

UN ACERCAMIENTO A LA TEORÍA DE LA MENTE EN UN GRUPO DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS¹

Paz López-Herrero
Universidad de Granada

Amal Bernoussi
Universidad de Picardía Julio Verne, Francia

Raimo Rajala
Universidad de Laponia, Finlandia

Recibido: 20 diciembre 2007/ Aceptado: 3 marzo 2008

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es estudiar la TM en 17 esquizofrénicos con diferentes signos y síntomas, analizando sus respuestas en historias de TM de primer y segundo orden. Los resultados reflejan la contribución del CI medio en la solución de las tareas de TM pese a que los sujetos presenten signos y síntomas que influyan en la ejecución de tales pruebas. Los pacientes en remisión, sin signos positivos y negativos y/o delirios paranoides y los que experimentan síntomas menos típicos no muestran fallos en tal realización. Sin embargo, los signos positivos, negativos y síntomas paranoides conllevan una ejecución errónea en las tareas de segundo orden. Asimismo, se observa que el déficit en la TM es un estado más que un rasgo. Y manifestamos la importancia de una larga cronicidad de la enfermedad ligada al comienzo temprano y tardío.

Palabras clave: Teoría de la Mente, Esquizofrenia, Tarea de creencias falsas de primer orden, Tarea de creencias falsas de segundo orden.

ABSTRACT

The main aim of this work is to study the ToM in 17 schizophrenics. On that group we found different schizophrenic signs and symptoms and we analyze patients' answers in ToM stories (first and second order stories). The results show an IQ contribution on the solution of ToM stories even though the subjects have signs and symptoms that could influence on the performance of such tasks. Patients currently in remission, without positive, negative signs and /or paranoid delusions and with less typical symptoms

¹ Esta investigación forma parte del Proyecto Institucional de Divulgación "Hacia una sociedad del conocimiento y de la información. Divulgación pública del conocimiento en la ciudad autónoma de Melilla" y financiado por la Universidad de Granada (Programa 20: Financiación por objetivos).

behaved normally. Nevertheless positive and negative signs and paranoid symptoms show difficulties with second order stories. At the same time, the deficit on ToM is a state rather than a trait and ToM skills, in people with psychosis, develop normally but are impaired following the first psychotic episode. Our study suggests the importance of the long cronicity related to an early or late onset of the illness.

Key Words: Theory of Mind, Schizophrenia, First order false belief stories, Second order false belief stories.

1. INTRODUCCIÓN

El hombre posee un sistema conceptual específico que está al servicio tanto de las formas complejas de interacción y comunicación, es decir, de relaciones cooperativas, como de pautas elaboradas de mentira y engaño o de relaciones competitivas. Es un sistema tal que atribuye mente a los congéneres y al propio sujeto que lo emplea y permite definir la vida propia y ajena como vida mental y conceptuar las acciones humanas significativas como acciones intencionales. Además, facilita realizar inferencias y predicciones sobre las conductas de los demás. El sistema da sentido a la actividad humana, que no se interpreta cotidianamente en función de patrones fisiológicos, o con un lenguaje puramente conductual, sino en términos de supuestos estados mentales, tales como las creencias y deseos. Se puede decir, como una primera aproximación al tema, que una Teoría de la Mente (TM) es un sub-sistema cognitivo que se compone de un soporte conceptual y unos mecanismos de inferencia y que cumple, en el hombre, la función de manejar, predecir e interpretar la conducta (Rivière y Núñez, 2001). Precisamente la TM nos permite comprender a los otros y a nosotros mismos como agentes intencionales, datos, que están en la base del sentido común. El concepto de sentido común es polivalente, puesto que: a) tiene su origen en la evolución y es un instrumento que proporciona una imagen pragmática de la realidad persiguiendo una finalidad de adaptación y supervivencia; b) es una teoría compartida por todos los miembros de una comunidad; c) es el resultado de la herencia o de la impronta social temprana, así como de la aceptación de toda duda e incertidumbre; y d) es muy estable y expresa la tendencia a integrar lo infrecuente en lo conocido. El déficit de sentido común se manifiesta por la sensación subjetiva de no conocer las “reglas del juego” de la conducta humana y de la realidad.

En esta misma línea, hemos de recordar que para diversos autores la psicosis esquizofrénica es la psicopatología del sentido común, por cuanto afecta a la percepción, al uso pragmático de las cosas y a las habilidades básicas de comunicación, como son la intuición social, el sentido del humor o el comportamiento natural y automático en las interacciones sociales. Concretamente, para Frith (1995), Naudin *et al.* (2000) y Perona, Cuevas, Vallina y Lemos (2003), los déficits cognitivos que subyacen a los signos y síntomas de la esquizofrenia manifiestan la existencia de una carencia en el conocimiento de uno mismo acerca de lo que saben los demás. Las limitaciones de los esquizofrénicos residen en el conocimiento de sus propias metas, en las inferencias

sobre las intenciones personales y de los oyentes y, como consecuencia, en la utilización de tales inferencias, para que les sirvan de guía en su discurso, puesto que una buena comunicación implica una coordinación del conocimiento compartido entre los hablantes y los interlocutores.

El modelo que presenta Frith (1995) parte de la clasificación en diferentes grupos de signos y síntomas. Este investigador distingue en la esquizofrenia entre síntomas observables, a los que denomina *signos conductuales*, y *síntomas no observables*, que son aquellos que los pacientes reconocen poseer y experimentar. Dicho enfoque hace una serie de predicciones sobre la actuación de dichos pacientes en tareas de TM (Corcoran, 2001; Harrington, Siegert y McClure, 2005; Pickup y Frith, 2001):

1. *Grupo con signos negativos*: que se caracteriza por presentar retirada social, pobreza en el discurso, abulia y afecto embotado.
2. *Grupo con signos positivos*: que presenta trastorno formal del pensamiento (en cuyo lenguaje aparece descarrilamiento, neologismos, fuga de ideas, incoherencia en su discurso), conducta desorganizada y afecto incongruente. Allen, Liddle y Frith (1993), Corcoran (2001) y Frith, Leary, Cahill y Johnstone (1991) apoyaron la idea de que los pacientes con cualquier signo conductual negativo o positivo obtienen puntuaciones bajas en tareas de TM, ya que no pueden representar los estados mentales.
3. *Grupo con delirios paranoides*: en esta agrupación encontramos delirios de referencia, de persecución, de interpretación errónea de la conducta e intenciones de otras personas, de transformación de objetos y personas conocidos, de lectura de la mente y alucinaciones auditivas de persecución en tercera persona. Corcoran (2000), Corcoran, Cahill y Frith (1997), Corcoran, Mercer y Frith (1995) y Mazza, De Risio, Roncone y Casacchia (2001) esperaban que este grupo mostrara dificultades en TM, pero en menor grado que los pacientes con signos conductuales. No obstante tal tendencia, en cuanto a fallos en TM se refiere, desaparecía cuando se controlaba el CI. Un alto CI compensaría los sutiles déficits en TM puesto que permitiría utilizar habilidades generales de solución de problemas y no competencias de TM. Más en concreto, se podría afirmar que estos grupos de pacientes se diferencian en cuanto a la profundidad de sus problemas de TM, pues mientras que los paranoides manifiestan problemas sólo en tareas más complejas de segundo orden, los pacientes con signos negativos tienen déficits más graves en TM, tal y como demuestran las dificultades que aparecen en las tareas de primer orden, en la pobre comprensión de las inferencias y en el desconocimiento de las reglas conversacionales (Corcoran y Frith, 1996; Frith y Corcoran, 1996). Pero, contrariamente, en los estudios de Herold, Tényi, Lénárd y Trixler (2002), Langdon *et al.* (1997) y Mitcheley *et al.* (1998) no se encuentran evidencias de que los síntomas paranoides se relacionen con una dificultad en TM y que, por lo tanto, los pacientes con tales síntomas realizaran peor que los controles las tareas de falsas creencias.

4. *Grupo con características de pasividad*: en el que se observan delirios de control y de influencia, inserción del pensamiento, robo de pensamiento y alucinaciones auditivas en segunda persona. Estos sujetos manifiestan una falta de habilidad representacional que implica la falta de control de sus propias intenciones con el fin de actuar; sin embargo, son capaces de inferir las intenciones de los otros a través del discurso indirecto. Por ello, los pacientes con experiencias de pasividad tendrán problemas con sus propios estados mentales más que con los de los demás y realizarán las tareas de TM normalmente (Garety y Freeman, 1999). No obstante, Corcoran (2001) obtiene unos datos diferentes, concluyendo que los resultados de los enfermos que dicen experimentar fenómenos de pasividad son confusos y que se desconoce hasta qué punto un déficit como éste afectaría la habilidad para reflexionar sobre los estados mentales de otras personas.
5. *Grupo con otros síntomas menos típicos o en remisión*: en el primer caso destacan las alucinaciones musicales y los delirios sexuales, hipocondríacos y de grandiosidad. Para este grupo se puede asumir que tanto el razonamiento condicional (recuperación de la información desde la memoria autobiográfica) como las habilidades de TM funcionan para lograr una correcta mentalización. En cuanto a la segunda agrupación se refiere, Corcoran *et al.* (1995) y Portela, Vírveda y Gayubo (2003) recuerdan que Frith, en su clasificación, también incluye un grupo de pacientes en remisión, que no presenta signos o síntomas durante al menos dos semanas, en el que las habilidades en TM son normales y la solución de tareas de TM es tan correcta como la que realizan los grupos control no psicóticos. Por esta razón se puede concluir que la habilidad de mentalización es una variable estado más que una variable rasgo. Igualmente, Herold *et al.* (2002) y Sarfati, Passerieux y Hardy-Baylé (2000) definen la falta de habilidad en TM como funcional, inconstante y relacionada con la sintomatología del trastorno, de modo que algunos procesos cognitivos funcionan temporalmente de una forma anormal, lo que conlleva que el déficit en TM pueda desaparecer cuando el episodio agudo de la esquizofrenia está en remisión. El problema parece depender del estado de los pacientes, de hecho, los signos negativos, positivos y/o la sintomatología paranoide generan una ruptura pasajera de las habilidades en TM (Corcoran, 2000; Drury, Robinson y Birchwood, 1998).

Una cuestión relevante es si los déficits en TM se presentan de forma estable o asociados a la sintomatología aguda. Brüne (2001) y Corcoran *et al.* (1995) se centran en el análisis de los episodios agudos de estos pacientes y concluyen que los esquizofrénicos agudos tenían dificultades para realizar correctamente las tareas tanto de primer como de segundo orden ya que los resultados podían estar influidos no sólo por el CI, sino también por la atención, la concentración y las dificultades en la memoria selectiva. No obstante, igualmente se afirma que los problemas en TM pueden ser detectados no sólo durante las fases agudas sino también durante la fase de remisión de la enfermedad. Así, el modelo del desarrollo de la psicopatología predice que los esquizofrénicos realizarían

bien tareas simples de TM, como las tareas de creencias falsas de primer orden, pero fallarían en tareas más complejas que requieren apreciación del humor, de la ironía o de la entonación para comprender los estados mentales de los demás (Brüne, 2005; Harrington *et al.*, 2005; Herold *et al.*, 2002; Janssen, Krabbendam, Jolles y Van Os, 2003). Investigadores como Mazza *et al.* (2001) se manifiestan a favor de una idea semejante, por lo que comentan que las habilidades de TM en estos enfermos se desarrollan regularmente, pero que, tras el primer episodio de la enfermedad, dichas facultades se vuelven más limitadas. El déficit puede mejorar cuando los síntomas psicóticos agudos remiten. Asimismo Janssen *et al.* (2003), Langdon, Coltheart, Ward y Catts (2001, 2002) observan que las personas con esquizofrenia crónica y normal CI obtienen unas puntuaciones peores que los sujetos sin patología en historias de TM; según estos investigadores, la correlación entre CI y la solución de tareas de TM no es extraña, pero no es suficiente para explicar las ejecuciones erróneas.

Por lo que se refiere al posible origen de los errores de TM en este tipo de pacientes, existen muchos estudios centrados en la exploración neuropsicológica de la esquizofrenia que ponen el énfasis en un amplio número de déficits cognitivos, como, por ejemplo, en las habilidades ejecutivas y la memoria, que podrían influir en la realización de las tareas de TM (Corcoran, 2000; Fraser, King, Thomas y Kendell, 1986; King, Fraser, Thomas y Kendell, 1990; Langdon *et al.*, 1997; Thomas, King, Fraser y Kendell, 1990). Sin embargo, Frith y sus colaboradores proponen que existen déficits específicos dependientes del estado del paciente que se relacionan con los signos y síntomas del trastorno y no con un déficit cognitivo más general. Lo que parece indudable es que los déficits de los esquizofrénicos son menos graves que los que aparecen en otros trastornos, como el autismo; bien podría ser, como ya se ha comentado, que los esquizofrénicos resolvieran las tareas de primer orden utilizando su CI y, por lo tanto, habilidades generales de solución de problemas más que competencias de TM. De hecho, se observa que las puntuaciones extremas del CI influyen en la destreza en TM, de forma que un alto CI podría suplir los déficits en TM, mientras que los pacientes con un CI bajo (62 ± 11) presentan un efecto acumulativo de los procesos de la esquizofrenia y del CI que se refleja en sus ejecuciones (Doody *et al.*, 1998; Mitcheley *et al.*, 1998; Sarfati, 2000).

Otra línea explicativa pone el acento en los déficits de la experiencia que podrían configurar una pobre memoria autobiográfica. En concreto, los pacientes con características negativas crónicas tendrían dificultades en la memoria autobiográfica debido a un pobre funcionamiento social en la infancia, que conllevaría que la recuperación de sucesos relevantes de esta memoria estuviera disminuida debido al aislamiento temprano y a su falta de exposición a eventos sociales, lo que les impediría el almacenamiento del material relevante. Si no podemos recordar nada, no puede surgir la mentalización, por lo que la carencia en la memoria autobiográfica está en la base del déficit cognitivo que afecta a las habilidades en TM (Corcoran, 2001; Corcoran *et al.*, 1995; Murray, O'Callaghan, Castle y Lewis, 1992). Otros autores también se han manifestado a favor de la idea de que ciertos pacientes con esquizofrenia muestran dificultades a la hora de procesar emociones sutiles y que, quizás, tengan problemas con las expresiones com-

plejas o más ingeniosas debido a la privación de la experiencia comunicativa social (Kington *et al.*, 2000). Probablemente existan futuros esquizofrénicos que durante la primera década de su vida han tenido una gran práctica en la inferencia de los estados mentales y que, de este modo, son capaces de basarse en su experiencia incluso cuando la psicosis se manifiesta y continuarán teniendo presente que las demás personas poseen diferentes perspectivas mentales, conocimientos y creencias. Sin embargo, a la par que la enfermedad progresa, comienzan a surgir dificultades para usar la TM de un modo normal y a menudo fallan en la interpretación de los estados mentales (Frith y Frith, 1991; Marjoram *et al.*, 2005). Este sería el caso de los esquizofrénicos con delirios paranoides. Puede que estos pacientes realicen los procesos de inferencia normalmente, pero es probable que apareciera un sesgo en la recuperación de la información desde la memoria autobiográfica permitiendo que los sucesos extraños y negativos fueran los mejor recuperados y que el proceso de mentalización se iniciara de una forma inapropiada al no rechazarse los datos erróneos. El problema fundamental en estos casos residiría en el componente de razonamiento condicional, cuyo mal funcionamiento permitiría el uso de datos inapropiados. Precisando más, se añade que estos pacientes con delirios de persecución atienden y recuerdan la información amenazante y culpabilizan en exceso de los sucesos negativos a causas externas, mientras que los sucesos positivos se deberían a causas internas. Los sesgos cognitivos en los pacientes con delirios indican que su procesamiento de la información se ve muy influido por el contenido (Corcoran, 2000; Young y Bental, 1997). En resumen, el razonamiento condicional se vería alterado en todos aquellos grupos que manifiestan dificultades en tareas de TM y se centraría en los grupos con signos negativos y con delirios paranoides que muestran carencias en el uso de pistas sutiles que ayuden en la toma de decisiones y que son incapaces de utilizar experiencias previas análogas para iniciar el proceso de razonamiento (Corcoran, 2001).

En cuanto a la metodología con la que se estudia la TM se suelen utilizar historias de creencias falsas de primer y segundo orden. Entre las tareas de primer orden se sitúan las de apariencia-realidad (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985; Frith, 1995; Perner, Frith, Leslie y Leekam, 1989; Wimmer y Perner, 1983). En ellas se presenta al sujeto un recipiente con aspecto de contener algo y se le pide que diga qué cree que hay dentro de él. Luego se le muestra que en realidad hay otra cosa diferente. Por último, se le anuncia que vendrá otra persona a la que se le preguntará por el contenido del recipiente. La tarea consiste en que el primer sujeto adelante lo que va a responder la otra persona. La respuesta correcta implica anticipar que el compañero tendrá la falsa creencia de que el recipiente guarda el contenido “normal” (el que el sujeto le atribuía en un primer momento) y no el que realmente tiene. Este procedimiento del “recipiente engañoso” permite estudiar si existe o no un desfase entre las atribuciones mentalistas que los sujetos hacen con respecto a sí mismos y las que hacen en relación a los otros. Por su parte, en las tareas de segundo orden (Stone, Baron-Cohen y Knight, 1998) los sujetos han de realizar inferencias mentales y físicas, así como comprender que otras personas pueden tener creencias y deseos diferentes a los de uno. En este tipo de historias la primera persona coloca un objeto en un sitio y se va. La segunda persona

cambia el objeto de lugar, pero aunque la primera persona no está presente, sí observa tras la puerta lo que hace el compañero (segunda persona). Esta segunda persona, en cambio, no sabe que es observada y que le están viendo cambiar el objeto de lugar. La respuesta correcta implica detectar la creencia errónea de uno de los protagonistas sobre la creencia del otro compañero.

2. OBJETIVOS

Con esta investigación se pretende estudiar la TM en un grupo de sujetos diagnosticados de esquizofrenia, analizando, para ello, sus respuestas en historias de TM de primer y segundo orden. Más en concreto, podríamos dividir dicho objetivo en los siguientes objetivos específicos: A) Conocer qué sujetos esquizofrénicos, en función de sus signos y síntomas, fallan en la realización de tareas de TM. B) Evaluar, en las competencias de TM, la influencia del cociente intelectual (CI), de los problemas neurológicos, de la atención, de la comprensión verbal, de la concentración, del conocimiento lingüístico, de la inteligencia social, de la memoria y del razonamiento. C) Observar si las dificultades que se reflejan en las tareas de mentalización son una variable estado más que una variable-rasgo, y por lo tanto, dependientes de la sintomatología de los sujetos. D) Investigar si los déficits encontrados en las pruebas de TM pueden ligarse a la cronicidad y/o al inicio temprano de la enfermedad.

3. METODOLOGÍA

3.1. Participantes

El Grupo Clínico está compuesto por 17 pacientes psiquiátricos, de los cuales 14 son varones y 3 mujeres, evaluados, diagnosticados y tratados por la Unidad de Psiquiatría del Área de Salud de Melilla. La elección de estos sujetos se realizó en función del diagnóstico establecido por la mencionada Unidad, que se basó en los criterios de la Organización Mundial de la Salud para la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE) para los diversos tipos de esquizofrenia. En este grupo se controlaron una serie de variables: edad máxima de 55 años, ausencia de retraso mental, auditivo, problemas neurológicos o drogadicción (sin consumo durante los últimos seis meses), formación académica mínima española (en posesión del título de Graduado Escolar o similar), asistencia a las revisiones psiquiátricas y uso de medicación. Las características de este grupo aparecen en la Tabla 1.

SUJETO	SEXO	EDAD	EDUCACIÓN	S. LABORAL	E. CIVIL	DIAGNÓSTICO	INICIO	CRONICIDAD
1	V	43	8º EGB	Jubilado	Soltero	20.0.5	37	6
2	V	23	Universitarios Incompletos	Estudiante	S	20.0	21	2
3	V	40	Bachiller Completo	Jub.	S	20.5	18	22
4	V	25	8º EGB	Sin Empleo	S	20.0	21	4
5	V	40	8º EGB	Con Empleo	Divorciado	20.0	28	12
6	V	36	Bach C	Con E.	S	20.6	25	11
7	V	38	Bach I	Con E.	Casado	20.0	25	13
8	M	30	Univ I	Con E.	S	20.3	21	9
9	V	42	8º EGB	Con E.	D	20.0	32	10
10	V	45	Univ C	Jub.	D	20.0	34	11
11	V	36	8º EGB	Con E.	S	20.5	18	18
12	V	38	Univ I	Con E.	C	20.5	24	14
13	V	38	Bach I	Pensionista	C	20.5	25	13
14	M	31	Bach I	Sin E.	S	20.0	21	10
15	M	37	8º EGB	Sin E.	S	20.0	21	16
16	V	43	8º EGB	Pens.	S	20.0	28	15
17	V	31	8º EGB	Con E.	C	20.0	24	7

Tabla 1. Características del grupo clínico

3.2. Instrumentos

A dicho grupo de pacientes se le administraron las pruebas siguientes:

- *Escala del síndrome positivo y negativo en la esquizofrenia (PANSS)* (Kay, Fiszbein y Opler, 1987. Traducción de Peralta y Cuesta, 1994): Esta escala sirve para establecer la presencia de diferentes síntomas en pacientes con esquizofrenia, así como para valorar su gravedad y realizar el seguimiento y la evolución de los síntomas en el tiempo.
- *Tests de factor “g”* (Cattell y Cattell, 1990): Los tests de factor “g” se diseñaron con el propósito de apreciar la inteligencia individual por medio de unas pruebas que redujesen, cuando fuese posible, la influencia de otros factores, tales como la fluidez verbal, el nivel cultural, el clima educacional, etc. Estas series de tests libres de cultura están integradas por tres escalas, aunque nosotros vamos a utilizar las escalas 2 y 3 en su forma A.
- *STROOP. Test de colores y palabras* (Golden, 2001): Esta prueba tiene como finalidad la detección de problemas neurológicos y cerebrales, así como la medida de la interferencia.
- *WAIS-III. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III* (Wechsler, 2001): En concreto nosotros hemos utilizado los siguientes tests de la mencionada escala de inteligencia:

1- Comprensión (C): Con el test se analiza el juicio o la inteligencia social y el razonamiento. 2- Dígitos (D): Por medio del test se explora la memoria de trabajo, la atención y la concentración. 3- Figuras incompletas (FI): Este test evalúa una serie de habilidades entre las cuales se destacan: la atención, la concentración y el razonamiento. 4- Vocabulario (V): Con este test se analiza el conocimiento lingüístico, la memoria a largo plazo y la comprensión verbal.

- *Tareas de TM. Historias de primer y segundo orden o tareas de creencias falsas de primer y segundo orden:* La narración que acompañaba a la presentación de la Tarea de Primer Orden. Tarea de apariencia-realidad fue: 1º- La chica enseña al chico un gran tubo de bombones y le pregunta qué cree que hay dentro. Él contesta: “bombones”. 2º- La chica le revela entonces que lo que realmente hay en su interior es un lápiz. 3º- Un amigo de ambos, que no ha visto lo que hay dentro del tubo, aparece en escena. La chica le pregunta de nuevo al chico ¿qué crees tú que dirá nuestro amigo que hay dentro del tubo?... 4º- ¿Qué dijiste tú que había dentro del tubo cuando te lo mostré por primera vez? 5º- La chica le dice al chico: “vamos, entonces, a preguntarle a nuestro amigo qué cree que hay dentro de este tubo”.

Preguntas realizadas a los pacientes:

Creencia: ¿Qué crees tú que dirá nuestro amigo que hay dentro del tubo?

Realidad: ¿Qué hay dentro del tubo realmente?

Memoria: ¿Qué dijiste tú que había dentro del tubo cuando te lo mostré por primera vez?

Inferencia: Si afilo el lápiz, ¿dónde caerán los desperdicios?

La tarea de segundo orden se detalló del modo siguiente: 1º- Marta y Juan están charlando en la sala de estar. Marta coloca un jarrón dentro de un armario que está colgado en la pared y Juan, apoyado en un armario bajo, observa lo que hace su amiga. 2º- Marta abandona la habitación. 3º- Juan saca el jarrón del armario que está colgado en la pared y lo coloca en el armario bajo. Pero Marta, desde fuera y sin que se dé cuenta el compañero, observa cómo Juan cambia el jarrón de lugar. 4º- Juan vuelve a su sitio y se apoya en el armario bajo. Marta entra de nuevo en la sala de estar con un ramo de flores para colocarlas en el jarrón.

Preguntas propuestas a los pacientes:

Creencia: Según Juan, ¿dónde cree Marta que está el jarrón?

Realidad: ¿Dónde está realmente el jarrón?

Memoria: ¿Dónde estaba el jarrón al principio?

Inferencia: Las flores gotean, ¿dónde caerá el agua?

Hay que añadir que, a la par que a los sujetos se les leían las historias de primer y segundo orden, se les mostraban los dibujos que representaban la secuencia de la acción de cada relato. Estos dibujos eran retirados tras la lectura de las historias.

3.3. Procedimiento

Aplicación individual en varias sesiones, con el fin de mantener el grado de motivación de los sujetos y evitar el cansancio, de todas las pruebas descritas con anterioridad: Escala del síndrome positivo y negativo en la esquizofrenia (PANSS), Test de factor “g”, Test de colores y palabras (STROOP), Test de comprensión (WAIS-III), Test de dígitos (WAIS-III), Test de figuras incompletas (WAIS-III), Test de vocabulario (WAIS-III), Historias de creencias falsas de primer y segundo orden. A este grupo se le presentaron las pruebas siguiendo y comentando las instrucciones que las acompañaban. El experimentador permanecía con los sujetos durante la ejecución completa de las diferentes tareas, resolviendo las dudas que surgían durante la realización de las mismas y anotando, en el caso de aquellas que así lo requerían, sus respuestas.

4. RESULTADOS

Recordemos que el Grupo Clínico realiza una serie de pruebas. En concreto, para estudiar el peso del cociente intelectual en las competencias de TM se agrupó a los sujetos en función de los resultados obtenidos en los Test de factor “g” (Cattell y Cattell, 1990), de modo que tres fueron los grupos así delimitados: sujetos con CI inferior (CI correspondiente entre 71-79), sujetos con CI normal-bajo (CI 80-89) y sujetos con CI medio (CI 90-109). La influencia de los problemas neurológicos se midió a través del Test de colores y palabras -STROOP- (Golden, 2001). Los esquizofrénicos, según los resultados alcanzados en dicha prueba, se agruparon en: sujetos con puntuaciones normales (límite 35 puntos de T), grupo con lesión izquierda (puntuaciones bajas en palabras, colores y palabras-colores), grupo con lesión derecha (puntuaciones bajas en colores y palabras-colores) y grupo con puntuaciones bajas en colores. Se han utilizado diversos tests de la Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III (Wechsler, 2001) de manera que en función de las puntuaciones conseguidas en ella los sujetos se dividieron en: pacientes con un centil \geq C-5 (CI correspondiente 75) y pacientes con un centil $<$ C-5. El análisis de la TM a través de las diferentes tareas de mentalización nos obliga a analizar al Grupo Clínico según sus respuestas en tales historias. Esto es, nos encontramos con los grupos formados por: sujetos que realizan con corrección las tareas de historias de creencias falsas de primer y segundo orden, sujetos que responden incorrectamente en la tarea de primer orden, sujetos que fallan en su respuesta ante la pregunta de creencias de segundo orden, sujetos que se auto-corrigen en la tarea de segundo orden, de forma que en un primer momento dan una respuesta incorrecta pero inmediatamente rectifican y responden adecuadamente. Los datos relativos a las mencionadas pruebas se resumen en la Tabla 2.

Sujeto	PANSS	CI	STROOP	WAIS-III	TM
1	6	3	0	0	0
2	1-2	3	0	0	0
3	1-2-3	3	0	0	0
4	2	3	0	0	2
5	3-5	3	0	0	0
6	2	3	0	0	0
7	5	3	0	0	0
8	2	3	0	0	0
9	5	3	0	0	3
10	1-2	3	0	0	3
11	5	2	0	0	0
12	2	2	0	0	1-2
13	3-4	2	0	0	2
14	1-2-5	1	0	0	1-2
15	2-3-4	1	0	0	2
16	1-2-4-5	1	0	0	2
17	2	1	3	0	2

Tabla 2. Resultados del grupo clínico en PANSS, CI, STROOP, test del WAIS-III e historias de TM

PANSS: 1- SIGNOS POSITIVOS, 2- SIGNOS NEGATIVOS, 3- SÍNTOMAS PARANOIDES, 4- SÍNTOMAS PASIVIDAD, 5- OTROS SÍNTOMAS, 6- REMISIÓN

CI: 1- INFERIOR, 2- NORMAL BAJO, 3- MEDIO

STROOP: 0- BIEN, 1- LESIÓN IZQUIERDA, 2- LESIÓN DERECHA, 3- FALLO COLOR

WAIS: 0- BIEN, 1- MAL COMPRENSIÓN, 2- MAL DÍGITOS, 3- MAL FIGURAS INCOMPLETAS, 4- MAL VOCABULARIO

TM: 0 BIEN, 1- MAL TM1º ORDEN, 2- MAL TM 2º ORDEN, 3- TM AUTOCORRECCIÓN

De igual manera y para investigar si los déficits encontrados en las historias de TM pueden depender de la cronicidad y/o del inicio temprano de la enfermedad, el grupo de esquizofrénicos ha sido subdividido en: sin cronicidad (≤ 7 años), cronicidad (> 7 años), sin inicio temprano (> 25 años), con inicio temprano (≤ 25 años) (Tabla 1).

5. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

El objeto general de esta investigación es el estudio de la TM en un Grupo Clínico de pacientes esquizofrénicos, con este fin y en función de las respuestas emitidas por los sujetos en las tareas de historias de TM de primer y segundo orden observamos las siguientes agrupaciones:

- **Grupo A (Sujetos: 2, 3, 5, 6 y 8):** De estos sujetos destacamos la realización adecuada tanto de las tareas de TM como del resto de las pruebas. También, este grupo presenta signos positivos y negativos y/o síntomas paranoides que a priori deberían influir en la ejecución de tareas de TM. El CI de todos los sujetos es medio y excepto en un caso (Sujeto 5), en el que su formación educativa es la mínima exigida en el estudio, el resto posee estudios secundarios completos e incluso, algunos de ellos, universitarios.
- **Grupo B (Sujetos: 1, 7 y 11):** En el grupo no aparecen dificultades en las tareas de TM, ni tampoco en el resto de las pruebas (excepto el Sujeto 11, que presenta una baja resistencia a la interferencia -PT 20- en la tarea de STROOP, hecho que no parece influir en sus respuestas en las historias de TM). Los sujetos no tienen síntomas o signos que medien en la ejecución de tareas de TM, bien porque se encuentran en remisión (Sujeto 1), bien porque presentan otros síntomas, como alucinaciones cenestésicas, delirios, grandiosidad, etc., que no influyen en las respuestas dadas en las tareas de TM. Para los Sujetos 1 y 7 el CI es medio, mientras que en el caso del Sujeto 11 el CI es medio-bajo.
- **Grupo C (Sujetos 9 y 10):** Este grupo se auto-corrige en sus respuestas cuando ha de contestar la pregunta de creencia de la historia de segundo orden, el resto de las pruebas las realiza adecuadamente. El Sujeto 9 no presenta signos o síntomas que influyan en la ejecución de las tareas de TM, mientras que el Sujeto 10 sí tiene signos positivos y negativos. Ambos poseen un CI medio, así como un comienzo tardío (posterior a los 25 años) y una larga cronicidad de la enfermedad (más de 7 años).
- **Grupo D (Sujetos 4, 13, 15, 16 y 17):** El grupo comete errores en la tarea de segundo orden, sin embargo, el resto de tareas son resueltas sin dificultad. También se aprecian tanto signos positivos como negativos y/o síntomas paranoides que, según Corcoran (2001) y Pickup y Frith (2001), influyen en la resolución errónea de las tareas de TM. El Sujeto 17, además de lo expuesto, obtiene en la prueba de STROOP una puntuación en colores por debajo del límite establecido, lo que denotaría posibles problemas neurológicos.
- **Grupo E (Sujetos 12 y 14):** Estos sujetos ejecutan mal ambas tareas de TM (de primer y segundo orden), en ellos existen tanto signos positivos como negativos que influyen en la elección de las respuestas correctas en las historias de TM; asimismo, es de destacar el comienzo temprano y la larga cronicidad de la enfermedad. Al concretar más encontramos que el Sujeto 12 tiene un CI normal-bajo y ejecuta adecuadamente el resto de tareas que se le presentan. Por su parte, en el caso del Sujeto 14 observamos un CI inferior y una puntuación baja en el test de figuras incompletas (C 5), que podría reflejar ciertas dificultades de atención, concentración y razonamiento pese a que los resultados obtenidos en las pruebas de dígitos y comprensión, que también exigen dichas habilidades, son adecuados.

Por todo ello, y como conclusiones, diremos que en el estudio se refleja la contribución del CI medio, pues aunque los sujetos presenten signos y síntomas que influyan en

la ejecución de las tareas de TM, el alto CI ayuda a su correcta realización pues permite utilizar habilidades generales de solución de problemas y superar las carencias en TM. Mientras que en los pacientes con un CI inferior se ven tanto los procesos de la esquizofrenia como del CI. En este aspecto, nuestra investigación apoya los datos obtenidos por Corcoran (2000), Corcoran *et al.* (1995, 1997), Doody *et al.* (1998), Mazza *et al.* (2001), Mitcheley *et al.* (1998) y Sarfati (2000).

Los sujetos en remisión y los sujetos sin signos positivos y negativos y/o delirios paranoides no muestran fallos en la realización de tareas de TM. En estos casos, la influencia mayor se debe a la ausencia de signos y síntomas que medien en la realización de las tareas de TM y no al CI de los distintos sujetos que componen el grupo. Cuando se experimentan otros síntomas menos típicos (delirios de grandiosidad, alucinaciones cenestésicas...) se alcanza una correcta meta-representación, ya que tanto el razonamiento condicional como las habilidades de TM funcionan adecuadamente (Corcoran, 2001). Los fenómenos de pasividad no se han podido evaluar en nuestro estudio debido a que, a la par, aparecen otros signos y síntomas que afectan a la realización de las pruebas de TM.

Observamos, al igual que Corcoran *et al.* (1995), Herold *et al.* (2002) y Sarfati *et al.* (2000), que el déficit en la TM es un estado más que un rasgo ya que las ejecuciones de los pacientes durante los episodios agudos es peor que la de los que están en remisión. De esta forma, la habilidad de mentalización es una variable que se vincula a la sintomatología de los enfermos, por lo que ciertos procesos cognitivos funcionarían temporalmente de un modo inadecuado (Corcoran, 2000; Portela *et al.*, 2003). Hemos, sin embargo, de recordar que hay investigadores que sostienen que los problemas en TM pueden ser detectados tanto en la fase aguda como en la fase de remisión de la enfermedad. Según Mazza *et al.* (2001) las habilidades de TM en estos sujetos evolucionarían con total normalidad, pero tras el primer episodio de la enfermedad, dichas facultades se verían restringidas. Así, el modelo del desarrollo de la psicopatología pronostica que los esquizofrénicos realizarían bien tareas simples de TM, pero no tareas más complicadas (Herold *et al.*, 2002; Janssen *et al.*, 2003). Igualmente se observa que las personas con esquizofrenia crónica y normal CI obtienen unas puntuaciones peores que los sujetos sin patología (Janssen *et al.*, 2003; Langdon *et al.*, 2001, 2002). En esta línea, las dudas que genera la pregunta de creencia en la historia de segundo orden podrían ser entendidas en función de las habilidades de TM que progresan sin incidentes (de hecho en el Grupo C se da un comienzo tardío de la enfermedad); pero que, tras el primer episodio de psicosis, se vuelven más limitadas y aunque mejoran cuando los síntomas psicóticos agudos remiten van muy ligadas a la cronicidad de la enfermedad (factor, este último, que también se aprecia en este grupo), dado que la plasticidad de este proceso on/off puede menguar con cada fase del mismo pues estos sujetos evitan la relación con otras personas, se aíslan de la sociedad y se refuerza su Naïvety social y el déficit en TM (Drury *et al.*, 1998; Herold *et al.*, 2002; Mazza *et al.*, 2001; Sarfati *et al.*, 2000). También es de destacar el CI medio de los enfermos que forman parte de la agrupación, que les permite, tras la duda inicial, responder adecuadamente a las preguntas de creencias de TM.

Asimismo, hallamos que la aparición de signos positivos, negativos y síntomas paranoides conllevan una ejecución errónea en las tareas de segundo orden. En el Grupo D

el CI no influye ya que es normal-bajo o inferior, solo en una ocasión (Sujeto 4, en el que el CI es medio) aquel no ayuda a la realización correcta de las tareas de TM. Hemos de decir que en dicho sujeto se combinan algunas variables que podrían explicar su respuesta inadecuada en la tarea de segundo orden, y ello, a pesar de su CI: comienzo temprano de enfermedad, estudios básicos, sin empleo o actividad laboral. En el caso del Sujeto 17 hay varios aspectos que han de contemplarse a la hora de interpretar sus resultados en las tareas de TM: posibilidad de daño cerebral -STROOP Color (T 33)- y capacidad restringida de atención, concentración y memoria de trabajo -WAIS-III: Dígitos (C 5)-. La presencia de tales dificultades derivarían en un pobre desempeño en tareas de TM (Portela *et al.*, 2003).

Sin embargo, no podemos rubricar la afirmación de que en pacientes con delirios paranoides se dan evidencias de una ejecución pobre, pero que tales dificultades no son tan graves como las observadas en casos de sujetos esquizofrénicos con características negativas y positivas; ni de que exista un efecto comparativamente más amplio de los signos conductuales sobre los síntomas paranoides en aquellos pacientes que muestran co-morbilidad de signos conductuales y síntomas paranoides (Corcoran, 2000; Corcoran *et al.*, 1995, 1997; Corcoran y Frith, 1996; Frith y Corcoran, 1996; Mazza *et al.*, 2001). De hecho, si comparamos los resultados del Sujeto 13, sujeto con delirios paranoides, con los obtenidos por otros sujetos de su mismo grupo que muestran signos positivos, negativos y/o síntomas paranoides, no se detecta ninguna asociación específica entre los síntomas paranoides y la resolución de tareas de TM.

Los errores, tanto en tareas de primer como de segundo orden, del Grupo E van ligados a la presencia de signos conductuales negativos y positivos; no obstante, hemos de comentar que esto también se ha visto en otros casos, en los cuales los errores solo residían en las tareas de segundo orden. Diremos, entonces, que no se aprecia una relación clara entre signos que se asocian con una pobre ejecución en historias de primer y segundo orden. Asimismo, y teniendo presente tanto el comienzo temprano como la larga cronicidad encontrados en este grupo de pacientes, mantenemos que puede existir un subgrupo de sujetos esquizofrénicos con un comienzo temprano de la enfermedad que muestra muchas características negativas y grandes dificultades de representación, lo que conlleva que falle, incluso, en tareas de primer orden (Murray *et al.* 1992). Investigadores como Corcoran, (2001), Kington *et al.* (2000) y Pollice *et al.* (2002) encontraron que los sujetos que no mejoraban eran más jóvenes cuando habían experimentado la enfermedad, tenían más síntomas negativos y en conjunto habían sufrido la enfermedad durante más tiempo. De la misma manera, los pacientes con características negativas crónicas tendrían dificultades en la memoria autobiográfica debido a un pobre funcionamiento social en la infancia, que conllevaría que la recuperación de sucesos relevantes de esta memoria estuviera disminuida debido al aislamiento temprano y a su falta de exposición a eventos sociales, lo que les impediría el almacenamiento del material relevante. Si no podemos recordar nada, no puede surgir la mentalización, por lo que la carencia en la memoria autobiográfica está en la base del déficit cognitivo que afecta a las habilidades en TM (Corcoran, 2001; Corcoran *et al.*, 1995; Murray *et al.*, 1992). Otros autores también se han manifestado a favor del argumento de que ciertos pacientes con esquizo-

frenia muestran dificultades a la hora de procesar emociones sutiles y que, quizás, tengan problemas con las expresiones complejas o más ingeniosas debido a la privación de la experiencia comunicativa social (Kington *et al.*, 2000). En nuestra investigación son los Sujetos 12, 14 y 15 los que han tenido un comienzo temprano, una larga cronicidad de la enfermedad y emiten unas respuestas equivocadas en las tareas de TM. Sin embargo, en el caso del Sujeto 12 quizás son los factores estresantes actuales no contemplados, el número de episodios psicóticos previos, etc., los que pueden ayudar a encontrar una explicación a los errores cometidos en ambas tareas de TM. Por su parte, el Sujeto 14 obtiene una puntuación baja en el test de figuras incompletas, debido a ello, los fallos emitidos en las dos historias de TM pueden verse mediatizados por una reducción de la atención, de la concentración y del razonamiento, tal y como manifiestan estudios centrados en la exploración neuropsicológica de la esquizofrenia que ponen el énfasis en un amplio número de déficits cognitivos que influyen en la solución de tareas de TM (Corcoran, 2000; Langdon *et al.*, 1997; Portela *et al.*, 2003). Pese a ello, y en función del resto de los casos analizados, nosotros proponemos que los déficits en TM son específicos, forman parte de la psicopatología de los sujetos esquizofrénicos, por lo que dependen del estado del paciente, esto es, de los signos y síntomas que manifieste y, por tanto, no un simple reflejo de un déficit cognitivo más general (Pickup y Frith, 2001).

Por su parte un comienzo tardío ligado a una amplia cronicidad de la enfermedad, conjuntamente con unas respuestas inadecuadas en la historia de segundo orden son las características más destacadas de los Sujetos 13 y 16. Del mismo modo, y como ya se ha apuntado anteriormente, los Sujetos 9 y 10, con un comienzo tardío y una larga cronicidad, son los enfermos que dudan en las tareas de TM. Manifestamos la importancia que ambos aspectos tienen en la solución de las tareas de TM en el sentido de que ciertas explicaciones se basarían en la adquisición y el desarrollo normal de la meta-representación y, o bien puede suceder que los déficits sólo ocurran cuando comienza la enfermedad, por lo que es probable que estas personas aún tengan habilidades residuales (por ejemplo centradas en tareas de primer orden), incluso en estadios crónicos de la enfermedad, o bien, como propone Abu-Akel (1999), que se vinculen a una hiper-TM. El autor define la hiper-TM en oposición a la falta de la misma, que es lo que se observa en los autistas, y sitúa ambos trastornos en los extremos opuestos del espectro de la TM, de forma que los esquizofrénicos habrían desarrollado una TM que en un primer momento estaría intacta, pero que, posteriormente, con el comienzo de la enfermedad, se habría deteriorado. No obstante estos pacientes continuarían realizando inferencias sobre el estado mental de los demás, pero no serían conscientes de que son erróneas.

De todo lo comentado hasta el momento se desprende una serie de propuestas para tener presentes en futuros estudios:

Sería conveniente analizar los efectos e influencias en la resolución de tareas de TM de la formación académica, del desempeño laboral actual, así como de los factores estresantes (próximo cambio de estado civil, posible paternidad o maternidad...) y del número de episodios psicóticos previos.

Evaluar, en profundidad, el efecto conjunto de los signos y síntomas que median en la ejecución de las tareas de TM, en el sentido de que la sintomatología paranoide parece

verse superada por los efectos de los signos positivos y negativos, pero no en un grado tan amplio que conlleve la resolución errónea de tareas de primer orden.

Asimismo, las habilidades de TM son complejas y muy distintas las pruebas que las exploran, por lo que, y sin olvidar la afirmación de Hollis y Taylor (1997) acerca de que las carencias en TM son más marcadas en tareas que requieren un uso de las funciones ejecutivas, sí recomendamos la utilización de tests sofisticados que incluyan la comprensión de múltiples historias de TM, de proverbios que combinen metáforas y atribuciones de estados mentales, del pensamiento social estratégico o inteligencia maquiávelica y, por supuesto, del uso y organización de los verbos de actividad mental (Bloom y German, 2000; Brüne, 2003; Harrington *et al.*, 2005; Inoue *et al.*, 2006).

En nuestro trabajo no queda claro si las carencias en TM en pacientes esquizofrénicos son un estado o un rasgo. Investigaciones recientes nos orientan hacia la idea de que se trata de un rasgo que podría ayudar a detectar a sujetos de alto riesgo, pues los fallos localizados en la TM son una característica constante de la enfermedad. Por tanto, se requiere realizar estudios longitudinales para avalar esta afirmación (Harrington *et al.*, 2005; Inoue, *et al.*, 2006; Schiffman *et al.*, 2004).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abu-Akel, A. (1999). Impaired theory of mind in schizophrenia. *Pragmatics and Cognition*, 7, 247-282.
- Allen, H., Liddle, P. y Frith, C. (1993). Negative features, retrieval processes and verbal fluency in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 163, 769-775.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A.M. y Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition* 21, 37- 46.
- Bloom, P. y German, T. (2000). Two reasons to abandon the false belief task as a test of theory of mind. *Cognition*, 77, 25- 31.
- Brüne, M. (2001). Social Cognition and psychopathology in an evolutionary perspective. *Psychopathology*, 34, 85-94.
- Brüne, M. (2003). Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60, 57-64.
- Brüne, M. (2005). Theory of mind in schizophrenia : A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin* 31 (1), 21-42.
- Cattell, R.B. y Cattell, A.K. (1990). *Tests de factor “g”, escalas 2 y 3* (6ª edición). Madrid. Tea Ediciones S.A. (Orig. 1973)
- Corcoran, R. (2000). Theory of mind in other clinical conditions: is a selective “theory of mind” deficit exclusive to autism?. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg y D. Cohen *Understanding other minds* (391-421) (2ª edición). New York. Oxford University Press.
- Corcoran, R. (2001). Theory of mind and schizophrenia. In P.W. Corrigan y D.L. Penn. *Social cognition and schizophrenia* (pp149-174). Washington. American Psychological Association.

- Corcoran, R., Cahill, C., y Frith, C.D. (1997). The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: a study of “mentalizing” ability. *Schizophrenia Research* 24, 319-327.
- Corcoran, R. y Frith, C. (1996). Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 1, 1105-1112.
- Corcoran, R., Mercer, G. y Frith, C.D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17, 5-13.
- Doody, G.A., Götz, M., Johnstone, E.C., Frith, C.D. y Cunningham Owens, D.G. (1998). Theory of mind and psychoses. *Psychological Medicine*, 28, 397-405.
- Drury, V.M., Robinson, E.J. y Birchwood, M. (1998). Theory of mind skills during an acute episode of psychosis and following recovery. *Psychological Medicine*, 28, 1101-1112.
- Fraser, W., King, K., Thomas, P. y Kendell, R. (1986). The diagnosis of schizophrenia by language analysis. *British Journal of Psychiatry*, 148, 275-278.
- Frith, C.D. (1995). *La esquizofrenia: un enfoque neuropsicológico cognitivo*. Barcelona. Ariel Psicología. (Orig. 1992).
- Frith, C.D. y Corcoran, R. (1996). Exploring theory of mind in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26, 521-530.
- Frith, C.D. y Frith, U (1991). Elective affinities in schizophrenia and childhood autism. En P. Bebbington (ed), *Social Psychiatry: Theory, methodology and practice* (65-88). New Brunswick, New Jersey. Transaction Press.
- Frith, C.D., Leary, J., Cahill, C. y Johnstone, E.C. (1991). Performance en psychological tests. *British Journal of Psychiatry*, 159 (suppl,13) 26-29.
- Garety, P.A. y Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113- 154.
- Golden, C.J. (2001). *Stroop. Test de colores y palabras* (3ª edición). Madrid. Tea Ediciones.
- Harrington, L., Siegert, R., McClure, J. (2005). Theory of mind in schizophrenia: A critical review. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10 (4), 249-286.
- Herold, R., Tényi, T., Lénárd, K. y Trixler, M. (2002). Theory of mind deficit in people with schizophrenia during remission. *Psychological Medicine*, 32, 1125-1129.
- Hollis, C. y Taylor, E. (1997). Schizophrenia: A critique from the developmental perspective. En M.S. Keshavan y R.M. Murray, *Neurodevelopment and adult psychopathology* (pp 213-233). Cambridge: Cambridge University Press.
- Inoue, Y., Yamada, K., Hirano, M., Shinohara, M., Tamaoki, T., Iguchi, H., Tonooka, Y., Kanba, S. (2006). Impairment of theory of mind in patients in remission following first episode of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256, 326-328.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Jolles, J. y Van Os, J. (2003). Alterations in ToM in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 110-117.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13, 261-274.
- King, K., Fraser, W.I., Thomas, P. y Kendell, R.E. (1990). Re-examination of the language of psychotic subjects. *British Journal of Psychiatry*, 156, 211-215.
- Kington, J.M., Jones, L.A., Watt, A.A., Hopkin, E.J. y Williams, J. (2000). Impaired eye expression recognition in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 34, 341-347.

- Langdon, R., Coltheart, M., Ward, P. y Catts, S. (2001). Mentalising, executive planning and disengagement in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 6 (2), 81-108.
- Langdon, R., Coltheart, M., Ward, P. y Catts, S. (2002). Disturbed communication in schizophrenia: the role of poor pragmatics and poor mind-reading. *Psychological Medicine*, 32, 1273-1284.
- Langdon, R., Michie, P.T., Ward, P.B., McConaghy, N., Catts, S.V., Coltheart, M.(1997). Defective self and/ or other mentalising in schizophrenia: a cognitive neuropsychological approach. *Cognitive Neuropsychiatry* 2 (3), 167- 193.
- Marjoram, D., Gardner, C., Burns, J. Miller, P., Lawrie, S. y Johnstone, E. (2005). Symptomatology and social inference: A theory of mind study of schizophrenia and psychotic affective disorder. *Cognitive Neuropsychiatry* 10 (5), 347-359.
- Mazza, M., De Risio, A., Roncone, R., Casacchia, M. (2001). Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, vol. 47 (2-3), 299-308.
- Mitchley, N.J., Barber, J., Gray, J., Brooks, D.N. y Livingstone, M.G. (1998). Comprehension irony in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 3 (2), 127-138.
- Murray, R., O'Callaghan, E., Castle, D. y Lewis, Sh. (1992). A neurodevelopmental approach to the classification of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18 (2), 319-332.
- Naudin, J., Azorin, J., Mishara, A.L., Wiggings, O.P. y Schwartz, M. (2000). Schizophrenia and common sense: Study of 3 single cases. *Psychopathology*, 33 (5), 275-282.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. (10ª revisión) (CIE). Madrid. Meditor. (Orig. 1992).
- Peralta, V. y Cuesta, M.J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANNS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 22, 4, 171-177.
- Perner, J., Frith, U., Leslie, A.M. y Leekam, S.R. (1989). Exploration of the autistic child's ToM: knowledge, belief and communication. *Child Development*, 60, 689-700.
- Perona, S., Cuevas, C., Vallina, O. y Lemos, S. (2003). *Terapia cognitivo conductual de la esquizofrenia*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Pickup, G y Frith, C. (2001). Theory of mind impairments in schizophrenia: symptomatology, severity and specificity. *Psychological Medicine*, vol. 31 (2), 207-220.
- Pollice, R., Roncone, R., Falloon, I., Mazza, M., De Risio, A., Necozone, S., Morosini, P. y Casacchia, M. (2002). Is the theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology* 35, 280-288.
- Portela, M., Vírveda, A., y Gayubo, L. (2003). Revisión sobre el estudio de la teoría de la mente en trastornos generalizados del desarrollo y esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31 (6), 339-346.
- Rivière, A. y Núñez, M. (2001). *La mirada mental* (3ª edición). Buenos Aires: Aique
- Sarfati, Y (2000). Deficit of the theory of mind in schizophrenia: clinical concept and review of experimental arguments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45 (4), 363-368.
- Sarfati, Y., Passerieux, Ch. , Hardy-Bayle, M.C. (2000). Can verbalization remedy the theory of mind deficit in schizophrenia?. *Psychopathology*, 33 (5), 246-251.

- Schiffman, J., Lam, C., Jiwatram, T., Ekstrom, M., Sorensen, H., Mednick, S. (2004). Perspective-taking deficits in people with schizophrenia spectrum disorders: A prospective investigation. *Psychological Medicine* 34, 1581-1586
- Stone, V.E., Baron-Cohen, S. y Knight, R. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of Cognitive Neuroscience* 10, 5; 640-656.
- Thomas, P., King, K., Fraser, W.I. y Kendell, R.E. (1990). Linguistic performance in schizophrenia: A comparison of acute and chronic patients. *British Journal of Psychiatry*, 156, 204-210.
- Wechsler, D. (2001). *Wais-III. Escala de inteligencia para adultos-III* (2ª edición). Madrid. TEA (Orig. 1997).
- Wimmer, H. y Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13, 103-128.
- Young, H.F. y Bentall, R.P. (1997). Probabilistic reasoning in deluded, depressed and normal subjects: Effects of task difficulty and meaningful versus non-meaningful material. *Psychological Medicine*, 27, 455-465.

