostic categories, except for psychotic disorders. **Aims:** We try to verify whether the differences between patients and controls are due to the presence of pleasant self-references (PS) or unpleasant self-references (US) and, especially, considering the different diagnostic groups. **Method:** 1600 subjects participated, 1245 from general population and 355 patients, 63.3% were women. **Results:** We obtained significant differences between patients and controls, both PS, $F(1, 1598) = 62.31$, and US, $F(1, 1598) = 99.47$. When analyzing the diagnostic categories, differences were obtained in mean of US, $F(7, 347) = 2.770$, and PS, $F(7, 347) = 3.870$, highlighting psychotic patients. **Discussion:** Psychotic patients reached statistically significant differences only with adjustment disorders patients, when considering US; and mood disorders, anxiety and adjustment disorders, when considering PS.

Keywords: ideas of reference, pleasant self-references, unpleasant self-references, psychotic disorders, Psychopathology.

Recibido: 17/06/2013 Aceptado: 18/10/2013

INTRODUCCIÓN

En trabajos previos registramos la presencia de ideas de referencia con la escala REF de pensamiento referencial (Lenzenweger, Bennett, & Lilenfeld, 1997) en población general y clínica (Rodríguez-Testal et al., 2008; Senín et al., 2010). Aunque las diferencias entre pacientes y controles son claras, las diferencias entre categorías diagnósticas no son tan marcadas, exceptuando los casos de trastornos psicóticos. Cicero y Kerns (2011) plantean que puede deberse a la valoración de

las autorreferencias como agradables o desagradables.

OBJETIVOS

Verificar si las diferencias entre pacientes y controles se deben a la presencia de autorreferencias agradables (AA) y desagradables (AD) y al considerar las categorías diagnósticas DSM-IV-TR (APA, 2000).

MÉTODO

Participantes: Participaron 1620 sujetos (1248 de la población general y 351 pacientes), 63.3% mujeres. Edad promedio fue de 34.44 años ($DT=11.14$) en pacientes y 30.55 ($DT=12.28$) en controles.

Datos de contacto:

Juan F. Rodríguez-Testal
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológicos. Universidad de Sevilla.
C/ Camilo José Cela SN. 41018 Sevilla
Tel.: +34 954557802
testal@us.es

Instrumento: Escala REF (Lenzenweger et al. 1997) que consta de 34 ítems de opción verdadero/falso, en la que se evalúan situaciones donde aparecen las autorreferencias.

Procedimiento: Se tomó como referencia el estudio 1 de Cicero y Kerns (2011) para identificar las autorreferencias más agradables/positivas que desagradables/negativas en estudiantes universitarios. De la escala REF global, 20 son AA y 14 son AD.

RESULTADOS

Se observan diferencias significativas entre pacientes y controles tanto para las AA, $F_{(1, 1618)} = 61,33$ como las AD, $F_{(1, 1618)} = 102,24$. La diferencia entre las proporciones de AA y AD de los pacientes es mayor que las de los controles (tabla 1).

Cuando se toman las 10 más AD y las 10 más AA, se observan diferencias significativas tanto para las AA, $F_{(1, 1618)} = 73,41$, como AD, $F_{(1, 1618)} = 168,89$ (tabla 2):

Cuando se analizan las categorías diagnósticas con respecto a las 10 más AA y más AD, el ANCOVA señala diferencias en

el promedio de AA, $F_{(6, 344)} = 3,151$, $p = .005$; y AD, $F_{(6, 344)} = 2,448$, $p = .025$ (tabla 3)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los participantes controles puntúan las AA y AD con menos frecuencia y menos diferencia entre ambas. Los pacientes muestran una clara presencia de autorreferencias, sobre todo AD. Sólo los pacientes psicóticos se diferencian de los adaptativos.

Las AA, sí resultan claramente diferenciadoras de los diagnósticos. Los pacientes psicóticos puntúan de forma elevada, y la prueba post hoc (Tamhane), diferencia a este grupo respecto de pacientes de trastornos del estado de ánimo, ansiedad y adaptativos.

La omnipresencia de las AD no resulta discriminativa. La combinación de AD/AA puede ser un indicador de hipervigilancia al contexto social, superior a considerar exclusivamente AD (como en los estados depresivos) o únicamente las AA en ausencia de psicopatología.

Tabla 1. Promedio y proporción de autorreferencias consideradas consideradas agradables y desagradables en pacientes y controles

Grupo	Agradables	Proporción agradables	Desagradables	Proporción desagradables
Pacientes	4.33 (4.10)	0.21 (0.20)	4.23 (4.24)	0.30 (0.30)
Controles	2.52 (2.52)	0.12 (0.12)	1.90 (2.34)	0.13 (0.16)

Tabla 2. Promedio de autorreferencias consideradas en el estudio de Cicero y Kerns (2011) como agradables y desagradables entre pacientes y controles.

	Más Agradables	Más desagradables
Pacientes	1.92 (2.15)	3.23 (3.49)
Controles	1.12 (1.44)	1.49 (1.86)

Tabla 3. Promedio de autorreferencias agradables y desagradables en función de las categorías diagnósticas

Categorías diagnósticas	N	10 Agradables	10 Desagradables
Eje II	26	2 (2.52)	3.80 (2.53)
Estado de ánimo	111	1.68 (1.84)	3.25 (2.50)
Trastornos adaptativos	57	1.71 (1.82)	2.01 (2.03)
Trastornos somatoformes	28	2.17 (2.00)	3.75 (2.81)
Trastornos de la conducta alimentaria	11	2.27 (1.79)	3.00 (2.04)
Trastornos de ansiedad	86	1.76 (2.07)	3.32 (5.51)
Trastornos psicóticos	32	3.40 (3.14)	4.81 (3.13)**

REFERENCIAS

- Cicero, D. C., y 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.
- Lenzenweger, M. F., Bennett, M. E., y 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.
- Rodríguez-Testal, J. F., Benítez-Hernández, M. M., Valdés-Díaz, M., Fernández-Jiménez, E., Senín-Calderón, C., y Fuentes-Márquez, S. (2008, abril). *Variables que predicen el pensamiento referencial*. Presentado al V Curso de Actualización en Esquizofrenia. De la Prevención a la Recuperación de la Fundación Castilla del Pino, celebrado en Málaga.
- Senín-Calderón, M. C., Rodríguez-Testal, J. F., Fernández-Jiménez, E., Benítez-Hernández, M. M., Fuentes-Márquez, S., & Valdés-Díaz, M. (2010). Usefulness of likert format in assessment of referential thinking. *European Psychiatry, 25*(Suppl.1), 1551. doi:10.1016/S0924-9338(10)71534-0