



# VALIDACIÓN DEL *MENTALIZATION* *IMBALANCE SCALE (MIS)* AL ESPAÑOL

Autor: Maria Pérez Beitia

Tutor: Carlos Pitillas Salvá

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2024

**Resumen.** El objetivo de este estudio era proporcionar datos sobre la validación de una medida de evaluación de la mentalización (*Mentalization Imbalance Scale*, MIS) al español. Una muestra nacional aleatoria de profesionales que atienden a personas con diagnóstico de esquizofrenia (N=153) completó la MIS para identificar desequilibrios en la mentalización. El análisis factorial confirmatorio (AFC) presentó una dudosa presencia de seis factores que representaban diferentes desequilibrios de mentalización: cognitivo, afectivo, automático, externo, desequilibrio hacia los demás y desequilibrio hacia uno mismo. Encontramos varias relaciones significativas entre los desequilibrios de mentalización de los pacientes y diferentes variables relacionadas con la esquizofrenia. Se confirmó la hipótesis de que esta población está más orientada al polo del yo. Por otro lado, se encontraron diferencias en los grupos de tiempo de diagnóstico, con una mayor tendencia al polo cognitivo en el grupo de 3 a 5 años, en comparación con más de 5 años; en los síntomas positivos, con tendencia al polo del yo, al polo externo, y al polo afectivo cuando estos están activados; en los síntomas negativos, tendentes al polo del yo, al polo externo, al polo cognitivo y al automático cuando están activados; y, en el abuso/maltrato infantil/adolescente, con tendencia al polo afectivo y al polo del otro. La *MIS* representa una medida fiable que puede ayudar a los clínicos a comprender las dificultades específicas de mentalización de los pacientes. Se requiere más investigación para confirmar su validez al español.

Palabras clave: *mentalización; esquizofrenia; evaluación; dimensiones de la mentalización*

**Abstract.** The aim of this study was to provide data on the validation of a Mentalization Imbalance Scale (MIS) into Spanish. A national random sample of professionals caring for people with a diagnosis of schizophrenia (N=153) completed the MIS to identify imbalances in mentalization. Confirmatory factor analysis (CFA) presented an uncertain presence of six factors representing different mentalization imbalances: cognitive, affective, automatic, external, imbalance towards others and imbalance towards self. We found several significant relationships between patients' mentalization imbalances and different variables related to schizophrenia. The hypothesis that this population is more oriented to the pole of the self was confirmed. On the other hand, differences were found in the groups of time of diagnosis, with a greater tendency to the cognitive pole in the group of 3 to 5 years, compared to more than 5 years; in the positive symptoms, with a tendency to towards the self pole, to the external pole, and to the affective pole when these are activated; in negative symptoms, tending towards the self pole, external pole, cognitive pole and automatic pole when activated; and, in child/adolescent abuse/maltreatment, tending towards the affective pole and towards the other pole. The MIS represents a reliable measure that can help clinicians understand patients' specific mentalization difficulties. Further research is needed to confirm its validity in Spanish.

**Keywords:** *mentalization; schizophrenia; assessment; dimensions of mentalization.*

## Índice

Introducción .....	5
1. Esquizofrenia y Mentalización.....	14
2. Medidas en Mentalización .....	21
Método .....	25
1. Diseño del estudio .....	25
2. Variables y medidas .....	26
3. Análisis de datos.....	27
Resultados.....	27
Discusión y conclusiones .....	34
Referencias .....	39
Anexos.....	53

## Introducción

Se puede afirmar que Peter Fonagy es quien desarrolla a finales de los años 80 del pasado siglo, la teoría basada en la mentalización (TBM). Ésta recoge toda la aportación del psicoanálisis, y junto con Anthony Bateman y otros autores construyen la TBM en la década de los años 90. Este tratamiento se desarrolla a partir de diferentes teorías, como han sido la teoría del apego, el psicoanálisis, la investigación en el desarrollo infantil, las teorías cognitivas y los avances en la neurobiología y la neurociencia, entre otras.

Fonagy y su grupo utilizan el término “mentalización” para referirse al proceso mental por el cual percibimos e interpretamos nuestros propios comportamientos o los de los demás como dependientes de o relacionados con estados mentales subjetivos e intencionales. Estos estados mentales subyacen al comportamiento y lo dotan de sentido; e incluyen deseos, necesidades, sentimientos, creencias y razones personales (Bateman y Fonagy, 2004). Mentalizar implica focalizarse en los estados mentales de uno mismo o de los otros, particularmente para explicar el comportamiento (Bateman y Fonagy, 2016). En el ámbito de la investigación este concepto es más conocido como función reflexiva (FR), una operacionalización de la variable mentalización como comenta Ruiz (2021). La función reflexiva ha empezado a obtener reconocimiento, estos últimos años, en diferentes escenarios dentro de la investigación.

Antes de nada, es relevante mencionar que el constructo mentalización es conocido, por muchas perspectivas teóricas de la psicología, por su presencia en todo proceso terapéutico. Desde la teoría psicoanalítica, se puede apreciar este concepto en el trabajo de Freud sobre el desarrollo conceptual de *Bindung* (ligazón), entendido como el momento asociativo donde una característica externa o física es vinculada con una representación psíquica, pudiendo haber distintas fallas en el proceso de ligazón (Freud, 1914c, como se citó en Bateman, et al., 2023). Años después los teóricos de las relaciones de objeto, como Melanie Klein, con su

trabajo sobre la posición depresiva, hacen una analogía con la función reflexiva (Melanie Klein, 1945, como se citó en Bateman, et al., 2023), la necesidad de la mente de cuidar la integridad de sus objetos/representaciones (Flores, 2010). Por otro lado, Bion desarrolla el concepto de la función alfa con el objetivo de simbolizar y pensar las impresiones sensoriales y las experiencias emocionales (elementos alfa), además de transformar los eventos internos (elementos beta) (Lanza Castelli, 2011) en experiencias pensables y tolerables (Bion, 1962a, como se citó en Bateman et al., 2023). En la misma época, se pueden destacar dos autores más, como fueron D. Winnicott y P. Marty. El primero de ellos considera que el yo psicológico se desarrolla a través del reflejo que da la figura primaria de apego en la mente del niño/a, ligando pensamiento y sentimiento (Winnicot 1962, como se citó en Bateman, et al., 2023). Por último, P. Marty, explicita que la mentalización actúa como un sistema protector de aquel lugar de las representaciones y sus conexiones (sistema preconsciente), haciendo hincapié en la capacidad mentalizadora para impedir la desorganización progresiva entre lo psíquico y lo físico (Marty 1968, como se citó en Bateman, et al., 2023).

La mentalización es un elemento esencial para la salud mental y para el funcionamiento psíquico equilibrado. La TBM, al igual que todas las estrategias terapéuticas que derivan a esta teoría, trabaja con procesos cognitivos de alto orden (HOC). Estos procesos facilitan la plasticidad del funcionamiento mental, con el objetivo de flexibilizar las creencias sobre uno mismo, además de reavivar el interés por las relaciones interpersonales y sociales. Así, los/as pacientes pueden recuperar las herramientas que necesitan para regularse a sí mismos dentro de las relaciones con el otro (Debbanné y Pereira, 2018). El tratamiento basado en la mentalización se crea específicamente para los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (Bateman y Fonagy, 2008), y pasados los años, ha ido extendiéndose hacia diferentes patologías (autismo, psicosis, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno

narcisista, trastorno antisocial, depresión y trauma, entre otras) y poblaciones (familia, niños, adolescentes, equipos de trabajo, pareja, y demás).

Desde el momento inicial del desarrollo de la TBM y del tratamiento basado en la mentalización para TLP, y su extensión en otras poblaciones y contextos, la investigación sobre el constructo y la búsqueda de eficacia y evidencia han sido una de las principales motivaciones de los creadores del modelo y sus intervenciones terapéuticas. Por consiguiente, la importancia de la evaluación del concepto mencionado y la creación de diferentes escalas para medir esta función, las cuales se explicarán de manera más extendida más adelante, han sido y son una de las líneas de trabajo de los creadores y de los investigadores actuales. La literatura sobre las intervenciones basadas en la mentalización indica que la medición del constructo, a través de escalas, no está exenta de diferentes dificultades, ya sea por su definición, de carácter intra y/o intersubjetivo, o por las diferentes maneras de plasmarlo en las escalas diseñadas hasta el momento, con lo cual, éstas han limitado su utilización (Müller, et al., 2022). Hasta el momento, los investigadores se han centrado en escalas de autoinforme, lo cual supone desatender el efecto del *arousal* (explicado más adelante) del paciente y sus alteraciones, las cuales pueden afectar a su capacidad de mentalización, además de desatender también los procesos automáticos de las personas que lo rellenan. Asimismo, la manera de abarcar el concepto puede ser diferente, y en consecuencia controvertido. Las escalas miden la mentalización a través de diferentes subconstructos como se verá a continuación. Unas escalas miden la hipermentalización e hipomentalización, otras se centran en las dimensiones de la mentalización (se detallará esta cuestión más adelante), y otras en los estados prementalizadores. En conclusión, existe la necesidad científica de desarrollar metodologías de evaluación de la mentalización que sean fiables, válidas y útiles para objetivos diversos y con poblaciones específicas, y que definan con precisión los aspectos del constructo que se están midiendo.

El objetivo de este trabajo es validar la escala *Mentalization Imbalance Scale* (MIS) (Gagliardini, et al., 2018) al castellano, donde se tienen en cuenta las dimensiones de la mentalización. Numerosos estudios han considerado que la mentalización no es un constructo unitario, sino que se construye en torno a diferentes facetas que se organizan en torno a cuatro dimensiones subyacentes. Son cuatro las dimensiones (Rossouw, et al., 2021), divididas en ocho polos (Bateman, et al., 2023): yo/otro, externo/interno, automático/controlado y cognitivo/afectivo. Se considera que, para tener una buena capacidad mentalizadora, se requiere tener flexibilidad para poder moverse en entre los polos de estas cuatro dimensiones, sin llegar a quedarse estancados en los extremos.

- La primera dimensión es la del yo – otro. Las personas, en su día a día, aprovechan la perspectiva empática que caracteriza la dimensión del yo, y además pueden dejarse influir de una manera adecuada en relación a las percepciones que recibimos de los demás sobre uno mismo (Bateman y Fonagy, 2004). Un individuo que tiende a estar más atascado en el polo "otro" de la dimensión puede ser más vulnerable a sentirse abrumado por las emociones de los demás, y a dejarse influenciar por la perspectiva de otro. Esto puede hacerles vulnerables a situaciones emocionales contagiosas y también, en algunos casos, a la explotación, ya que estos individuos tienen una gran capacidad para mentalizar a los demás pero carecen de empatía emocional, y consecuentemente, tienden a abusar o explotar a los demás. Por otra parte, centrarse excesivamente en la mentalización de uno mismo puede privar al individuo del acceso a los efectos reguladores de las perspectivas de otras personas y asimismo, reduce su conexión social (Bateman et al., 2023).
- La segunda dimensión, automático – controlado. La mayoría del tiempo, mentalizamos de forma bastante automática: no nos paramos a pensar de forma muy explícita o reflexiva sobre lo que está ocurriendo. De hecho, cuando alguien controla

de más su mentalización, la experiencia interpersonal puede ser un trabajo duro y poco espontáneo. Por ejemplo, cuando nos encontramos con un compañero después del trabajo, respondemos a su comportamiento de forma inmediata e irreflexiva. Pero si vemos que parece triste, podemos frenar un poco y empezar a pensar de forma más consciente y controlada en lo que le puede estar pasando: ¿hay algún problema concreto en el trabajo que le preocupe? En ese momento, nos movemos en esta dimensión de la mentalización, de automática a controlada, en respuesta a las exigencias de la situación (Bateman et al., 2023). Funcionar en esta dimensión de manera polarizada en relación al polo automático, sería manifestarse de manera generalizada de forma irreflexiva, impulsiva y automática. Por el contrario, si el paciente está situado en el polo controlado, tiende a enlentecerse y entorpecerse en situaciones cotidianas simples, y carentes de conflicto (Bateman y Fonagy, 2004).

- La tercera dimensión, cognitivo – afectiva. Esta dimensión mentalizadora abarca, en el polo cognitivo, la capacidad de identificar, etiquetar e invocar razonamientos sobre estados mentales en uno mismo o en los demás. El polo opuesto, la mentalización afectiva, tiene que ver con la sensación de lo que ocurre, también en uno mismo o en los demás. Si un individuo se queda atascado en el extremo afectivo, sin el etiquetado y la contextualización de las emociones que proporciona la cognición, puede experimentar emociones desreguladas y agobiantes, que llegan a dominar su comportamiento. La dominación por el afecto hace que cualquier cosa que se piense parezca real y conduce a la intolerancia de formas alternativas de ver las cosas. En el extremo del polo cognitivo, un individuo puede describir sentimientos en ausencia de emociones realmente experimentadas. Sin embargo, en ausencia de la experiencia de los sentimientos, puede sentirse desconectado de la realidad, convirtiéndose en una

forma de funcionamiento fingido, y puede carecer de empatía genuina (Bateman et al., 2023).

- La cuarta dimensión, interno – externo. Esta dimensión se refiere a la posibilidad de inferir los estados mentales de alguien a partir de señales externas, como sus expresiones faciales, en contraposición a pensar en lo que está sucediendo para ellos en función de lo que imaginamos sobre su estado interno, es decir, lo que imaginamos que saben, piensan o creen. Una orientación exclusivamente externa puede hacer que una persona esté hipervigilante, buscando constantemente evidencia externa y juzgando solo por apariencias. Si la evidencia de actitudes y otros estados internos tiene que provenir del exterior, habrá una falta correspondiente de convicción sobre las propias intuiciones y una necesidad excesiva de buscar reafirmación externa. Por ejemplo, podríamos tener dificultades para reconocer cuán ansiosos nos sentimos hasta que notamos cuánto nos estamos inquietando. Un enfoque externo excesivo puede resultar en el descuido de lo interno, y la ausencia de una manera de generar un modelo de cómo uno se siente, puede conducir a sentimientos abrumadores de "no saber" e incluso vacío. Un enfoque excesivo en los estados externos también puede hacer que una persona reaccione en exceso a las acciones físicas y comportamientos de otras personas, incluso si estas acciones no están dirigidas a ellos. Esto se debe a que el individuo no puede fundamentar su respuesta en una comprensión coherente de las razones detrás de las acciones de los demás. Mientras tanto, se podría inferir que en la vida cotidiana, las personas que están enfocadas en el polo interno, hacen una lectura de la situación vivida en relación a la experiencia interna (Bateman y Fonagy, 2004). Por tanto, un enfoque excesivo en los estados internos puede conducir a inferencias no justificadas y suposiciones complicadas sobre el estado mental de otro sin un anclaje suficiente en la realidad externa (Bateman et al., 2023).

Para entender la neurobiología de la mentalización, es importante subrayar las partes del cerebro que toman parte en la acción de mentalizar: el lóbulo temporal, córtex prefrontal y la amígdala (Frith y Frith, 2006; Luyten y Fonagy, 2015; Arioli, et al., 2021). El lóbulo temporal y el córtex prefrontal, además de ser las estructuras más nuevas a nivel de desarrollo evolutivo, ayudan a activar la función ejecutiva (Gutierrez y Ostrosky, 2011). Varios estudios han encontrado relación entre la baja función ejecutiva y la alexitimia (Németh, et al., 2020), característica encontrada también en la baja capacidad de mentalización (Bressi, et al., 2017). Por otro lado, la amígdala interviene en el procesamiento multimodal de la información, aspecto importante para el reconocimiento emocional y el comportamiento (Benarroch, 2015), además de estar involucrada en la evaluación implícita de las propiedades motivacionales y el *arousal* de los estímulos afectivos (Rosenblau, et al., 2014). Con lo cual, se podría concluir que la desregulación en la activación de esta estructura (Herpertz, et al., 2014), produce una falla a la hora de mentalizar.

Continuando con las estructuras, uno de los sistemas a destacar en el avance neurocientífico, en cuanto a las relaciones interpersonales, es el descubrimiento de las neuronas espejo. Este sistema unifica la percepción y la acción, transformando las representaciones sensoriales del comportamiento de los demás en representaciones motoras del mismo comportamiento en el cerebro del observador (Rizzollati y Sanigaglia, 2010). Después de diferentes investigaciones (Uddin, et al., 2007; Lombardo et al., 2010; Herbet., et al., 2015), se ha vuelto reafirmar que las neuronas espejo son capaces de dotarnos de la capacidad para crear representaciones de las acciones visibles del otro, siendo luego aplicadas por la red de mentalización para deducir estados mentales inobservables (Fonagy, et al., 2023b). Los mismos autores sugieren que la mentalización puede pensarse como la utilización de procesos cerebrales genéricos con el objetivo de acumular, obtener, escoger, rescatar,

resumir y examinar representaciones de conceptos, que son características que definen al cerebro humano.

Todos estos procesos del desarrollo neurobiológico, dan la capacidad a los seres humanos de pensarse a sí mismos, y reflexionar sobre los demás, y sobre todo enfrentarse al estrés, al malestar, y a la adversidad, entre otras. Bateman et al. (2023) defienden la idea que desarrollaron Caspi et al. (2014), de que hay un factor general en la psicopatología (*factor p*), que podría explicar los diferentes solapamientos sintomáticos que existen a la hora de diagnosticar, los cuales se interconectan con las circunstancias individuales y las tendencias genéticas. El *factor p* de la psicopatología se refiere a una dimensión general latente que se deriva de una amplia gama de elementos (genéticos y ambientales) que derivan a los síntomas psiquiátricos de adultos. Se ha propuesto que este único factor latente puede encapsular la propensión de los individuos a desarrollar todas las formas de psicopatología incluidas dentro de las amplias dimensiones de internalización, externalización y trastorno del pensamiento (Caspi, et al., 2014). Los autores consideran que el *factor P*, en tanto estructurante común en distintos diagnósticos psiquiátricos, se encuentra relacionado con mayores niveles de deterioro de la vida, mayor historial de trastornos mentales en la familia, mayor índice de historias negativas durante el desarrollo vital, y una función cerebral temprana mayormente comprometida (Caspi, et al., 2014).

Así pues, se trata de un elemento común en el origen, desarrollo y ausencia los trastornos; lo que lleva a los autores a defender un abordaje “transdiagnóstico” en psiquiatría. Esto es, la vulnerabilidad subyacente que conduce a todos estos síntomas sigue siendo la misma, sólo que se manifiesta de forma diferente en cada persona como resultado de una combinación de circunstancias sociales y factores genéticos diferentes (Bateman, et al., 2023).

El factor  $p$  está compuesto por dos dominios relacionados con los trastornos mentales graves: la desregulación emocional y la función ejecutiva (Bateman, et al., 2023). Se ha demostrado que la desregulación emocional es un componente que contienen casi todas las condiciones de un diagnóstico psiquiátrico (Beauchaine, et al., 2019). Por otro lado, la función ejecutiva está relacionada con la hipersensibilidad a las interacciones sociales difíciles, y a la falla a la hora de interpretar de forma fiable a los demás (Bateman, et al., 2023).

Por tanto, las personas con un alto *factor p*, parecen presentar una falta de resiliencia ante los factores estresantes de la vida y una vulnerabilidad persistente en el tiempo debido a la incapacidad de aprender de la experiencia personal y de la experiencia de los demás (Bateman, et al., 2018). Asimismo, la mentalización apoya la función ejecutiva y la regulación, con lo cual, la desregulación emocional y la baja función ejecutiva están asociadas a una pobre capacidad mentalizadora. La recuperación de la capacidad de pensar los estados mentales, de uno mismo y del otro, puede ser crucial para regularse emocionalmente y para que la función ejecutiva opere con mayor fuerza (Bateman, et al., 2023).

Los procesos imaginativos en los que se basa el pensamiento sobre uno mismo y los demás, la capacidad de mentalizarse a uno mismo y a los otros, la capacidad de mentalizarse a uno mismo en relación con los demás y el mundo, y la toma de perspectiva en relación al pasado, presente y futuro, permiten que los patrones de pensamiento y sentimiento no se cristalicen de manera patológica y rígida. Por tanto, tales procesos, impiden o evitan el desarrollo patogénico del *factor p*, presente en la gran mayoría de los síndromes. Por tanto, se le puede atribuir la facultad de tener un carácter transdiagnóstico a la TBM, por la plasticidad y flexibilidad que proporciona el proceso de mentalizar (Pereira y Debanné, 2018).

## ***1. Esquizofrenia y Mentalización***

Para un mejor entendimiento de la esquizofrenia desde la TBM, es importante detenerse a comprender cómo los autores entienden dicho trastorno. Desde la TBM las experiencias psicóticas se conceptualizan como "perturbaciones en el núcleo del yo" (Bateman, et al., 2023). En otras palabras, disrupción del sentido de control de la experiencia y de la agencia de acción y se asocia a una variedad de experiencias subjetivas anómalas (Nelson, et al., 2012). Asimismo, los síntomas psicóticos se consideran intentos de regular y de dar forma a dichas perturbaciones (Bateman, et al., 2023). Se han encontrado diferentes maneras de manifestación de la psicosis, como por ejemplo: la hiperreflexividad, evidente en los estados de hiperconciencia de los estímulos que usualmente son triviales o implícitos; y la disminución de la autointegración, es decir, la desconexión cuerpo - mente (p. ej., yendo durante el día con la sensación de que *"no soy totalmente yo"*, y que de alguna manera *"una parte de mí no está viviendo la experiencia"*). En otras palabras, la excitación corporal no es capaz de conectar con la mente, ni ser regulada por ella, con lo cual amenaza de manera momentánea la propia integridad de la persona (Bateman, et al., 2023), además de alterar la experiencia de uno mismo como una unidad cuerpo-mente, y perturbar la relación relativamente predecible con otras personas y estímulos del mundo (Friston, 2013; Debanné, et al., 2016b). Asimismo, la neurociencia contemporánea apunta a que las desconexiones temporales entre sentir y pensar (los sistemas sensoriales y cognitivos), entre el cuerpo y la mente están relacionados con la disminución del control de uno mismo y de los demás, y con la pérdida de agencia en la experiencia, dando lugar a distintos síntomas psicóticos (Bateman, et al., 2023), así incapacitando al individuo temporalmente de integrar los sentidos y los pensamientos en una coherente experiencia del *self*. Es importante destacar que desde la TBM se subraya la naturaleza perturbadora y amenazante de las autoexperiencias en la psicosis y considera que los síntomas psicóticos proporcionan una protección última contra la pérdida

del sentido de control, el afecto doloroso, el significado perturbador de la experiencia real vivida y la autocoherencia en relación a la experiencia del *self* (Bateman, et al., 2023).

Trabajar la mentalización, la metacognición y otros procesos de orden superior, puede ayudar a aliviar parte del dolor generado por las experiencias aterradoras de estos pacientes con uno mismo y con los demás. Dar especial importancia a mentalizarse a uno mismo puede ser relevante para el riesgo de psicosis, puesto que estos individuos en el continuo clínico de la patología perciben estímulos amenazantes que son generados por uno mismo (por ejemplo, paranoia, desorganización del pensamiento, experiencias perturbadoras, entre otras), y no responden al estímulo emocional de los demás (Debanné, et al., 2016b). Weijers, et al., (2020), mencionan el concepto de *embodied mentalizing* (mentalización encarnada sería la traducción literal), explicado anteriormente por Debanné, et al. (2016b). La mentalización encarnada es entendida como la capacidad de detectar e identificar conscientemente señales sensoriales-afectivas procedentes del propio cuerpo y pensar críticamente sobre ellas. La falla en este tipo de mentalización causa a su vez problemas en la mentalización, llegando a desequilibrarla. De esta manera puede desencadenar dos posibles vías: la excesiva certeza en las experiencias sensoriales-afectivas como representaciones precisas de la realidad; y del mismo modo, si se les concede demasiado peso a las creencias cognitivas propias, podría llegar a la malinterpretación de la realidad.

Del mismo modo, la mentalización propia como la ajena pueden constituir, en consecuencia, potentes factores protectores frente al riesgo de psicosis (Armando, et al., 2019). Por tanto, de manera particular, el/la clínico/a debería prestar atención a cómo el/la paciente experimenta la reflexividad y cómo experimenta el material concreto utilizado en la sala de consulta. El/la profesional tendrá en mente ayudar a regular la experiencia sentida a través de la reorganización de la narrativa en contra de la experiencia que viene de la actividad reflexiva. Dado que el funcionamiento mental de esta patología tiende a

desconectarse de la realidad, el balanceo sensorial cognitivo (afectivo – cognitivo) será un foco imprescindible durante la sesión (Bateman, et al., 2023). En otras palabras, se centrarán las preguntas teniendo en cuenta el posicionamiento del paciente en las dimensiones.

La literatura describe que, dentro del trastorno psicótico no afectivo (esquizofrenia), entran más variables en juego. Éstas son las que se tendrán en cuenta en este trabajo: la cronicidad de la enfermedad, las recaídas, las experiencias de abuso en la infancia, el uso de la medicación, los síntomas positivos y negativos, más de un diagnóstico, el abuso de drogas, el sentir falta de apoyo y, por último, el sentimiento de agencia. Es importante destacar la poca literatura que hay sobre las dimensiones de la mentalización, es por eso, que se ha decidido explorar estas relaciones a través de la capacidad o no de mentalizar, ya que se sabe que si no hay una buena capacidad no se tendrá un equilibrio funcional en las dimensiones.

En los estudios relacionados con la esquizofrenia, se han diferenciado diversas fases en las etapas de la enfermedad (Debanné, et al., 2016a). En la etapa premórbida (en la preadolescencia) se encuentran déficits fisiológicos, neurocognitivos y sociales ligeros. La etapa de alto riesgo clínico (ARC), durante la adolescencia o edad adulta temprana, es donde aparecen estados mentales de riesgo, síntomas básicos, o declives funcionales significativos. Sin embargo, en este estudio se va a tener en cuenta la idea que estudian Birchwood y Macmillan (1993): la función social (compromiso social, comportamiento interpersonal/comunicación, independencia/competencia, independencia-rendimiento, actividades recreativas...) tiende a disminuir más durante los primeros cinco años tras el inicio de la esquizofrenia, y es por eso que inciden en que los primeros cinco años son cruciales para la intervención (Lieberman, et al., 2013). Esto fue lo que tuvo en cuenta Weijers et al. (2020) en los estudios realizados: los años del inicio de la esquizofrenia (<5 años vs >5 años). A través de esto, encontraron mayor robustez en los resultados del tratamiento en aquellos con la

enfermedad recién diagnosticada, concluyendo así, que la duración de la enfermedad modera el efecto del tratamiento.

Para este trabajo, se considera importante subrayar la relevancia de la variable temporal mencionada anteriormente, ya que la duración de la enfermedad no tratada resulta ser de los factores predictivos más importantes de la recaída (Brichwood y Macmillan, 1993). Por otro lado, se ha encontrado que los factores relacionados con la familia son importantes para la posible recaída, sobre todo el alto nivel de emoción expresada (Ma, et al., 2021). Varios estudios argumentan que los altos niveles parentales de emoción expresada están relacionados con el apego inseguro y desorganizado (Kennedy – Turner, 2021). Con otras palabras, la incapacidad de las figuras referentes de responder contingentemente al infante, esto es, de poder tener interacciones dónde respondan de manera efectiva a las necesidades (Fonagy, et al., 2023a) en la etapa temprana del paciente. Esto podría relacionarse con las fallas de los pacientes a la hora del reconocimiento de las emociones propias o ajenas y tener más dificultades reguladoras de la emoción y, por tanto, tener consecuencias en las crisis y recaídas, entre otras muchas variables más. La afectividad mentalizada, mermada claramente en esta población, es considerada un pre-requisito para la regulación autónoma de las emociones y denota la habilidad para descubrir el significado de la subjetividad de los propios sentimientos (Schwarzer, et al., 2021).

En referencia a otras variables que se van a medir en este trabajo, es interesante volver a reiterar lo que dicen Weijers et al. (2020): la exposición prematura al abuso infantil (maltrato físico, sexual o psicológico) en este tipo de perfil se asocia con alteraciones en las regiones del cerebro que están relacionadas con la actividad de la mentalización, la amígdala y el córtex prefrontal entre otras. Además, el modelo relacional generado después de esta exposición hará que sienta el mundo como algo amenazante y poco fiable, colapsándose la capacidad de desarrollar la confianza epistémica (Driehuis, 2021). Esto es, un tipo especial de

confianza que fomenta el interés del infante por adquirir conocimientos de los demás y del mundo social (Perirea y Debanné, 2018). Hay otros estudios que prueban que el abuso infantil es predictivo para el primer episodio psicótico (Arseneault, et al., 2011; Bechdolf, et al., 2010), porque existe un incremento ante las situaciones estresantes. Esto, crea una sensibilización conductual llevando a él/la paciente a ser más sensible al estrés generado durante el transcurso de la vida, lo cual provoca la posibilidad de aumentar el riesgo de psicosis (Weijers, et al., 2020). Arseneault y su equipo (2011) llegaron a la conclusión de que más que el abuso en sí, es el elemento de amenaza o la sensación de amenaza que tiene la propia persona la que podría desencadenar los síntomas psicóticos. Por otro lado, Bechfol et al. (2010) defienden la idea mencionada anteriormente, los abusos infantiles son predictivos para el primer episodio psicótico, porque puede llegar a ser uno de los traumas más repetitivos y eso desencadenar en un trastorno mental grave.

Patel et al. (2014) hacen alusión al uso de la medicación durante el tratamiento de la enfermedad, aspecto que en este trabajo también se va a valorar. Estos autores desarrollaron la idea de que en la mayoría de los/as pacientes que están diagnosticados/as con esquizofrenia, es difícil implementar programas de rehabilitación efectivos sin agentes antipsicóticos. La investigación sobre estos fármacos ha sido relacionada con la función ejecutiva, para estudiar la influencia en las tareas de control sobre estos pacientes, y apenas se encuentran investigaciones sobre el dominio que tienen en la cognición social, y lo que aparece sobre ello, son resultados no concluyentes (Kucharska-Pietura y Mortimer, 2013). Estos autores destacan la idea de que los antipsicóticos no generan optimismo en la posibilidad de facilitar la recuperación social. No se puede inferir si la ausencia de antipsicóticos en comparación con la presencia de éstos, tendría beneficios en el tratamiento, ya que no hay investigaciones sobre ello. Lo que se encuentra, es la diferenciación de antipsicóticos y la comparación entre ellos (Salgado – Pineda, et al., 2005; Savina y Beninger, 2007).

Desde un principio de la historia de la esquizofrenia, los fármacos fueron introducidos para aliviar los síntomas positivos de esta enfermedad, es por eso que han sido un foco a seguir a la hora de investigar la esquizofrenia y sus tratamientos. Las disfunciones en la Teoría de la Mente han sido asociados con los síntomas positivos y, sin embargo, la falla específica en la mentalización representada en la psicosis no parece que fuera interesante de explorar (Brent, et al., 2014). Fueron Weijers et al. (2020) quienes encontraron que los síntomas positivos reflejan una excesiva capacidad para representar estados mentales o hipermentalizar. Esto reafirma lo que ya venía diciendo Montange et al. (2011), que la tendencia a hipermentalizar parece que es más tendente en pacientes diagnosticados/as de esquizofrenia caracterizados/as por síntomas positivos (Fretland, et al., 2015), y en cambio, la hipomentalización está relacionada con aquellos/as pacientes que sufren de síntomas negativos y desorganizados (Weijers, et al., 2023).

Otra cuestión que puede marcar diferencias relevantes en el funcionamiento de estos/as pacientes es la existencia de otros diagnósticos además del de esquizofrenia. Diferentes autores explicitan que la esquizofrenia ha sido un trastorno que, en las fases iniciales del síndrome, ha sido complejo de diagnosticar para los/as profesionales, por el hecho de que comparte síntomas con otro tipo de trastornos como, por ejemplo, la depresión, el trastorno obsesivo – compulsivo y el trastorno de pánico (Bermanzohn, et al., 2000). Esto puede llegar a confirmar la posibilidad de que haya algún factor en común entre ciertas psicopatologías, tal y como se ha explicado en relación con el *factor p*, y como comenta el último autor mencionado en el concepto de *associated psychiatric symptoms (APS)*, o en español síntomas psiquiátricos asociados. Por otra parte, una de las mayores causas del desacuerdo entre los/as profesionales es consecuencia de las diferencias en los criterios de inclusión y exclusión a la hora de diagnosticar (Deutsch y David, 1983). Esto, podría estar provocando la utilización de tratamientos que no corresponden al trastorno que padece el/la

paciente, como resultado de un inadecuado diagnóstico diferencial y que éste se dé, de una manera temprana (Riecher-Rössler, et al., 2006). Así, atrasando el diagnóstico, la intervención necesaria y, como puntualizan Haefner y Maurer (2006), la intervención temprana. Reconocer la enfermedad de manera rápida ayudaría a prevenir o posponer la psicosis como tal, reduciendo la gravedad de la enfermedad, o por lo menos, aminorando las consecuencias personales y sociales que vienen vinculadas.

En relación con la sintomatología y la complicación de diagnosticar de manera adecuada la esquizofrenia, está la variable relacionada con el abuso de drogas por parte de los pacientes. Se ha visto que este abuso empeora el curso de la enfermedad y hace que el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico empeore. La patología dual está caracterizada por una baja adherencia al tratamiento, entre otras (Roncero, et al., 2011). Kelkar y sus compañeros (2020) recalcan, lo que la literatura subraya, que la relación entre la esquizofrenia y el abuso de drogas, conlleva la exacerbación de los síntomas positivos con la ingesta de estas sustancias. Por ello, al tener déficit en la capacidad de mentalizar impide a las personas disponer de un “amortiguador” frente a los afectos descontrolados, y consecuentemente desencadenan mecanismos de “lucha o huida”, como puede ser el consumo de drogas (Savov y Atanassov, 2013).

La sensación de soledad y vacío es muy común en este trastorno (Kelkar, et al., 2020). Después del primer episodio psicótico, la relación del paciente con el entorno suele alterarse drásticamente, por la pérdida de las relaciones de amistad, de la pareja romántica o el trabajo. Pereira y Debanné (2018) lo relacionan con el aumento en las hospitalizaciones, los síntomas negativos y el declive cognitivo.

Para terminar, mencionar el sentimiento de agencia como última variable de estudio en este trabajo. Una de las formas en las que se ha tratado de fomentar la agencia de estos

pacientes es la promoción de actividades placenteras, focalizadas y con propósito, las cuales ofrecen a la persona la sensación de estar haciendo algo que es eficaz, tiene sentido y lo conecta con otras personas. Las personas con psicosis a menudo suelen experimentar un sentimiento desorganizado o disminuido del *self*, y tienen déficits en narrar coherentemente la experiencia del *self*, y también en la habilidad para dar sentido a una acción realizada o dirigir sus propias vidas (Hasson - Ohayon, et al., 2017). Según el trabajo que realizaron Eklund et al. (2012) podemos diferenciar cuatro conceptos dentro del sentido de la vida en las personas con esquizofrenia: *doing* (hacer), *being* (ser), *becoming* (convertirse) y *belonging* (sentimiento de pertenencia). Este sentimiento de pertenencia se desarrolla a través de actividades en red, lo cual también acrecienta el sentimiento de agencia, como demuestran diferentes estudios (Li, et al., 2011), específicamente, en el control de eventos objetivamente compartidos entre participantes, como se puede encontrar en las ocupaciones con propósito. En el estudio que realizaron Schimansky, et al., (2010) tanto el sentido de agencia como la mentalización estaban alterados en los pacientes con esquizofrenia en comparación con los controles sanos. Sin embargo, las pruebas de relación no revelaron correlaciones significativas entre ambos procesos, ni en el grupo de esquizofrénicos ni en el de control.

## **2. Medidas en Mentalización**

La medida del concepto de mentalización ha ido generando interés en la comunidad científica en las últimas décadas. Para poder valorar de manera efectiva la función reflexiva de los/las pacientes, a lo largo de la historia se han ido desarrollando diferentes cuestionarios, que a continuación se detallan:

El *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ, Luyten, et al., 2016), conocido en España como Cuestionario de Función Reflexiva, es una herramienta autoaplicada para evaluar la función reflexiva. Este cuestionario evalúa todas las dimensiones de la mentalización, menos la mentalización automática, y la mentalización externa es evaluada de manera parcial. Son

varias las versiones que se han realizado en torno a este cuestionario. La versión original contenía 46 ítems, puntuada con una escala Likert de 7 puntos. Los dos autores mencionados previamente, realizaron un cuestionario más extenso, con 54 ítems, y uno más breve, con ocho ítems (2016). Este cuestionario se diseñó para medir dos subescalas, una evaluaba la certeza y otra la incertidumbre de los estados mentales de uno mismo y los otros. Teniendo esto en cuenta, las puntuaciones extremas, presentarían respectivamente dos problemas en la FR, la hipermentalización y la hipomentalización (Ruiz, 2021).

*Mentalization Questionnaire* (MZQ, Hausberg, et al., 2012) es una herramienta auto aplicada compuesta por 15 ítems en una escala Likert del 1 al 5, dividida en cuatro dimensiones: autorreflexión, conciencia emocional, equivalencia psíquica y regulación emocional. Su finalidad es medir la capacidad mentalizadora desde la perspectiva de la propia persona que rellena el cuestionario.

La herramienta autoaplicada *Mentalization Scale* (MentsS) (Dimitrijević, 2018) está compuesta por 28 ítems con una escala Likert de 1 a 5. Después del análisis principal se reveló la existencia de siete componentes, nombrándolas las subescalas MentS. Sin embargo, después de varios análisis más, se terminó reduciendo a tres: mentalización relacionada con el otro (MentS - O), mentalización relacionada con el yo (MentS – S), y motivación de mentalizar (MentS – M). La herramienta ha sido aplicada sólo en población con Trastorno Límite de Personalidad (TLP).

El *Multidimensional Mentalizing Questionnaire* (MMQ) es un autoinforme creado por Alessio Gori (2021). Consiste en 33 ítems en una escala Likert del 1 al 5, cubriendo las dimensiones del constructo de mentalización: cognitivo – afectivo; yo – otro; interno – externo; y explícito - implícito. Además, se dividen en cuatro sub componentes del constructo: en la buena mentalización se situarían la reflexión, la fuerza del ego, y la sintonía

relacional. Por el contrario, en la mala mentalización encontraríamos la incomodidad relacional, la desconfianza y el descontrol emocional.

El cuestionario autoaplicado *Interactive Mentalization Questionnaire* (IMQ) (Wu, 2022) está compuesto por 20 ítems, puntuando en una escala del 1 (muy cierto para mi) al 4 (muy falso para mi) y las tres dimensiones: yo – yo, yo – otro, y otro – yo. Esta herramienta pretende investigar si los constructos direccionales y de segundo orden relacionados con la mentalización (la creencia de uno sobre lo transparente que son sus pensamiento para el otro) son medibles, estables y significativos en las interacciones sociales.

La *Mentalization Imbalance Scale* (MIS) (Gagliardini, et al., 2018) es un cuestionario compuesto por 22 ítems en una escala Likert de 0 a 5 para evaluar seis factores que representan diferentes desequilibrios de la capacidad mentalizadora de los pacientes, desde la perspectiva del profesional: cognitivo, afectivo, automático, externo, desequilibrio hacia los demás y desequilibrio hacia uno mismo.

El *Modes of Mentalization Scale* (MMS) (Gagliardini y Colli, 2019) es un informe rellenado por el clínico, compuesto por 24 ítems en una escala Likert de 0 a 5 que pretende medir los modos de mentalización en cinco diferentes subescalas: certeza excesiva, pensamiento concreto, buena mentalización, pensamiento teleológico y pseudomentalización intrusiva.

Para contextualizar la importancia de seguir diseñando y perfeccionando las herramientas ya existentes para medir la mentalización, destacar la ausencia de validaciones al castellano en todos los cuestionarios, exceptuando el autoinforme clásico del RFQ-8 (Ruiz, 2021) y el PRFQ-18 (Gordo, et al., 2020) (no explicado en este trabajo, ya que está dirigido a padres). El primer autoinforme descrito no tiene en cuenta todas las dimensiones de la

mentalización, con lo cual hay un cierto sesgo en cuanto a la evaluación del concepto. Es por eso, que se requieren investigaciones que engloben todas las dimensiones del constructo.

La *MIS* (Gagliardini, et al., 2018), contiene todas las dimensiones, pero no todas las polaridades (controlado e interno), con lo cual, se considera que es el que más podría acercarse a completar un perfil dimensional. Así mismo, esta herramienta es de las primeras en ser informes rellenos por el profesional, en vez de por el paciente. Entre las ventajas, se encuentra la capacidad de evaluar la mentalización implícita observando cómo los pacientes interactúan con el profesional, despertándose así el sistema de apego de la infancia en los pacientes.

La hipótesis general de este trabajo es la validación al castellano de la *MIS*, que tendrá propiedades psicométricas (fiabilidad, validez) adecuadas y servirá como una nueva escala útil para la valoración de la mentalización en una población específica (pacientes con esquizofrenia). Por otro lado, se espera encontrar un balance hacia el polo del yo, como se ha encontrado en la literatura (Ripoll, et al., 2013), y en la primera validación del cuestionario (Gagliardini, et al., 2018).

Además, se tendrán en cuenta otros datos de salud sobre los pacientes y su relación con la mentalización, analizando así las siguientes hipótesis secundarias, siendo todas ellas exploratorias por falta de investigación previa al respecto.

- Se pretende explorar diferencias en el perfil mentalizador de los/las pacientes en función de la **cronicidad de la enfermedad o del tiempo desde el diagnóstico**.
- Se pretende explorar diferencias en el perfil mentalizador de los/las pacientes en función del **abuso en la infancia**.
- Se pretende explorar diferencias en el perfil mentalizador de los/las pacientes en función de los **síntomas positivos y negativos**.

- Se pretende explorar diferencias en el perfil mentalizador de los/las pacientes en función de la **cantidad de diagnósticos**.
- Se pretende explorar diferencias en el perfil mentalizador de los/las pacientes en función de si está o no en un **tratamiento farmacológico**.
- Se pretende explorar diferencias en el perfil mentalizador de los/las pacientes en función de la **cantidad de recaídas**.
- Se pretende explorar diferencias en el perfil mentalizador de los/las pacientes en función del **apoyo familiar**.
- Se pretende explorar diferencias en el perfil mentalizador de los/las pacientes en función del **sentimiento de agencia (ocupaciones con propósito)**.

## **Método**

### ***1. Diseño del estudio***

El diseño que se ha utilizado es un estudio instrumental cuantitativo. El cuestionario *MIS* (mentalization imbalance scale) (Gagliardini, et al., 2018) ha pasado un proceso de retrotraducción en el que ha participado una profesional de la psicología bilingüe y se ha podido confirmar que la traducción hecha es adecuada.

En un principio se contactó con 230 entidades relacionadas con la salud mental, de las cuales finalmente se consiguió una muestra de 153 profesionales de diferentes ámbitos (psiquiatras, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, educadores/as sociales, integradores/as sociales y terapeutas ocupacionales) que tratan con frecuencia a pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia, tal y como este queda descrito en el DSM-5. Se incluyeron profesionales que hayan visto al paciente un mínimo de cuatro veces antes de completar el cuestionario.

## 2. *Variables y medidas*

Se elaboró un formulario para que los/las profesionales proporcionasen información sobre sí mismos, sus pacientes y el tipo de abordaje que llevaron a cabo con los pacientes. Los/las profesionales aportaron información demográfica básica e información profesional, incluyendo sus disciplinas, aproximaciones teóricas, número de horas trabajadas, número de pacientes en tratamiento, y el género, al igual que la edad, otras terapias concomitantes del paciente, y diagnósticos del DSM – 5. En relación a las intervenciones terapéuticas, los profesionales facilitaron información sobre la duración del tratamiento y el número de las sesiones. También, dieron información sobre variables que estén posiblemente relacionadas con la etiología de la enfermedad del paciente, específicamente la historia de abuso en la infancia y abuso de drogas por ejemplo. Así mismo, los/as profesionales administraron información sobre las variables de relevancia clínica que han sido expuestas más arriba: medicación, tiempo con la enfermedad, síntomas positivos y negativos, consumo de drogas, apoyo social, ocupaciones con propósito y el número de recaídas. El cuestionario finaliza con la versión adaptada al castellano de la MIS.

El procedimiento incluyó un proceso de anonimización de los datos, de forma que solo se reciben las respuestas numéricas, y ningún dato identificativo acerca de los y las pacientes o del/la profesional que rellena el cuestionario. El cuestionario y el consentimiento informado se enviaron a través de un email.

Se indicó a los/las participantes que rellenasen los ítems del MIS teniendo en cuenta que el/la paciente al que se iban a referir, al menos tuvo que ser visto por el/la profesional un mínimo de cuatro veces. Además, se tuvieron que responder a las preguntas teniendo de referencia el mes anterior. Por otro lado, se pidió a cada profesional completar el cuestionario describiendo a más de un/a paciente.

### 3. *Análisis de datos*

La descripción estadística de las variables clínicas y sociodemográficas, así como de los ítems y las puntuaciones de la MIS se realizó a través tablas de frecuencias, medias (M). y desviaciones típicas (DT). Para la comparación de la media de las variables dicotómicas se utilizó la prueba t-test o el test no - paramétrico de t de Welch, y para aquellas variables con más de tres grupos se utilizó el estadístico de ANOVA o el ANOVA Krusall Wallis.

Para calcular la fiabilidad del test, la consistencia interna de las escalas de la MIS se evaluó con el coeficiente alfa de Cronbach. Un coeficiente  $> 0,70$  se consideró aceptable.

En cuanto a la validez de constructo, se estudió mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC) orientados a investigar la hipótesis de una estructura de seis factores de la MIS.

En el AFC se evaluaron diferentes índices de ajuste, utilizándose los siguientes criterios: CFI (Comparative Fit Index), para el cual los valores cercanos a 1 indican un buen modelo; TLI (Tucker – Lewis Index), con el mismo requisito que el CFI; RMSEA (Root Mean Square Error Approximation), en el cual valores mayores que 0.1 indican un ajuste pobre (Kyriazos, 2018)

No se evaluó la validez convergente y ni discriminante ya que no se utilizó ningún otro tipo de cuestionario.

Los efectos se consideraron significativos para una  $p < 0,05$ . Todos los análisis estadísticos se realizaron con el software estadístico JAMOVI.

## **Resultados**

En esta sección, presentaremos los resultados obtenidos durante el desarrollo de la validación de la MIS. Analizaremos los hallazgos importantes que surgieron a lo largo del

proceso, destacando las tendencias, patrones y conclusiones más relevantes. Estos resultados ofrecen una visión detallada de la estructura factorial del cuestionario, además de las correlaciones de las polaridades con las diferentes variables. Para proporcionar así, información valiosa con el fin de comprender las polaridades de la mentalización y su impacto en las personas con esquizofrenia.

En las personas que han rellenado la encuesta se encuentra una media de edad de 42 años (DT = 9,21; rango 24 – 65). Por otro lado, la media edad de los/las pacientes es de 47 (DT = 11,2; rango 17 – 76) (Ver Tabla 2).

En relación al género de los/las participantes que completaron el cuestionario, se observó que el 22.2% (N = 34) se identificaban como masculinos, el 77.1% (N = 118) como femeninos, y uno con la opción de "Otro". En cuanto a los/las pacientes incluidos en el estudio, se encontró que el 74.3% (N = 113) se identificaban como masculinos, el 23.7% (N = 36) como femeninos, y el 2% (N = 3) seleccionaron la opción de "Otro" (Ver Tabla 3).

El cuestionario fue completado por una variedad de profesionales en el ámbito de la salud mental, que se desglosan de la siguiente manera: psicólogo/a (65.6%; N = 99), psiquiatra (4.6%; N = 7), terapeuta ocupacional (7.9%; N = 12), integrador/a social (4%; N = 6), trabajador/a social (3.3%, N = 5) y educador/a social (14.6%; N = 22). Estos profesionales ofrecen una amplia gama de perspectivas y enfoques terapéuticos, incluyendo psicoanálisis (N = 12), humanismo (N = 14), cognitivo conductual (N = 53), sistémica (N = 48), terapia basada en la mentalización (N = 5), modelo biomédico (N = 4) e integrativa (N = 46). Además, 38 personas indicaron que no era aplicable o no procedía a su situación laboral. Los datos sociodemográficos de los/las profesionales también revelaron que el 1.3% (N = 2) tiene una jornada laboral de 5 a 10 horas a la semana, mientras que el 50.7% (N = 77) informaron trabajar más de 37.5 horas semanales. En cuanto a la carga de trabajo clínico, el 17.5% (N =

27) de los/las profesionales indicaron atender a 35 pacientes durante la semana, siendo esta la opción más frecuente (Ver Tabla 3).

En relación a los datos recogidos sobre los/las pacientes, se observó que el 100% (N = 152) están recibiendo tratamiento farmacológico. Un 16.4% (N = 25) de los/las pacientes tienen diagnóstico de otro trastorno de salud mental, que incluye alteraciones de la conducta, trastorno del espectro autista (TEA), trastorno de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), distimia, trastorno de la personalidad, trastorno bipolar, trastorno del vínculo, entre otros. La mayoría de los/las pacientes (85.6%, N = 131) llevan más de 5 años con el diagnóstico de esquizofrenia. Dentro de este grupo, el 58.2% (N = 89) presentan síntomas positivos activos, mientras que el 79.1% (N = 121) experimentan síntomas negativos. El abuso de drogas no ha sido representativo en esta muestra, con un 87.6% de los pacientes (N = 134) reportando no estar abusando de drogas, y un 6.5% (N = 10) de los/las profesionales indicando no tener conocimiento sobre esta situación. En relación al abuso o maltrato infantil/adolescente en los/las pacientes, el 29.4% (N = 45) de los/las profesionales reflejan no tener información al respecto, y el 42.5% (N = 65) de los/las pacientes no han sufrido abuso o maltrato, siendo así el 28,1% (N=43) de los/las pacientes los que sí han sufrido. Solo el 8.5% (N= 13) de los/las pacientes llevan menos de 1 año en el recurso/unidad correspondiente, mientras que el 57.5% (N= 88) llevan más de 5 años. En cuanto a la duración de la atención por parte de los/las profesionales, el 37.9% (N = 58) de los pacientes han sido atendidos por más de 5 años, y el 10.5% (N= 16) de 3 a 5 años. El 48.4% (N = 74) de los/las pacientes han estado hospitalizados al menos una vez, y el 2% (N = 3) han sido ingresados de 4 a 10 veces. El 55.6% (N = 85) de los/las profesionales indican que sus pacientes cuentan con apoyo familiar, mientras que el 3.3% (N = 5) no tienen información al respecto. En cuanto a las actividades sociales, el 76.5% (N = 117) de los/las pacientes participan en

actividades donde pueden relacionarse socialmente, mientras que el 23.5% (N = 36) no lo hacen (Ver Tabla 3).

El presente estudio se centró en la confirmación de la estructura factorial de un modelo teórico multidimensional en el contexto de la psicología. Utilizando un análisis factorial confirmatorio (AFC), se examinaron las relaciones entre múltiples indicadores y polos latentes que representan diferentes aspectos del funcionamiento psicológico.

Los resultados revelaron una estructura factorial baja y poco robusta (CFI = 0.807; TLI = 0.77; RMSEA = 0.107;  $\alpha = 0.89$ ), caracterizada por la presencia de varios polos latentes con indicadores significativos. Específicamente, se identificaron seis polos distintos, cada uno asociado con un conjunto particular de indicadores (Ver Tabla 9 y Tabla 10).

El polo cognitivo, está representado por los indicadores MIS\_P1, MIS\_P7, MIS\_P14, MIS\_P20 y MIS\_P22. El polo externo, compuesto por los indicadores MIS\_P4, MIS\_P10 y MIS\_P17. El Polo afectivo, caracterizado por los indicadores MIS\_P3, MIS\_P9, MIS\_P16 y MIS\_P21. Los indicadores MIS\_P5, MIS\_P11 y MIS\_P18 cargaron en el polo del otro. El polo del yo, representado por los indicadores MIS\_P6, MIS\_P12, MIS\_P13 y MIS\_P19. Finalmente, el polo automático, compuesto por los indicadores MIS\_P2, MIS\_P8 y MIS\_P15 (Ver tabla 6).

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta ahora, estos son los análisis descriptivos de los polos de la mentalización que se han conseguido en la investigación: polo cognitivo ( $M=2.25$ ;  $DT=1.3$ ;  $p < .001$ ), polo externo ( $M=1.47$ ;  $DT= 1.36$ ;  $p < .001$ ), polo afectivo ( $M=2.08$ ,  $DT=1.36$ ;  $p < .001$ ), polo del otro ( $M= 1.40$ ;  $DT= 1.19$ ;  $p < .001$ ), polo del yo ( $M=2.59$ ;  $DT=1.44$ ;  $p < .001$ ), y polo automático ( $M= 2.55$ ;  $DT=1.29$ ;  $p= 0.004$ ) (Ver Tabla 8). Como se puede observar, las medias de los polos no llegan a revelar extremos muy acusados, aun así, encontramos unas puntuaciones más altas en el polo del yo y el automático.

El análisis factorial confirmatorio reveló una estructura factorial, coherente con la teoría, pero los datos obtenidos no se ajustan a ella. Mediante el análisis factorial se ha forzado a encontrar seis factores que representan el polo cognitivo, el polo afectivo, el polo externo, el polo automático, el polo del otro, y el polo del yo. Las correlaciones entre estos factores fueron evaluadas para comprender mejor la relación entre los constructos latentes. Se observaron correlaciones significativas entre los factores, lo que indica asociaciones sustanciales entre los constructos teóricos examinados. Específicamente, se encontró una correlación positiva alta entre el polo del otro y el polo externo ( $r = 0.72, p < 0.001$ ) y entre el polo del otro y el polo afectivo ( $r = 0.73, p < 0.001$ ). Además, se encontró una correlación positiva débil pero significativa entre el polo del yo y el polo cognitivo ( $r = 0.355, p < 0.001$ ), y entre el polo automático y polo del otro ( $r = 0.23, p = 0.005$ ) (Ver Tabla 7).

En relación a los factores y las variables han sido algunos grupos los que han presentado diferencias significativas, y en otros que no se han encontrado ninguna.

En cuanto al tiempo desde el diagnóstico, se han encontrado diferencias significativas de medias dentro del polo cognitivo ( $p = 0.010$ ), entre el grupo de 3 a 5 años ( $M = 3.13, DT = 1.43, n = 9$ ) y más de 5 años ( $M = 2.12, DT = 1.14, n = 131$ ). Con lo cual, los/las pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia de hace 3 a 5 años, tienen un funcionamiento más sesgado hacia el polo cognitivo en comparación con el grupo de más de 5 años. En términos de diferencia estandarizada de medias, el tamaño del efecto de  $d$  Cohen = 0.8. Es decir, un tamaño del efecto grande (Ver Tabla 14, Tabla 15 y Tabla 16).

Existen diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con y sin síntomas positivos en cuanto al desequilibrio mentalizador hacia el polo externo (con síntomas,  $M = 1.76, DT = 1.43, n = 89$ ; sin síntomas,  $M = 1.06, DT = 1.14, n = 64$ ;  $d = 0.54; p < .001$ ), el polo del yo (con síntomas,  $M = 2.94, DT = 1.32, n = 89$ ; sin síntomas,  $M = 2.09, DT = 1.45, n = 64$ ;

$d$  de Cohen= 0.6;  $p < 0.001$ ) y el polo afectivo (con síntomas,  $M=2.41$ ,  $DT=1.37$ ,  $n= 89$ ; sin síntomas  $M= 1.63$ ,  $DT= 1.22$ ,  $n=64$ ;  $d$  de Cohen= 0.6;  $p < 0.001$ ) . Como se puede apreciar la  $d$  de Cohen ronda entre el 0.5 al 0.6, pudiendo concluir así que estas diferencias tienen un tamaño del efecto moderado (Ver Tabla 17 y 18).

En cuanto a los síntomas negativos, se han encontrados diferencias significativas entre las medias de los grupos con y sin síntomas negativos en el polo cognitivo (con síntomas,  $M=2.44$ ,  $DT=1.26$ ,  $n= 121$ ; sin síntomas,  $M= 1.53$ ,  $DT= 1.19$ ,  $n= 32$ ;  $d$  de Cohen= 0.74;  $p < 0.001$ ), en el polo externo (con síntomas,  $M=1.59$ ,  $DT= 1.41$ ;  $n=121$ ; sin síntomas,  $M= 0.99$ ,  $DT= 1.01$ ,  $n=;32$   $d$  de Cohen = 0.5;  $p = 0.008$ ), en el polo del yo (con síntomas,  $M=2.73$ ,  $DT= 1.38$ ,  $n=,121$ ;  $M= 2.04$ ,  $DT=1.53$ ,  $n=32$ ;  $d$  de Cohen= 0.5;  $p = 0.025$ ) y el automático (con síntomas,  $M= 2.73$ ,  $DT= 1.19$ ,  $n=121$ ; sin síntomas,  $M= 1.89$ ,  $DT=1.44$ ,  $n=32$ ;  $d$  de Cohen= 0.6;  $p = 0.004$ ). Como se puede ver, la  $d$  de Cohen de los diferentes polos está alrededor del 0.5, 0.6, asumiendo así que el tamaño del efecto es moderado (Ver Tabla 19 y Tabla 20).

Para seguir, se ha encontrado una diferencia de medias significativas entre los grupos 0 (Sí) y 2 (No lo sé) en cuanto al abuso/maltrato en el polo externo (sí han sufrido,  $M=1.99$ ,  $DT=1.31= n=43$ ; no saben si han sufrido,  $M=1.09$ ,  $DT= 1.1$ ,  $n=45$ ;  $d$  de Cohen=0.69;  $p =0.005$ ) (Ver Tabla 21, Tabla 22 y Tabla 29). También han encontrado diferencias significativas entre los grupos de personas que han sufrido abuso/maltrato en la infancia/adolescencia y los que no en el polo afectivo (Sí han sufrido,  $M=2.83$ ,  $DT=1.33$ ,  $n=43$ ; no han sufrido,  $M=1.77$ ,  $DT= 1.3$ ,  $n=65$ ;  $d$  de Cohen=0.82;  $p < .001$ ), al igual que 0 (Si) y 2 (No lo sé) ) (sí han sufrido,  $M=2.99$ ,  $DT=1.33= n=43$ ; no saben si han sufrido,  $M=1.83$ ,  $DT= 1.23$ ,  $n=45$ ;  $d$  de Cohen=0.77;  $p =0.001$ ) (Ver Tabla 23, Tabla 24 y Tabla 29). De la misma manera se han encontrado diferencias en el polo del otro (sí han sufrido,  $M = 2.05$ ,  $DT=1.17$ ,  $n =43$ ; no han sufrido,  $M= 1.22$ ,  $DT= 1.16$ ,  $n=65$  ;  $d$  de Cohen= 0.73;  $p <$

.001) (Ver Tabla 25, Tabla 26 y Tabla 29). Por terminar con esta variable, también se ha encontrado diferencias significativas en el polo del yo entre los grupos 0 (Sí) y 2 (No lo sé) (sí han sufrido,  $M=3.1$ ,  $DT=1.33$ ,  $n=43$ ; no saben si han sufrido,  $M=2.24$ ,  $DT= 1.45$ ,  $n=45$ ;  $d$  de Cohen=0.612;  $p =0.014$ ) (Ver Tabla 27, Tabla 28 y Tabla 29). Como se puede observar el tamaño del efecto es moderado – fuerte (0.7 – 0.8).

Se han observado diferencia de medias en el tiempo de relación entre el/la paciente y el/la terapeuta entre los grupos los grupos de 1 a 3 años ( $M= 1.91$ ,  $DT= 1.33$ ,  $n=47$ ) y más de 5 años ( $M= 1.18$ ,  $DT= 1.52$ ,  $n=58$ ) en el polo externo ( $d$  de Cohen= 0.55,  $p = 0.0043$ ). Se puede observar que el tamaño del efecto es moderado (Ver Tabla 30, Tabla 31 y Tabla 32).

Para terminar, entre los grupos sí tienen apoyo familiar y los que no se han observado diferencias en el polo afectivo (con apoyo,  $M=1.82$ ,  $DT= 1.26$ ,  $n=85$ , sin apoyo,  $M= 2.46$ ,  $DT= 1.41$ ,  $n=63$  ;  $d$  de Cohen= -0.48;  $p= 0.017$ ) (Ver Tabla 33, Tabla 34 y Tabla 35), y en el polo del yo (con apoyo,  $M=2.34$ ,  $DT= 1.45$ ,  $n=85$ ; sin apoyo,  $M= 2.95$ ,  $DT= 1.38$ ,  $n= 63$ ;  $d$  de Cohen= - 0.43;  $p = 0.017$ ) (Ver Tabla 35, Tabla 36 y Tabla 37). El tamaño del efecto es moderado con dirección contraria a la esperada, esto es, el grupo sin apoyo en los dos polos ha conseguido una puntuación más alta respecto al grupo con apoyo.

Como se ha comentado antes, se ha observado que hay en ciertas variables que no se han encontrado diferencias significativas. En el tratamiento farmacológico solo se han recibido respuestas mencionando que todos los pacientes están en un tratamiento así, es por eso que no se ha podido investigar si hay diferencias o no entre grupos. Por otro lado, tener otros diagnósticos (Sí,  $n=25$ ; No,  $n= 127$ ), abusar de drogas (Sí,  $n= 9$ ; No,  $n= 134$ ; No lo se,  $n= 10$ ), el tiempo transcurrido en un mismo recurso (Menos de 1 año,  $n= 13$ ; de 1 a 3 años,  $n= 35$ ; de 3 a 5 años,  $n= 17$ ; más de 5 años,  $n= 88$ ), el número de veces hospitalizados (0 veces,  $n= 19$ ; No lo sé,  $n= 23$ ; de 1 a 3 veces,  $n= 74$ ; de 4 a 10 veces,  $n= 34$ ; más de 11 veces,

n= 3) y el sentimiento de agencia (ocupaciones con propósito) (Sí, n= 117; No= 36) no han resultado significativas las diferencias de medias entre grupos, puede ser que la diferencia de número de muestra entre los grupos provocara que no se observara diferencias. (Ver Tabla 2).

### **Discusión y conclusiones**

Como se mencionó en el apartado anterior, la robustez de la estructura factorial del cuestionario, que han tratado de confirmarse mediante AFC, son cuestionables. Teniendo esto en cuenta, los datos obtenidos tienen cierta coherencia con la teoría encontrada sobre las variables medidas.

En el estudio se ha encontrado que la cronicidad de la enfermedad tiene una relación significativa con el polo cognitivo. Esto puede verse reflejado en estudios como el de Immonen et al. (2017) donde los autores encontraron que una edad de inicio más temprana se correlacionaba con un deterioro en el funcionamiento social, que se podría relacionar con el polo cognitivo.

En lo que respecta al abuso en la infancia, los resultados obtenidos (una tendencia al polo afectivo y a polo del otro) coinciden con las expectativas y están en línea con la teoría y la investigación previa. Se ha corroborado el impacto del abuso durante la infancia en la desregulación emocional (Bradley et al., 2011; Rüfenacht et al., 2021; Zhou y Zhen, 2022), lo cual podría asociarse con el polo afectivo. Asimismo, se ha confirmado la tendencia hacia el polo del otro, reflejada en la dependencia emocional. Un estudio realizado por Estévez et al. (2018) reveló una correlación pequeña pero significativa entre la dependencia emocional y el trauma infantil, lo cual está alineado con los resultados de este estudio.

Los datos obtenidos en las variables de los síntomas positivos y negativos han coincidido con la explicación teórica presente en los artículos científicos revisados. En relación a los síntomas positivos, se observa una tendencia hacia el polo externo, corroborando hallazgos

similares reportados por Garwood et al. (2015). Estos autores encontraron una asociación entre la hipervigilancia y las alucinaciones auditivas, síntomas positivos que refuerzan los resultados obtenidos en esta investigación. Además, se ha identificado una inclinación hacia el polo del yo, indicando una posible falta de empatía en individuos con síntomas positivos y negativos activados, en línea con los hallazgos de Derntl et al. (2009). Por otro lado, Liu et al. (2020) relacionaron estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional con una tendencia hacia el extremo del polo afectivo, coincidiendo con los resultados observados en este estudio.

En cuanto a los síntomas negativos, se observa una dirección similar hacia el polo externo, lo que podría explicarse por el desinterés en las relaciones, como sugiere Millan et al. (2014). Este desinterés puede ser resultado de la confusión sobre las relaciones sociales, por estar de una manera extrema en el polo externo, y puede que el sentimiento de no entendimiento lleve a los usuarios a desarrollar el desinterés en las relaciones, entre otras posibilidades. Por último, se hace referencia a la tendencia hacia el polo automático, en concordancia con la teoría revisada por Marder y Galderisi (2017). Estos autores señalan la presencia de alogia, que implica una dificultad para razonar o expresarse con claridad, lo cual se alinea con la definición de Bateman et al. (2023) sobre el polo automático.

Al revisar la literatura sobre el tiempo de relación entre el paciente y terapeuta en los pacientes con esquizofrenia, no se ha encontrado ningún trabajo al respecto, puede que por falta de investigación en este campo. Sin embargo, se puede pensar que el resultado que se ha conseguido en el estudio, esto es, una relación de 1 a 3 años tiene más puntuación en el polo externo que aquellos con más de 5 años, se deba a un incremento de la confianza epistémica a lo largo de la intervención. Esto hará que la hipervigilancia baje, y empiece a desarrollarse la capacidad de considerar la información que se transmite como válida, pertinente para nosotros y generalizable a otras situaciones (Fonagy et al., 2023a). Se propone una línea de

intervención que tuviese esto en cuenta, a través de testear la confianza epistémica generada entre paciente - terapeuta en diferentes tiempos de la intervención.

Los resultados del apoyo familiar en el estudio han dado resultados negativos, esto es, el no apoyo familiar ha obtenido más puntuación en el polo del yo y el polo afectivo en comparación con los que sí. Los resultados pueden deberse a las consecuencias de tener una relación tóxica o ausente con las figuras de referencia, así incrementando el *arousal* llevando a una desregulación emocional y falta de empatía. Y como explican Bateman, et al., (2010) estos dos conceptos son la base principal para la pérdida de mentalización. De la misma manera, como figura en el estudio de Esposito et al., (2022) los individuos con un apego seguro, como los que percibieron experimentar un *mirroring* positivo, destacaron en sus puntuaciones por una alta puntuación en mentalización. Por eso, podemos entender que si hay una percepción mala del *mirroring* recibido, podría llevar a que las personas tuvieran menos puntuación en mentalización.

También es de mencionar, como se puede ver en la Tabla 3, el tamaño de los grupos que tienen otros diagnósticos, abuso de drogas, tiempo transcurrido en un mismo recurso, número de veces hospitalizados y sentimiento de agencia son muy dispares, y eso ha podido conllevar a que no haya diferencias significativas entre los grupos.

Las limitaciones que se han encontrado en este estudio han podido llegar a influenciar en los resultados que se han encontrado, anulando la hipótesis principal de la investigación: la validación al castellano de la MIS, que tendrá propiedades psicométricas (fiabilidad, validez) adecuadas y servirá como una nueva escala útil para la valoración de la mentalización en una población específica (pacientes con esquizofrenia). Primero de todo, la mentalización del paciente se mide sólo desde la perspectiva del profesional, dejando de lado el punto de vista del primero mencionado. Segundo, los profesionales que han contestado a esta escala han sido

de formaciones y escuelas variadas. El puesto de trabajo puede influenciar en la relación que se establece con el paciente, y por ende, la intimidad y la manera de poder interpretar sus estados mentales. Para futuras investigaciones podría ser interesante hacer un análisis inter jueces, para así se observe si el problema está en las relaciones de intimidad de los profesionales o si es el propio cuestionario el cual no mide lo que se espera que mida. En relación a las escuelas, puede que los conceptos mencionados en las preguntas no se ajusten a su conocimiento, y haga más difícil la manera de interpretar las afirmaciones. Además, es importante considerar que las diferencias, tanto en la formación profesional como en la orientación terapéutica, pueden influir en las sensibilidades individuales hacia el fenómeno de la mentalización. Algunos/as profesionales, así como algunas escuelas terapéuticas, pueden estar más enfocados en el mundo mental de los/las pacientes y en su capacidad reflexiva, mientras que otros pueden priorizar más la dimensión comportamental. Estas variaciones en enfoques pueden afectar la forma en que se aborda y se comprende la mentalización en el contexto clínico. Tercero, la población elegida (esquizofrenia) al mostrar algunos aspectos anómalos de funcionamiento cognitivo, social y emocional, puede que provoquen más dificultad a la hora de que el/la profesional pueda identificar las dimensiones de mentalizar, algo que no sucedería de forma tan acusada en los trastornos de personalidad. Cuarto, las polaridades de las dimensiones pueden fluctuar en las relaciones, y particularmente en la relación profesional, y teniendo en cuenta el perfil profesional que ha contestado, puede ser que haya resultado difícil captarlas. Quinto, no se ha evaluado la validación convergente, con lo cual no se puede asumir que se está midiendo realmente la mentalización, o algún otro constructo relacionado. Sexto, no se ha alcanzado la proporción de sujetos-nº de ítems estipulada (10 por cada ítem) para la validación de cuestionarios. Una sugerencia para futuras líneas de investigación podría ser considerar el empleo de una estrategia en la cual se solicite a cada profesional que proporcione información sobre más de un/a paciente, lo que

aumentaría el tamaño de la muestra (N) y, posiblemente, conduciría a resultados más robustos. Esta aproximación podría permitir una exploración más amplia y profunda de las relaciones entre las variables estudiadas, ofreciendo así una mayor validez y generalización de los hallazgos obtenidos.

En conclusión, no se ha podido comprobar que la hipótesis principal se cumple. Sin embargo, como se ha señalado en el anterior apartado, han aparecido varias relaciones significativas entre variable y polos. Con lo cual, queda por investigar realmente si hay una diferencia en los grupos propuestos por el desequilibrio en la mentalización o por algún otro constructo o variable que no se ha podido controlar en este estudio. Proporcionando este tipo de escala, puede llegar a ayudar al/a profesional a pensar de una manera más estructurada en su paciente, así acercándose a aquellas fallas que se puedan encontrar a la hora de mentalizar para luego así, poder monitorizarlo en la intervención del/la profesional.

## Referencias

Allen, J. G., Fonagy, P., y Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*.

American Psychiatric Association Publishing.

Arioli, M., Cattaneo, Z., Ricciardi, E., y Canessa, N. (2021). Overlapping and specific neural correlates for empathizing, affective mentalizing, and cognitive mentalizing: A coordinate-based meta-analytic study. *Human Brain Mapping, 42*(14), 4777-4804.

<https://doi.org/10.1002/hbm.25570>

Armando, M., Hutsebaut, J., y Debbané, M. (2019). A mentalization-informed staging approach to clinical high risk for psychosis. *Frontiers in psychiatry, 10*.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00385>

Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H. L., Polanczyk, G., Moffitt, T. E., Caspi, A. (2011).

Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *The American Journal of Psychiatry, 168*(1), 65-

72. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040567>

Bateman, A., y Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry, 165*(5), 631-638.

Bateman, A., Fonagy, P., Campbell, C., Luyten, P., y Debbané, M. (2023). *Cambridge Guide to Mentalization-Based Treatment (MBT)*. Cambridge University Press.

Bateman, A., y Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders, 18*(1), 36-51.

- Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., y Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 21, 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.005>
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(1), 11-15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. OUP Oxford.
- Beauchaine, T. P., y Cicchetti, D. (2019). Emotion dysregulation and emerging psychopathology: A transdiagnostic, transdisciplinary perspective. *Development and Psychopathology*, 31(3), 799-804. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000671>
- Bechdolf, A., Nelson, B., Cotton, S., Simmons, P., Amminger, S., Leicester, M., Francey, C., Mcnab, H., Krstev, A., Sidis, D., y McGorry, R. (2010). *Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra-high-risk (prodromal) group*. 121, 377-384. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01542.x>
- Benarroch, E. E. (2015). The amygdala: Functional organization and involvement in neurologic disorders. *Neurology*, 84(3), 313-324. <https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000001171>
- Bermanzohn, P. C., Porto, L., Arlow, P. B., Pollack, S., Stronger, R., y Siris, S. G. (2000). At issue: Hierarchical diagnosis in chronic schizophrenia: A clinical study of co-occurring syndromes. *Schizophrenia bulletin*, 26(3), 517-525. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033472>

- Birchwood, M., y Macmillan, F. (1993). Early intervention in schizophrenia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(3), 374-378.  
<https://doi.org/10.3109/00048679309075792>
- Bradley, B., DeFife, J. A., Guarnaccia, C., Phifer, J., Fani, N., Ressler, K. J., y Westen, D. (2011). Emotion dysregulation and negative affect: Association with psychiatric symptoms. *The journal of clinical psychiatry*, 72(05), 685-691.  
<https://doi.org/10.4088/jcp.10m06409blu>
- Brent, B. K., Holt, D. J., Keshavan, M., Seidman, L., y Fonagy, P. (2014). Mentalization-based treatment for psychosis: linking an attachment-based model to the psychotherapy for impaired mental state understanding in people with psychotic disorders. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci*, 51, 17-24.
- Bressi, C., Fronza, S., Minacapelli, E., Nocito, E. P., Dipasquale, E., Magri, L., Lionetti, F., y Barone, L. (2017). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy with Mentalization-Based Techniques in Major Depressive Disorder patients: Relationship among alexithymia, reflective functioning, and outcome variables – A Pilot study. *Psychology and Psychotherapy*, 90(3), 299-313. <https://doi.org/10.1111/papt.12110>
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., y Moffitt, T. E. (2014). The p factor: One General Psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders?: One General Psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Debbané, M., Benmiloud, J., Salaminios, G., Solida-Tozzi, A., Armando, M., Fonagy, P., y Bateman, A. (2016). Mentalization-based treatment in clinical high-risk for psychosis:

A rationale and clinical illustration. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(4), 217-225. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9337-4>

Debbané, M., Salaminios, G., Luyten, P., Badoud, D., Armando, M., Solida Tozzi, A., Fonagy, P., y Brent, B. K. (2016). Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10, 406. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00406>

Derntl, B., Finkelmeyer, A., Toygar, T. K., Hülsmann, A., Schneider, F., Falkenberg, D. I., y Habel, U. (2009). Generalized deficit in all core components of empathy in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 108(1-3), 197-206. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.11.009>

Dimitrijević, A., Hanak, N., Dimitrijević, A., y Marjanović, J. (2018). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *J. Pers. Assess*, 100(3), 268-280.

Driehuis, S. R. (2021). *The relationship between childhood trauma and epistemic trust: a cross-sectional study*. Utrecht University.

Eklund, M., Hermansson, A., y Håkansson, C. (2012). Meaning in life for people with schizophrenia: Does it include occupation? *Journal of Occupational Science*, 19(2), 93-105. <https://doi.org/10.1080/14427591.2011.605833>

Esposito, G., Totaro, S., Di Maro, A., y Passeggia, R. (2024). The role of epistemic trust in the relationship between attachment and mentalization: a systematic review. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1.

- Esposito, Giovanna, Scandurra, C., Freda, M. F., Pepicelli, G., Valerio, P., y Vitelli, R. (2022). Qualities of mentalization and perception of parental mirroring in a group of Italian transgender people: An empirical study. *Psychoanalytic Psychology: The Official Journal of the Division of Psychoanalysis, American Psychological Association, Division 39*, 39(1), 59-68. <https://doi.org/10.1037/pap0000388>
- Estévez, A., Chávez-Vera, M. D., Momeñe, J., Olave, L., Vázquez, D., y Iruarrizaga, I. (2018). El papel de la dependencia emocional en la relación entre el apego y la conducta impulsiva. *Anales de psicología*, 34(3), 438-445. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.313681>
- Flores, E. G. (2010). *Puntualizaciones sobre la concepción de emocionalidad en la teoría de Melanie Klein*. Aacademica.org. <https://www.aacademica.org/000-031/747.pdf>
- Fonagy, P., Campbell, C., y Luyten, P. (2023a). Alliance rupture and repair in mentalization-based therapy. En *Rupture and repair in psychotherapy: A critical process for change* (pp. 253-276). American Psychological Association.
- Fonagy, P., Campbell, C., y Luyten, P. (2023b). Attachment, mentalizing and trauma: Then (1992) and now (2022). *Brain Sciences*, 13(3), 459. <https://doi.org/10.3390/brainsci13030459>
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., y Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PloS One*, 11(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>

Fretland, R. A., Andersson, S., Sundet, K., Andreassen, O. A., Melle, I., y Vaskinn, A. (2015).

Theory of mind in schizophrenia: error types and associations with symptoms. *Schizophrenia Research*, 162(1-3), 42-46.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.01.024>

Friston, K. (2013). Active inference and free energy. *The Behavioral and Brain*

*Sciences*, 36(3), 212-213. <https://doi.org/10.1017/s0140525x12002142>

Frith, C. D., y Frith, U. (2006). The neural basis of mentalizing. *Neuron*, 50(4), 531-534.

<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2006.05.001>

Gagliardini, G., y Colli, A. (2019). Assessing mentalization: Development and preliminary

validation of the Modes of Mentalization Scale. *Psychoanalytic Psychology: The Official Journal of the Division of Psychoanalysis, American Psychological*

*Association, Division 39*, 36(3), 249-258. <https://doi.org/10.1037/pap0000222>

Gagliardini, G., Gullo, S., Caverzasi, E., Boldrini, A., Blasi, S., y Colli, A. (2018). Assessing

mentalization in psychotherapy: first validation of the Mentalization Imbalances Scale. *Research in Psychotherapy Psychopathology Process and Outcome*, 21(3).

<https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.339>

Garwood, L., Dodgson, G., Bruce, V., y McCarthy-Jones, S. (2015). A preliminary

investigation into the existence of a hypervigilance subtype of auditory hallucination in people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(1), 52-62.

<https://doi.org/10.1017/s1352465813000714>

Gordo, L., Elejalde, L., y Martínez-Pampliega, A. (2020). Versión Española del Cuestionario de Función Reflexiva Parental (CFRP-18). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 55(2). <https://doi.org/10.21865/ridep55.2.01>

Gori, A., Arcioni, A., Topino, E., Craparo, G., y Lauro Grotto, R. (2021). Development of a new measure for assessing mentalizing: The Multidimensional Mentalizing Questionnaire (MMQ). *Journal of Personalized Medicine*, 11(4), 305.  
<https://doi.org/10.3390/jpm11040305>

Gutiérrez, A. L., y Ostrosky, F. (2011). Desarrollo de las Funciones Ejecutivas y de la Corteza Prefrontal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 11(1), 158-172.

Haefner, H., y Maurer, K. (2006). Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World Psychiatry*, 5(3).

Hasson-Ohayon, I., Arnon-Ribenfeld, N., Hamm, J. A., y Lysaker, P. H. (2017). Agency before action: The application of behavioral activation in psychotherapy with persons with psychosis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 54(3), 245-251.  
<https://doi.org/10.1037/pst0000114>

Hausberg, M. C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C. G., Klöpffer, M., Brütt, A. L., Sammet, I., y Andreas, S. (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the mentalization questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 22(6), 699-709.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709325>

- Herbet, G., Lafargue, G., Moritz-Gasser, S., Bonnetblanc, F., y Duffau, H. (2015). Interfering with the neural activity of mirror-related frontal areas impairs mentalistic inferences. *Brain Structure & Function*, 220(4), 2159-2169.  
<https://doi.org/10.1007/s00429-014-0777-x>
- Herpertz, S. C., Jeung, H., Mancke, F., y Bertsch, K. (2014). Social dysfunctioning and brain in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 47(6), 417-424.  
<https://doi.org/10.1159/000365106>
- Immonen, J., Jääskeläinen, E., Korpela, H., y Miettunen, J. (2017). Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(6), 453-460. <https://doi.org/10.1111/eip.12412>
- Kelkar, P. N., Vankar, G. K., Mishra, K. K., John, S., y Ghogare, A. S. (2020). Prevalence of substance abuse in patients with schizophrenia. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*. <https://doi.org/10.7860/jcdr/2020/43287.13577>
- Kennedy-Turner, J. (2021). *Exploring associations between mentalisation, expressed emotion, self-harm, and attachment: a research portfolio*. The University of Edinburgh.  
<https://doi.org/10.7488/ERA/1536>
- Kucharska-Pietura, K., y Mortimer, A. (2013). Can antipsychotics improve social cognition in patients with schizophrenia? *CNS Drugs*, 27(5), 335-343.  
<https://doi.org/10.1007/s40263-013-0047-0>
- Kyriazos, T. A. (2018). Applied psychometrics: Sample size and sample power considerations in factor analysis (EFA, CFA) and SEM in general. *Psychology (Irvine, Calif.)*, 09(08), 2207-2230. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.98126>

- Lanza Castelli, G. (2011). Las polaridades de la Mentalización en la práctica clínica. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(2), 295-315.
- Li, P., Han, C., Lei, Y., Holroyd, C. B., y Li, H. (2011). Responsibility modulates neural mechanisms of outcome processing: an ERP study: Modulation of outcome processing by responsibility. *Psychophysiology*, 48(8), 1129-1133. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2011.01182.x>
- Lieberman, J. A., Dixon, L. B., y Goldman, H. H. (2013). Early detection and intervention in schizophrenia: a new therapeutic model. *Jama*, 310(7), 689-690.
- Liu, J., Chua, J. J.-X., Chong, S. A., Subramaniam, M., y Mahendran, R. (2020). The impact of emotion dysregulation on positive and negative symptoms in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 612-624. <https://doi.org/10.1002/jclp.22915>
- Lombardo, M. V., Chakrabarti, B., Bullmore, E. T., Wheelwright, S. J., Sadek, S. A., Suckling, J., MRC AIMS Consortium, y Baron-Cohen, S. (2010). Shared neural circuits for mentalizing about the self and others. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22(7), 1623-1635. <https://doi.org/10.1162/jocn.2009.21287>
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., y Fonagy, P. (2017a). *Mentalization-based treatment for adolescents: A practical treatment guide* (T. 10. Rossouw, M. Wiwe, & I. Vrouva, Eds.).
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., y Fonagy, P. (2017b). *The parental reflective functioning questionnaire-Adolescent version*.

- Luyten, Patrick, y Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders*, 6(4), 366-379. <https://doi.org/10.1037/per0000117>
- Ma, C. F., Chan, S. K. W., Chung, Y. L., Ng, S. M., Hui, C. L. M., Suen, Y. N., y Chen, E. Y. H. (2021). The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 51(3), 365-375. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000209>
- Marder, S. R., y Galderisi, S. (2017). The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(1), 14-24. <https://doi.org/10.1002/wps.20385>
- Millan, M. J., Fone, K., Steckler, T., y Horan, W. P. (2014). Negative symptoms of schizophrenia: clinical characteristics, pathophysiological substrates, experimental models and prospects for improved treatment. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 24(5), 645-692. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.03.008>
- Müller, S., Wendt, L. P., Spitzer, C., Masuhr, O., Back, S. N., y Zimmermann, J. (2022). A critical evaluation of the reflective functioning questionnaire (RFQ). *Journal of Personality Assessment*, 104(5), 613-627. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.1981346>
- Nelson, B., Thompson, A., y Yung, A. R. (2012). Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis «prodromal» population. *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1277-1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs007>

- Németh, N., Péterfalvi, Á., Czéh, B., Tényi, T., y Simon, M. (2020). Examining the relationship between executive functions and mentalizing abilities of patients with borderline personality disorder. *Frontiers in psychology, 11*.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01583>
- Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., y Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics, 39*(9), 638.
- Pereira, J. G., y Debbané, M. (2018). An integrative-relational approach in schizophrenia: From philosophical principles to mentalization-based practice. En *Schizophrenia and Common Sense* (pp. 193-207). Springer International Publishing.
- Riecher-Rössler, A., Gschwandtner, U., Borgwardt, S., Aston, J., Pflüger, M., y Rössler, W. (2006). Early detection and treatment of schizophrenia: how early? *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum, 113*(429), 73-80. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00722.x>
- Ripoll, L. H., Zaki, J., Perez-Rodriguez, M. M., Snyder, R., Strike, K. S., Boussi, A., Bartz, J. A., Ochsner, K. N., Siever, L. J., y New, A. S. (2013). Empathic accuracy and cognition in schizotypal personality disorder. *Psychiatry Research, 210*(1), 232-241.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.05.025>
- Rizzolatti, G., y Sinigaglia, C. (2010). The functional role of the parieto-frontal mirror circuit: interpretations and misinterpretations. *Nature Reviews. Neuroscience, 11*(4), 264-274.  
<https://doi.org/10.1038/nrn2805>

- Roncero, C., Barral, C., Grau-Lopez, L., Bachiller, D., Szerman, N., Casas, M., y Ruiz, P. (2011). Protocols of dual diagnosis intervention in schizophrenia. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(3), 131-154. <https://doi.org/10.1097/adt.0b013e318227ecdc>
- Rosenblau, G., Kliemann, D., Lemme, B., Walter, H., Heekeren, H. R., y Dziobek, I. (2016). The role of the amygdala in naturalistic mentalising in typical development and in autism spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 208(6), 556-564. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.159269>
- Rossouw, T., Wiwe, M., y Vrouva, I. (2021). *Mentalization-based treatment for adolescents: A practical treatment guide*. Routledge Member of the Taylor and Francis Group.
- Rüfenacht, E., Pham, E., Nicastro, R., Dieben, K., Hasler, R., Weibel, S., y Perroud, N. (2021). Link between history of childhood maltreatment and emotion dysregulation in adults suffering from attention deficit/hyperactivity disorder or borderline personality disorder. *Biomedicines*, 9(10), 1469. <https://doi.org/10.3390/biomedicines9101469>
- Ruiz, E. (2021). *Traducción cualificada al castellano y evaluación psicométrica del reflective functioning questionnaire en población general y en trastornos de personalidad españoles adultos*. Universidad del País Vasco.
- Salgado-Pineda, P., Delaveau, P., Blin, O., y Nieoullon, A. (2005). Dopaminergic contribution to the regulation of emotional perception. *Clinical Neuropharmacology*, 28(5), 228-237. <https://doi.org/10.1097/01.wnf.0000185824.57690.f0>
- Savina, I., y Beninger, R. J. (2007). Schizophrenic patients treated with clozapine or olanzapine perform better on theory of mind tasks than those treated with risperidone

or typical antipsychotic medications. *Schizophrenia Research*, 94(1-3), 128-138.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.04.010>

Savov, S., y Atanassov, N. (2013). Deficits of affect mentalization in patients with drug addiction: Theoretical and clinical aspects. *ISRN Addiction*, 2013, 1-6.

<https://doi.org/10.1155/2013/250751>

Schimansky, J., David, N., Rössler, W., y Haker, H. (2010). Sense of agency and mentalizing: Dissociation of subdomains of social cognition in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 178(1), 39-45.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.002>

Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., y Gengelmaier, S. (2021). Mentalizing and emotion regulation: Evidence from a nonclinical sample. *International forum of psychoanalysis*, 30, 34-45.

Uddin, L. Q., Iacoboni, M., Lange, C., y Keenan, J. P. (2007). The self and social cognition: the role of cortical midline structures and mirror neurons. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(4), 153-157. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2007.01.001>

Weijers, J. (2020). *Mentalization and Psychosis: Trying to Understand the understandable*. Maastrich.

Weijers, J. G., van Kaam, F., Selten, J.-P., de Winter, R. F. P., y ten Kate, C. (2023). Diverging effects of mentalization based treatment for patients with borderline personality disorder and schizophrenia: an explorative comparison. *Frontiers in psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1226507>

Wu, H., Fung, B. J., y Mobbs, D. (2022). Mentalizing during social interaction: The development and validation of the interactive mentalizing questionnaire. *Frontiers in psychology, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.791835>

Zhou, X., y Zhen, R. (2022). How do physical and emotional abuse affect depression and problematic behaviors in adolescents? The roles of emotional regulation and anger. *Child Abuse & Neglect, 129*(105641), 105641.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105641>

**Anexos**  
**Tabla 1**

*Listado de entidades que han participado en el proyecto*

<b>Entidades Participantes</b>	
Grupo 5	Intress
Gizaide	Hospital de Salud Mental El Seranil
Feafes Galicia	UNINPSI
AFAUS pro Salud Mental	ASAMPME Huesca
AFESUR	ASAEME
Asociación Pro Enfermos Mentales de A Coruña	AFAEPS
Avelaina	Amadem
Fundació DAU	Asociación Salud Mental EL CRIBO
Pere Claver Salut Mental	Lar Pro Salud Mental
Asociación Española de Neuropsiquiatría	

**Tabla 2**

*Análisis descriptivos en relación a la edad*

	<b>Edad Profesional</b>	<b>Edad Paciente</b>
N	152	151
Perdidos	1	2
Media	42.1	47.2
Desviación estándar	9.21	11.2
Mínimo	24	17
Máximo	65	76

**Tabla 3**

*Frecuencias*

	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>
<b>Género Profesionales</b>		
Masculino	34	22.2 %
Femenino	118	77.1 %
Otro	1	0.7 %
<b>TOTAL</b>	153	
<b>Género Pacientes</b>		
Masculino	113	74.3 %
Femenino	36	23.7 %
Otro	3	2.0 %
<b>TOTAL</b>	152	
Perdidos	1	
<b>Formación</b>		
Psicólogo	99	65.6 %
Psiquiatra	7	4.6 %
Terapeuta Ocupacional	12	7.9 %
Integrador/a Social	6	4.0 %
Trabajador/a Social	5	3.3 %
Educador/a Social	22	14.6 %
<b>TOTAL</b>	151	
Perdidos	2	
<b>Jornada Laboral</b>		
De 5 a 10 horas	2	1.3 %
De 11 a 25 horas	11	7.2 %
De 26 a 37,5 horas	62	40.8 %

Más	77	50.7 %
<b>TOTAL</b>	152	
Perdidos	1	

---

**Pacientes Atendidos Por Semana**

---

0	1	0.7 %
2	2	1.3 %
4	1	0.7 %
5	4	2.6 %
7	1	0.7 %
9	1	0.7 %
10	6	4.0 %
13	1	0.7 %
15	7	4.6 %
16	2	1.3 %
18	2	1.3 %
20	22	14.6 %
21	2	1.3 %
22	6	4.0 %
23	1	0.7 %
25	10	6.6 %
29	1	0.7 %
30	17	11.3 %
33	1	0.7 %
35	27	17.9 %
37	2	1.3 %
40	5	3.3 %
41	6	4.0 %
45	4	2.6 %
50	13	8.6 %
60	1	0.7 %

70	1	0.7 %
75	1	0.7 %
80	2	1.3 %
85	1	0.7 %
<b>TOTAL</b>	152	
Perdidos	1	

---

**Tratamiento Farmacológico**

Si	152	100.0 %
<b>TOTAL</b>	152	
Perdidos	1	

---

**Otro Diagnóstico SM**

Si	25	16.4 %
No	127	83.6 %
<b>TOTAL</b>	152	
Perdidos	1	

---

**Tiempo Diagnóstico de Esquizofrenia**

De 0 a 3 años	13	8.5 %
De 3 a 5 años	9	5.9 %
Más de 5 años	131	85.6 %
<b>TOTAL</b>	153	

---

**Síntomas Positivos**

Si	89	58.2 %
No	64	41.8 %
<b>TOTAL</b>	153	

---

**Síntomas Negativos**

Si	121	79.1 %
No	32	20.9 %
<b>TOTAL</b>	153	

---

**Abuso de Drogas**

Sí	9	5.9 %
----	---	-------

No	134	87.6 %
No lo sé	10	6.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>153</b>	

---

**Abuso o Maltrato Infantil o Adolescente**

Sí	43	28.1 %
No	65	42.5 %
No lo sé	45	29.4 %
<b>TOTAL</b>	<b>153</b>	

---

**Tiempo en Recurso o Unidad**

Menos de 1 año	13	8.5 %
De 1 a 3 años	35	22.9 %
De 3 a 5 años	17	11.1 %
Más de 5 años	88	57.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>153</b>	

---

**Tiempo Profesional - Paciente**

Menos de 1 año	32	20.9 %
De 1 a 3 años	47	30.7 %
De 3 a 5 años	16	10.5 %
Más de 5 años	58	37.9 %
<b>TOTAL</b>	<b>153</b>	

---

**Hospitalización**

0 veces	74	48.4 %
No lo sé	23	15.0 %
De 1 a 3 veces	19	12.4 %
De 4 a 10 veces	3	2.0 %
Más de 11 veces	34	22.2 %
<b>TOTAL</b>	<b>153</b>	

---

**Apoyo Familiar**

Sí	85	55.6 %
No	63	41.2 %

No lo sé	5	3.3 %
<b>TOTAL</b>	<b>153</b>	

---

**Actividades Relación Social (Agencia)**

---

Sí	117	76.5 %
No	36	23.5 %
<b>TOTAL</b>	<b>153</b>	

---

**Tabla 4**

*Análisis descriptivo de los ítems del MIS*

	X	DE	Asimetría	Curtosis	Shapiro wilks	
					W	p
<b>MIS_P1</b>	2.37	1.74	0.08	-1.36	0.89	<.001
<b>MIS_P2</b>	2.86	1.67	-0.34	-1.21	0.89	<.001
<b>MIS_P3</b>	2.41	1.66	0.16	-1.32	0.9	<.001
<b>MIS_P4</b>	1.42	1.67	0.95	-0.40	0.8	<.001
<b>MIS_P5</b>	1.16	1.45	1.24	0.68	0.78	<.001
<b>MIS_P6</b>	3.03	1.72	-0.46	-1.09	0.88	<.001
<b>MIS_P7</b>	2.16	1.68	0.21	-1.22	0.9	<.001
<b>MIS_P8</b>	2.38	1.71	0.15	-1.31	0.9	<.001
<b>MIS_P9</b>	1.91	1.68	0.47	-1.04	0.88	<.001
<b>MIS_P10</b>	1.64	1.57	0.72	-0.66	0.86	<.001
<b>MIS_P11</b>	1.13	1.51	1.11	-0.08	0.75	<.001
<b>MIS_P12</b>	2.40	1.85	0.05	-1.48	0.87	<.001
<b>MIS_P13</b>	2.50	1.70	-0.07	-1.29	0.90	<.001
<b>MIS_P14</b>	2.28	1.79	0.23	-1.27	0.88	<.001
<b>MIS_P15</b>	2.42	1.66	0.16	-1.19	0.91	<.001
<b>MIS_P16</b>	1.83	1.79	0.52	-1.19	0.84	<.001
<b>MIS_P17</b>	1.34	1.58	0.93	-0.39	0.80	<.001
<b>MIS_P18</b>	1.92	1.62	0.34	-1.06	0.89	<.001

MIS_P19	2.41	1.68	0.11	-1.23	0.91	<.001
MIS_P20	2.09	1.58	0.31	-1.01	0.91	<.001
MIS_P21	2.19	1.90	0.24	-1.45	0.86	<.001
MIS_P22	2.32	1.88	0.19	-1.5	0.86	<.001

**Tabla 5**

*Frecuencias de ítems del MIS*

	<b>Frecuencias</b>	<b>% Total</b>
<b>MIS_P1</b>		
0	28	18.3 %
1	35	22.9 %
2	13	8.5 %
3	29	19.0 %
4	25	16.3 %
5	23	15.0 %
<b>MIS_P2</b>		
0	17	11.1 %
1	25	16.3 %
2	20	13.1 %
3	19	12.4 %
4	45	29.4 %
5	27	17.6 %
<b>MIS_P3</b>		
0	19	12.4 %
1	42	27.5 %
2	22	14.4 %
3	19	12.4 %
4	30	19.6 %
5	21	13.7 %

MIS_P4		
0	66	43.1 %
1	32	20.9 %
2	18	11.8 %
3	11	7.2 %
4	13	8.5 %
5	13	8.5 %
MIS_P5		
0	72	47.1 %
1	31	20.3 %
2	26	17.0 %
3	9	5.9 %
4	7	4.6 %
5	8	5.2 %
MIS_P6		
0	19	12.4 %
1	15	9.8 %
2	24	15.7 %
3	18	11.8 %
4	38	24.8 %
5	39	25.5 %
MIS_P7		
0	34	22.2 %
1	28	18.3 %
2	28	18.3 %
3	21	13.7 %
4	26	17.0 %
5	16	10.5 %
MIS_P8		
0	24	15.7 %

1	36	23.5 %
2	23	15.0 %
3	21	13.7 %
4	26	17.0 %
5	23	15.0 %

---

MIS\_P9

0	41	26.8 %
1	34	22.2 %
2	26	17.0 %
3	17	11.1 %
4	20	13.1 %
5	15	9.8 %

---

MIS\_P10

0	45	29.4 %
1	43	28.1 %
2	24	15.7 %
3	13	8.5 %
4	19	12.4 %
5	9	5.9 %

---

MIS\_P11

0	82	53.6 %
1	23	15.0 %
2	18	11.8 %
3	10	6.5 %
4	16	10.5 %
5	4	2.6 %

---

MIS\_P12

0	35	22.9 %
1	25	16.3 %
2	21	13.7 %

3	15	9.8 %
4	30	19.6 %
5	27	17.6 %

---

MIS\_P13

0	26	17.0 %
1	26	17.0 %
2	21	13.7 %
3	27	17.6 %
4	31	20.3 %
5	22	14.4 %

---

MIS\_P14

0	34	22.2 %
1	24	15.7 %
2	33	21.6 %
3	17	11.1 %
4	17	11.1 %
5	28	18.3 %

---

MIS\_P15

0	21	13.7 %
1	33	21.6 %
2	30	19.6 %
3	23	15.0 %
4	22	14.4 %
5	24	15.7 %

---

MIS\_P16

0	52	34.0 %
1	31	20.3 %
2	17	11.1 %
3	14	9.2 %
4	22	14.4 %

5	17	11.1 %
<hr/>		
MIS_P17		
<hr/>		
0	69	45.1 %
1	30	19.6 %
2	16	10.5 %
3	17	11.1 %
4	13	8.5 %
5	8	5.2 %
<hr/>		
MIS_P18		
<hr/>		
0	43	28.1 %
1	24	15.7 %
2	31	20.3 %
3	24	15.7 %
4	20	13.1 %
5	11	7.2 %
<hr/>		
MIS_P19		
<hr/>		
0	24	15.7 %
1	30	19.6 %
2	29	19.0 %
3	22	14.4 %
4	25	16.3 %
5	23	15.0 %
<hr/>		
MIS_P20		
<hr/>		
0	29	19.0 %
1	36	23.5 %
2	27	17.6 %
3	28	18.3 %
4	19	12.4 %
5	14	9.2 %
<hr/>		
MIS_P21		
<hr/>		

0	45	29.4 %
1	23	15.0 %
2	20	13.1 %
3	17	11.1 %
4	19	12.4 %
5	29	19.0 %
<hr/>		
MIS_P22		
0	35	22.9 %
1	32	20.9 %
2	21	13.7 %
3	9	5.9 %
4	26	17.0 %
5	30	19.6 %

**Tabla 6**

*Análisis Factorial Confirmatorio*

Cargas de los Factores

<b>Factor</b>	<b>Indicador</b>	<b>Estimador</b>	<b>EE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Polo Cognitivo	MIS_P1	1.397	0.121	11.56	< .001
	MIS_P7	0.466	0.141	3.30	< .001
	MIS_P14	1.253	0.130	9.62	< .001
	MIS_P20	0.893	0.123	7.28	< .001
	MIS_P22	1.712	0.123	13.96	< .001
Polo Externo	MIS_P4	1.278	0.122	10.45	< .001

Cargas de los Factores

<b>Factor</b>	<b>Indicador</b>	<b>Estimador</b>	<b>EE</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
	MIS_P10	1.299	0.112	11.58	<.001
	MIS_P17	1.097	0.120	9.13	<.001
Polo Afectivo	MIS_P3	0.964	0.132	7.31	<.001
	MIS_P9	1.166	0.126	9.29	<.001
	MIS_P16	1.425	0.128	11.09	<.001
	MIS_P21	1.270	0.146	8.73	<.001
Polo Otro	MIS_P5	1.016	0.108	9.42	<.001
	MIS_P11	0.767	0.120	6.40	<.001
	MIS_P18	1.135	0.121	9.38	<.001
Polo Yo	MIS_P6	1.325	0.124	10.72	<.001
	MIS_P12	1.402	0.133	10.50	<.001
	MIS_P13	1.372	0.120	11.47	<.001
	MIS_P19	1.170	0.125	9.36	<.001
Polo Automático	MIS_P2	1.105	0.130	8.48	<.001
	MIS_P8	0.933	0.141	6.63	<.001
	MIS_P15	1.023	0.137	7.49	<.001

**Tabla 7**
*Correlaciones entre los Polos*

		<b>Polo Cognitivo</b>	<b>Polo Externo</b>	<b>Polo Afectivo</b>	<b>Polo Otro</b>	<b>Polo Yo</b>	<b>Polo Automatico</b>
Polo_Cognitivo	R de	—					
	Pearson						
	valor p	—					
Polo_Externo	R de	0.088	—				
	Pearson						
	valor p	0.278	—				
Polo_Afectivo	R de	-0.009	0.573	—			
	Pearson						
	valor p	0.913	<.001	—			
Polo_Otro	R de	-0.025	0.725 ***	0.731***	—		
	Pearson						
	valor p	0.758	<.001	<.001	—		
Polo_Yo	R de	0.355***	0.536***	0.530***	0.467***	—	
	Pearson						
	valor p	<.001	<.001	<.001	<.001	—	
Polo_Automatico	R de	0.603***	0.187*	0.318***	0.227**	0.585***	—
	Pearson						
	valor p	<.001	0.021	<.001	0.005	<.001	—

Nota. \* p &lt; .05, \*\* p &lt; .01, \*\*\* p &lt; .001

**Tabla 8**

	Media	DE	Asimetría	Curtosis	Shapiro-Wilk	
					W	p
Polo_Cognitivo	2.25	1.30	0.1483	-0.9868	0.967	< .001
Polo_Externo	1.47	1.36	0.8262	-0.0395	0.898	< .001
Polo_Afectivo	2.08	1.36	0.3922	-0.7828	0.955	< .001
Polo_Otro	1.40	1.19	0.6864	-0.1217	0.922	< .001
Polo_Yo	2.59	1.44	-0.0748	-1.0423	0.962	< .001
Polo_Automatico	2.55	1.29	0.1100	-0.7265	0.973	0.004

**Tabla 9**

*Medidas de ajuste AFC*

CFI	TLI	RMSEA	IC 90% del RMSEA	
			Inferior	Superior
0.807	0.770	0.107	0.0958	0.118

**Tabla 10**

*Fiabilidad de Escala*

$\alpha$ de Cronbach	
escala	0.888

**Tabla 11**

*Descriptivas de los Polos en relación con el Tratamiento Farmacológico*

	<b>Tratamiento Farmacológico</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
Polo_Cognitivo	Sí	152	2.25	1.30
Polo_Externo		152	1.47	1.36
Polo_Afectivo		152	2.09	1.37
Polo_Otro		152	1.41	1.19
Polo_Yo		152	2.60	1.44
Polo_Automatico		152	2.55	1.29

**Tabla 12**

*Descriptivas de Otro Diagnóstico de SM*

	<b>Otro Diagnóstico SM</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>
Polo_Cognitivo	Sí	25	2.30	1.273
	No	127	2.24	1.310
Polo_Externo	Sí	25	1.56	0.870
	No	127	1.46	1.437
Polo_Afectivo	Sí	25	2.31	1.195
	No	127	2.04	1.397
Polo_Otro	Sí	25	1.73	0.913
	No	127	1.34	1.233
Polo_Yo	Sí	25	2.50	1.175

	Otro Diagnóstico SM	N	Media	DE
	No	127	2.62	1.485
Polo_Automatico	Sí	25	2.37	1.144
	No	127	2.59	1.318

**Tabla 13**

*Pueba T de Otro diagnósticos en los Polos*

		Estadístico	gl	p		Tamaño del Efecto
Polo_Cognitivo	T de Student	0.227	150	0.82	d de Cohen	0.049
	T de Welch	0.231	34.8	0.82	d de Cohen	0.05
Polo_Externo	T de Student	0.347 <sup>a</sup>	150	0.73	d de Cohen	0.076
	T de Welch	0.479	53.8	0.63	d de Cohen	0.087
Polo_Afectivo	T de Student	0.892	150	0.37	d de Cohen	0.195
	T de Welch	0.990	38.1	0.33	d de Cohen	0.205
Polo_Otro	T de Student	1.509 <sup>a</sup>	150	0.13	d de Cohen	0.33
	T de Welch	1.842	43.3	0.07	d de Cohen	0.361
Polo_Yo	T de Student	-0.369 <sup>a</sup>	150	0.71	d de Cohen	-0.081
	T de Welch	-0.431	40.7	0.67	d de Cohen	-0.087
Polo_Automatico	T de Student	-0.759	150	0.45	d de Cohen	-0.166
	T de Welch	-0.835	37.7	0.41	d de Cohen	-0.174

Nota.  $H_a \mu_0 \neq \mu_1$

<sup>a</sup> La prueba de Levene significativa ( $p < 0.05$ ) sugiere que las varianzas no son iguales

**Tabla 14**

*Descriptivas del tiempo con el diagnóstico de esquizofrenia*

	TiempoDiagnósticoEsquizofrenia	N	Media	DE
Polo_Cognitivo	Sí	13	2.92	1.394
	No	9	3.13	1.265
	No lo sé	131	2.12	1.253
Polo_Externo	Sí	13	2.18	1.281
	No	9	1.81	1.203
	No lo sé	131	1.37	1.356
Polo_Afectivo	Sí	13	2.19	1.312
	No	9	2.00	1.111
	No lo sé	131	2.08	1.390
Polo_Otro	Sí	13	1.54	1.506
	No	9	1.63	1.184
	No lo sé	131	1.37	1.163
Polo_Yo	Sí	13	3.23	1.285
	No	9	2.58	1.479
	No lo sé	131	2.52	1.443
Polo_Automatiko	Sí	13	2.90	1.487
	No	9	2.78	1.000
	No lo sé	131	2.50	1.284

**Tabla 15**

*ANOVA Polo Cognitivo con Tiempo Diagnosticado de Esquizofrenia*

	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
TiempoDiagnósticoEsquizofrenia	15.2	2	7.60	4.75	0.010
Residuos	240.4	150	1.60		

**Tabla 16**

*Comparaciones de grupos de Tiempo Diagnostico en Esquizofrenia en el Polo Cognitivo*

Comparación							
Tiempo Diagnostico Esquizofrenia	Tiempo Diagnostico Esquizofrenia	Diferencia de Medias	gl	EE	t	p <sub>tukey</sub>	d
De 0 a 3 años	- De 3 a 5 años	-0.210	150	0.549	-0.383	0.922	-0.166
	- Más de 5 años	0.806	150	0.368	2.188	0.076	0.636
De 3 a 5 años	- Más de 5 años	1.016	150	0.436	2.329	0.055	0.802

**Tabla 17**

*Prueba T de Sintomas Positivos y de los Polos*

		Estadístico	gl	p		Tamaño del Efecto
Polo_Cognitivo	T de Student	-0.741	151	0.460	d de Cohen	-0.1215
	T de Welch	-0.732	129	0.466	d de Cohen	-0.1207
Polo_Externo	T de Student	3.238 <sup>a</sup>	151	0.001	d de Cohen	0.5307
	T de Welch	3.357	149	<.001	d de Cohen	0.5403
Polo_Afectivo	T de Student	3.638	151	<.001	d de Cohen	0.5963

		Estadístico	gl	p		Tamaño del Efecto	
		T de Welch	3.707	144	<.001	d de Cohen	0.6019
Polo_Otro		T de Student	2.887	151	0.004	d de Cohen	0.4731
		T de Welch	2.903	139	0.004	d de Cohen	0.4745
Polo_Yo		T de Student	3.781	151	<.001	d de Cohen	0.6197
		T de Welch	3.726	128	<.001	d de Cohen	0.6151
Polo_Automatico		T de Student	0.502	151	0.617	d de Cohen	0.0822
		T de Welch	0.502	137	0.616	d de Cohen	0.0823

Nota.  $H_a \mu_0 \neq \mu_1$

<sup>a</sup> La prueba de Levene significativa ( $p < 0.05$ ) sugiere que las varianzas no son iguales

**Tabla 18**

*Descriptivos de los grupos de Síntomas Positivos en relación a los polos*

		Síntomas Positivos	N	Media	DE
Polo_Cognitivo	Sí		89	2.18	1.25
	No		64	2.34	1.36
Polo_Externo	Sí		89	1.76	1.43
	No		64	1.06	1.14
Polo_Afectivo	Sí		89	2.41	1.37
	No		64	1.63	1.22
Polo_Otro	Sí		89	1.63	1.18
	No		64	1.08	1.14
Polo_Yo	Sí		89	2.94	1.32
	No		64	2.09	1.45

	Síntomas Positivos	N	Media	DE
Polo_Automatico	Sí	89	2.60	1.29
	No	64	2.49	1.28

**Tabla 19**

*Prueba T de los Síntomas Negativos en relación a los polos*

		Estadístico	gl	p		Tamaño del Efecto
Polo_Cognitivo	T de Student	3.679	151	< .001	d de Cohen	0.7313
	T de Welch	3.807	51.0	< .001	d de Cohen	0.7438
Polo_Externo	T de Student	2.278 <sup>a</sup>	151	0.024	d de Cohen	0.4528
	T de Welch	2.748	66.2	0.008	d de Cohen	0.4933
Polo_Afectivo	T de Student	0.461	151	0.645	d de Cohen	0.0916
	T de Welch	0.456	48.1	0.650	d de Cohen	0.0912
Polo_Otro	T de Student	0.316	151	0.752	d de Cohen	0.0629
	T de Welch	0.324	50.2	0.748	d de Cohen	0.0636
Polo_Yo	T de Student	2.464	151	0.015	d de Cohen	0.4897
	T de Welch	2.321	45.3	0.025	d de Cohen	0.4748
Polo_Automatico	T de Student	3.350	151	0.001	d de Cohen	0.6660
	T de Welch	3.004	42.9	0.004	d de Cohen	0.6285

Nota.  $H_a \mu_0 \neq \mu_1$

<sup>a</sup> La prueba de Levene significativa ( $p < 0.05$ ) sugiere que las varianzas no son iguales

**Tabla 20**

*Descriptivas de los grupos de Síntomas Negativos en relación a los polos*

	Síntomas Negativos	N	Media	DE
Polo_Cognitivo	Sí	121	2.436	1.26
	No	32	1.525	1.19
Polo_Externo	Sí	121	1.595	1.41
	No	32	0.990	1.01
Polo_Afectivo	Sí	121	2.110	1.36
	No	32	1.984	1.38
Polo_Otro	Sí	121	1.419	1.20
	No	32	1.344	1.16
Polo_Yo	Sí	121	2.731	1.38
	No	32	2.039	1.53
Polo_Automatico	Sí	121	2.725	1.19
	No	32	1.896	1.44

**Tabla 21**

*ANOVA Polo externo y abuso / maltrato en la infancia / adolescencia*

	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
AbusoMaltrato_InfantilAdolescencia	18.7	2	9.37	5.40	0.005
Residuos	260.5	150	1.74		

**Tabla 22**

*Comparaciones de grupos de Abuso / maltrato en la infancia / adolescencia en el polo externo*

Comparación		Diferencia de Medias	EE	gl	t	Ptukey	d de Cohen
Abuso Maltrato Infantil Adolescencia	Abuso Maltrato Infanti lAdolescencia						
Sí	- No	0.608	0.259	150	2.35	0.053	0.461
	- No lo sé	0.903	0.281	150	3.21	0.005	0.686
No	- No lo sé	0.296	0.256	150	1.16	0.481	0.224

Nota. Las comparaciones se basan en medias marginales estimadas

**Tabla 23**

*ANOVA Polo afectivo y abuso / maltrato en la infancia / adolescencia*

	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
AbusoMaltrato_InfantilAdolescencia	33.0	2	16.52	9.96	<.001
Residuos	248.8	150	1.66		

**Tabla 24**

*Comparaciones de grupos de Abuso / maltrato en la infancia / adolescencia en el polo afectivo*

Comparación		Diferencia	EE	gl	t	p <sub>Tukey</sub>	d de Cohen
AbusoMaltrato InfantilAdolescencia	AbusoMaltrato InfantilAdolescencia	de Medias					
Sí	No	1.054	0.253	150	4.17	<.001	0.820
	No lo sé	0.998	0.275	150	3.63	0.001	0.775
No	No lo sé	-0.058	0.250	150	-0.23	0.970	-0.045

Nota. Las comparaciones se basan en medias marginales estimadas

**Tabla 25**

*ANOVA Polo otro y abuso / maltrato en la infancia / adolescencia*

	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
AbusoMaltrato InfantilAdolescencia	25.4	2	12.71	10.1	<.001
Residuos	189.6	150	1.26		

**Tabla 26**

*Comparaciones de grupos de Abuso / maltrato en la infancia / adolescencia en el polo del otro*

Comparación		Diferencia de Medias	EE	gl	t	p <sub>tukey</sub>	d de Cohen
AbusoMaltrato	Abuso Maltrato						
Infantil	Infantil						
Adolescencia	Adolescencia						
Sí	- No	0.831	0.221	150	3.761	< .001	0.739
	- No lo sé	0.987	0.240	150	4.117	< .001	0.878
No	- No lo sé	0.156	0.218	150	0.716	0.754	0.139

Nota. Las comparaciones se basan en medias marginales estimadas

**Tabla 27**

*ANOVA Polo del yo y abuso / maltrato en la infancia / adolescencia*

	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
AbusoMaltrato_InfantilAdolescencia	17.3	2	8.67	4.39	0.014
Residuos	296.6	150	1.98		

**Tabla 28**

*Comparaciones de grupos de Abuso / maltrato en la infancia / adolescencia en el polo del yo*

Comparación		Diferencia de Medias	EE	gl	t	p <sub>Tukey</sub>	d de Cohen
Abuso Maltrato Infantil Adolescencia	Abuso Maltrato Infantil Adolescencia						
0	- 1	0.610	0.276	150	2.208	0.073	0.434
	- 2	0.860	0.300	150	2.868	0.013	0.612
1	- 2	0.250	0.273	150	0.915	0.632	0.177

Nota. Las comparaciones se basan en medias marginales estimadas

**Tabla 29**

*Descriptivas de los grupos abuso /maltrato en la infancia / adolescencia en los polos significativos*

	AbusoMaltrato_InfantilAdolescencia	N	Media	DE
Polo_Afectivo	Sí	43	2.83	1.33
	No	65	1.77	1.30
	No lo sé	45	1.83	1.23
Polo_Externo	Sí	43	1.99	1.31
	No	65	1.38	1.45
	No lo sé	45	1.09	1.10
Polo_Otro	Sí	43	2.05	1.17
	No	65	1.22	1.16
	No lo sé	45	1.06	1.03

	AbusoMaltrato_InfantilAdolescencia	N	Media	DE
Polo_Yo	Sí	43	3.10	1.33
	No	65	2.49	1.42
	No lo sé	45	2.24	1.45

**Tabla 30**

*ANOVA Tiempo Profesional y Paciente en el Polo Externo*

	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
Tiempo Profesional Paciente	14.8	3	4.94	2.78	0.043
Residuos	264.4	149	1.77		

**Tabla 31**

*Comparaciones entre los grupos Tiempo Profesional Paciente en relación al polo externo*

Comparación		Diferencia de Medias	EE	gl	t	ptukey	d de Cohen
Tiempo Profesional Paciente	Tiempo Profesional Paciente						
Menos de 1 año	- De 1 a 3 años	-0.488	0.305	149	-1.6	0.383	-0.3662
	- De 3 a 5 años	0.135	0.408	149	0.33	0.987	0.1017
	- Más de 5 años	0.249	0.293	149	0.85	0.831	0.1869
De 1 a 3 años	- De 3 a 5 años	0.623	0.386	149	1.62	0.373	0.4679
	- Más de 5 años	0.737	0.261	149	2.83	0.028	0.5531
De 3 a 5 años	- Más de 5 años	0.114	0.376	149	0.30	0.990	0.0852

**Comparación**

<b>Tiempo Profesional Paciente</b>	<b>Tiempo Profesional Paciente</b>	<b>Diferencia de Medias</b>	<b>EE</b>	<b>gl</b>	<b>t</b>	<b>p<sub>tukey</sub></b>	<b>d de Cohen</b>
------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------	-----------	-----------	----------	--------------------------	-------------------

Nota. Las comparaciones se basan en medias marginales estimadas

**Tabla 32**

*Descriptivas de los grupos Tiempo Profesional Paciente en el polo externo*

	<b>Tiempo_ProfesionalPaciente</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Asimetría</b>
Polo_Externo	Menos de 1 año	1.43	1.09	0.306
	De 1 año a 3 años	1.91	1.33	0.321
	De 3 años a 5 años	1.29	1.02	0.601
	Más de 5 años	1.18	1.52	1.411

**Tabla 33**

*ANOVA Apoyo Familiar en el Polo afectivo*

	<b>Suma de Cuadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Media Cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
ApoyoFamiliar	14.9	2	7.45	4.19	0.017
Residuos	267.0	150	1.78		

**Tabla 34**

*Comparaciones entre los grupos Apoyo Familiar en relación al polo afectivo*

Comparación		Diferencia de Medias	EE	gl	t	p <sub>Tukey</sub>	d de Cohen
Sí	- No	-0.6358	0.222	150	-2.87	0.013	-0.4766
	- No lo sé	-0.0294	0.614	150	-0.05	0.999	-0.0220
No	- No lo sé	0.6063	0.620	150	0.978	0.592	0.4545

Nota. Las comparaciones se basan en medias marginales estimadas

**Tabla 35**

*Descriptivas de los grupos Apoyo familiar en los polos*

	ApoyoFamiliar	N	Media	DE
Polo_Cognitivo	Sí	85	2.23	1.24
	No	63	2.26	1.40
	No lo sé	5	2.32	1.20
Polo_Externo	Sí	85	1.30	1.26
	No	63	1.72	1.45
	No lo sé	5	1.13	1.43
Polo_Afectivo	Sí	85	1.82	1.26
	No	63	2.46	1.41
	No lo sé	5	1.85	1.51
Polo_Otro	Sí	85	1.22	1.09
	No	63	1.67	1.26

	ApoyoFamiliar	N	Media	DE
	No lo sé	5	1.13	1.59
Polo_Yo	Sí	85	2.34	1.45
	No	63	2.95	1.38
	No lo sé	5	2.15	1.23
Polo_Automatico	Sí	85	2.38	1.30
	No	63	2.81	1.25
	No lo sé	5	2.07	1.09

**Tabla 36**

*ANOVA Apoyo Familiar en el Polo del yo*

	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
ApoyoFamiliar	14.2	2	7.10	3.55	0.031
Residuos	299.7	150	2.00		

**Tabla 37**

*Comparaciones entre los grupos Apoyo Familiar en relación al polo del yo*

Comparación		Diferencia de Medias	EE	gl	t	p <sub>Tukey</sub>	d de Cohen
Sí	- No	-0.604	0.235	150	-2.52	0.030	-0.428
	- No lo sé	0.194	0.650	150	0.298	0.952	0.137
No	- No lo sé	0.798	0.657	150	1.216	0.446	0.565

---

**Comparación**

---

ApoyoFamiliar	ApoyoFamiliar	Diferencia de Medias	EE	gl	t	p <sub>Tukey</sub>	d de Cohen
---------------	---------------	----------------------	----	----	---	--------------------	------------

---

Nota. Las comparaciones se basan en medias marginales estimadas

## VALIDACIÓN AL CASTELLANO DEL MENTALIZATION IMBALANCE

### SCALE (MIS)

#### **Consentimiento Informado**

**Título del Estudio:** Validación al Español del Cuestionario: Mentalización Imbalance Scale (MIS).

**Descripción breve del estudio:** El objetivo principal del estudio es la validación al castellano de la escala arriba referida. Esta escala servirá como una nueva herramienta útil para la medición de la mentalización en los pacientes con esquizofrenia. Para ello, se recogerán los datos del usuario a través del terapeuta. Estos datos serán recogidos de manera anónima mediante un código alfanumérico.

#### **Declaro que:**

- He recibido suficiente información sobre el estudio (objetivos, aspectos científicos relevantes, procedimientos de seguridad que se van a adoptar para el manejo de datos, incluyendo las personas que tendrán acceso).
- Se me ha entregado una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado.
- He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
- Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad y anonimato de mis datos y que únicamente se utilizarán para los fines de esta investigación.
  - Doy mi consentimiento.
  - No doy mi consentimiento.

## Apartado 1 – Datos Sociodemográficos

### Profesional:

Los datos que te pedimos a continuación son en relación al profesional que lo rellena. Te pediremos que nos des algunos datos sociodemográficos. Por favor, no olvides que **TODAS**

### **LAS PREGUNTAS HACEN REFERENCIA AL PROFESIONAL:**

Te pedimos que apuntes este código o lo memorices, porque, si respondes acerca de varios pacientes, es fundamental que en cada ocasión introduzcas el mismo código.

El **código alfanumérico** se compone de los **dígitos de la fecha de nacimiento más las iniciales del nombre del profesional** (Por ejemplo: Maria Pérez Beitia 28/02/00,

280200MPB): \_\_\_\_\_

1. Edad:
  - a. \_\_\_\_\_
2. Género:
  - a. Masculino
  - b. Femenino
  - c. Otro
3. Formación:
  - a. Psicólogo/a
  - b. Psiquiatra
  - c. Terapeuta Ocupacional
  - d. Integrador/a Social
  - e. Educador/a Social
  - f. Trabajador/a Social
4. Escuela teórica de formación (si procede) (más de una opción):
  - a. Psicoanálisis
  - b. Humanismo
  - c. Cognitivo – Conductual
  - d. Sistémica
  - e. Terapia Basada en la Mentalización
  - f. Modelo Biomédico

- g. Integrativa
  - h. No es aplicable / No procede
5. ¿Cuál es tu jornada laboral a la semana?
- a. 5 - 10
  - b. 11 - 25
  - c. 26 – 37,5
  - d. Más
6. ¿Cuántos usuarios/pacientes atiendes a la semana? (Tanto de manera grupal como individual)
- a. \_\_\_\_\_

Usuario/paciente:

Los datos que te pedimos a continuación hacen referencia a tu paciente. Te pediremos que nos des algunos datos sociodemográficos, y que valores aspectos de su funcionamiento psicológico. Por favor, no olvides que **TODAS LAS PREGUNTAS HACEN**

**REFERENCIA A TU USUARIO/PACIENTE:**

1. Edad:
  - a. \_\_\_\_\_
2. Género:
  - a. Masculino
  - b. Femenino
  - c. Otro
3. El usuario/paciente, ¿Está en tratamiento farmacológico?
  - a. Sí
  - b. No
4. ¿Tiene el/la usuario/paciente otro diagnóstico de salud mental, además de esquizofrenia?
  - a. Sí
    - i. ¿Cuál? \_\_\_\_\_
  - b. No
5. ¿Desde hace cuántos años esta diagnosticado/a de esquizofrenia?
  - a. 0 – 3 años
  - b. 3 años – 5 años
  - c. Más de 5 años

6. Actualmente, hasta donde tú sabes, ¿el/la usuario/paciente padece de síntomas positivos de esquizofrenia? (P.j. delirios, alucinaciones, etc.)
  - a. Sí
  - b. No
7. Actualmente, hasta donde tú sabes, ¿el/la usuario/paciente padece de síntomas negativos de esquizofrenia? (P.j. distanciamiento de la vida social, dificultad para mostrar emociones, etc.)
  - a. Sí
  - b. No
8. Hasta donde tú sabes, ¿el/la usuario/paciente ha consumido drogas en los últimos 3 meses?
  - a. Sí
  - b. No
  - c. No lo sé
9. Hasta donde tú sabes, ¿este/a usuario/paciente sufrió alguna forma de abuso o maltrato en su infancia/adolescencia?
  - a. Sí
  - b. No
  - c. No lo sé
10. ¿Hace cuánto que recibe el/la usuario/paciente atención en esta unidad/recurso?
  - a. Menos de 1 año
  - b. De 1 a 3
  - c. De 3 a 5
  - d. Más de 5
11. ¿Durante cuánto tiempo has atendido a este usuario/paciente?
  - a. Menos de 1 año
  - b. De 1 a 3
  - c. De 3 a 5
  - d. Más de 5
12. ¿En cuántas ocasiones se ha dado la hospitalización de este/a usuario/paciente?
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. No lo sé
13. ¿Consideras que el/la usuario/paciente tiene un apoyo social/familiar estable, satisfactorio y con un efecto positivo para él/ella (Nota: hay apoyos sociales estables

que no tienen por qué ser positivos; esta pregunta se refiere a lo que al usuario/paciente le va bien)?

- a. Sí
- b. No
- c. No lo sé

14. ¿Tiene el paciente actividades donde se relacione socialmente? (Por ejemplo, trabajo, actividades de jardinería, manualidades...)

- a. Sí
- b. No
- c. No lo sé

### Apartado 2 - Mentalization Imbalances Scale

Utilice la siguiente lista de ítems para evaluar el funcionamiento mental de su usuario/paciente. Al hacerlo, tenga en cuenta tanto el contenido explícito y las narraciones que le ha proporcionado su usuario/paciente como la forma en que interactúa con usted durante el curso del tratamiento.

Nos interesa saber si las siguientes afirmaciones describen adecuadamente, desde su punto de vista, al paciente seleccionado.

Puntúe cada elemento en una escala de 0 (absolutamente nada descriptivo) a 5 (absolutamente descriptivo).

Ítem	Escala	Puntuación
P1. Incluso cuando habla de sentimientos dolorosos, el paciente parece estar desconectado.	0 1 2 3 4 5	
P2. El paciente a menudo parece carecer de palabras para describir sus sentimientos y emociones.	0 1 2 3 4 5	
P3. Las emociones del paciente superan su capacidad de pensar.	0 1 2 3 4 5	

Ítem	Escala	Puntuación
P4. El paciente parece tener un “sexto sentido” sobre los estados mentales de los demás (incluido el profesional).	0 1 2 3 4 5	
P5. El paciente parece estar inconscientemente sintonizado a las emociones de los demás.	0 1 2 3 4 5	
P6. El paciente puede malinterpretar la conducta de los demás.	0 1 2 3 4 5	
P7. Cuando habla de las emociones, el paciente parece estar atrapado en un juego intelectual y/o utiliza términos abstractos.	0 1 2 3 4 5	
P8. Cuando se le solicita (p.ej. con preguntas o confrontaciones), el paciente no reflexiona sobre sus propios comportamientos.	0 1 2 3 4 5	
P9. El paciente siente que sus emociones están fuera de su control.	0 1 2 3 4 5	
P10. El paciente parece intuir preverbalmente los sentimientos y pensamientos de los demás.	0 1 2 3 4 5	
P11. El paciente tiende a imitar (consciente y/o inconscientemente) a los demás.	0 1 2 3 4 5	
P12. El paciente ofrece algunas explicaciones bizarras y/o improbables sobre los comportamientos o reacciones de los demás.	0 1 2 3 4 5	
P13. El paciente no puede asumir la perspectiva de los otros a la hora de reflexionar sobre los comportamientos.	0 1 2 3 4 5	
P14. El paciente parece inhibir la expresión de las emociones.	0 1 2 3 4 5	

Ítem	Escala	Puntuación
P15. El paciente no reflexiona sobre la primera impresión que tiene de una persona o la situación.	0 1 2 3 4 5	
P16. Las emociones del paciente pueden cambiar rápidamente.	0 1 2 3 4 5	
P17. El paciente está excesivamente enfocado en la expresión facial y/o en las señales no verbales a la hora de comunicarse con otros (incluyendo al profesional)	0 1 2 3 4 5	
P18. El paciente puede ser fácilmente influenciado por las emociones de los demás.	0 1 2 3 4 5	
P19. El paciente no puede considerar puntos de vista que sean diferentes al suyo propio.	0 1 2 3 4 5	
P20. El paciente entiende a las personas en nivel más cognitivo que en un nivel afectivo.	0 1 2 3 4 5	
P21. El paciente es impulsivo.	0 1 2 3 4 5	
P22. El paciente parece estar desconectado de las emociones.	0 1 2 3 4 5	



Madrid, 20 de enero de 2024

Dictamen 17/23-24

Para: Excmo. Vicerrector de Investigación y Profesorado

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: "VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO: MENTALIZACIÓN IMBALANCE SCALE (MIP)", presentado por D<sup>a</sup>. María Pérez Beitía, en el marco del Máster en Psicología General Sanitaria.

---

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia Comillas, conforme al procedimiento establecido, siendo valorado el caso por sus miembros, emite el siguiente DICTAMEN:

El proyecto salvaguarda la dignidad de los participantes en la investigación. Estos son profesionales del ámbito psicosocial de distintas entidades de toda España. El proyecto está bien justificado y sus objetivos resultan delimitados. Con motivo de la investigación los participantes podrán reflexionar sobre el modo en que desarrollan su trabajo con sus pacientes. Por tanto, el proyecto de investigación es conforme con los principios de la Declaración de Helsinki, en cuanto resultan mayores sus beneficios que sus riesgos.

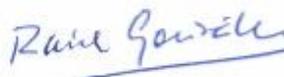
Los participantes en el proyecto gozan de autonomía para determinar si intervienen o no en el mismo, siendo también informados de que en cualquier momento pueden retirar su consentimiento para participar sin necesidad de dar ninguna explicación y sin temer ninguna represalia. La investigadora se compromete a guardar confidencialidad y anonimidad en la recogida de datos del estudio, de forma que la identificación de los participantes no resulte posible. La investigación es, pues, conforme con la Ley 3/2018 de Protección de Datos Personales y demás legislación concordante.

*El proyecto merece un juicio de conformidad ética para una investigación de sus características, y cuenta con la aprobación de este Comité.*

Atentamente,



Dr. Miguel Grande Yáñez  
Presidente



Dr. Raúl González Fabre  
Secretario

