



UNIVERSITAT  
JAUME·I

## Jornades de Foment de la Investigació

# AUTOCONCIENCIA, CONCIENCIA CORPORAL Y TRASTORNO DE PÁNICO

Autors

S. Quero, H. Villa y C. Castañeiras  
Psicologia

## 1. INTRODUCCIÓN

Desde que en 1962 Mechanic acuñara el término de “conducta de enfermedad”, se han llevado a cabo una gran cantidad de investigaciones cuyo objetivo era examinar la respuesta que distintos individuos tienen ante los síntomas. Estas investigaciones contribuyeron a la constitución de la Psicología de la Salud. Desde este ámbito teórico, Mechanic (1986) propone tres determinantes que explicarían la variabilidad en la experiencia y expresión de la enfermedad: las influencias culturales, las influencias sociales y predisposiciones individuales. Dentro de éstas últimas, la “introspección” (*introspectiveness*) sería la más importante para este autor. La introspección es definida como “una predisposición relativamente estable de la personalidad que implica el grado en que la atención difusa es centrada y dirigida hacia uno mismo o hacia el exterior” (Mechanic, 1983). Los sujetos con una alta introspección serían más vulnerables a eventos estresantes, por la ausencia de filtrado de la información, lo cual llevaría a un sufrimiento innecesario por parte del sujeto (p.ej., interpretar sensaciones corporales normales de forma catastrófica como ocurre en el trastorno de pánico).

Un concepto central en este trabajo y antecedente al de introspección es el de “Autoconciencia”. La teoría de la autoconciencia (*self-awareness*) enunciada por Duval y Wicklund en 1972 postula que cuando un sujeto focaliza la atención sobre sí mismo se produce un aumento de la conciencia de los aspectos del *self* que son más relevantes en ese momento, los cuales suelen activar una dimensión conductual. Entonces se produce un proceso auto-evaluativo de comparación, es decir, el individuo compara su conducta real con su estándar o ideal de lo que debería ser esa conducta. De este modo, dependiendo de si el sujeto se ajusta o no al estándar, se producirá un afecto positivo o negativo. Estos autores vieron que la autoconciencia llevaba casi siempre a los sujetos a realizar evaluaciones negativas acerca de sí mismos, ya que la adecuación de la conducta del sujeto a su estándar era poco probable que ocurriera.

Por otra parte, Carver y Scheier (1981) encontraron que el centrar la atención en sí mismo incrementaba la intensidad de las emociones informadas. A diferencia de la teoría de Duval y Wicklund, para estos autores la atención auto-focalizada se trataría de un mecanismo adaptativo que únicamente produciría afecto negativo cuando el individuo se sintiera incapaz o percibiera una baja probabilidad de ajustar su conducta a su criterio.

Es importante diferenciar entre autoconciencia (*sefl-awareness*) y autoconciencia (*self-consciousness*). La primera de ellas se entiende como un estado transitorio y situacional que puede ser inducido por estímulos apropiados (p.ej., presencia de espejos). Por contra, la autoconciencia sería un rasgo o disposición hacia la atención auto-focalizada. Es esta segunda acepción el objetivo del presente trabajo.

En la literatura especializada sobre el tema se ha prestado atención a la importancia que puedan desempeñar en el trastorno de pánico (TP) una serie de variables disposicionales como la autoconciencia y la conciencia corporal privada (Ehlers, Margraft, Davies y Roth, 1988). El concepto de “Conciencia Corporal Privada”, acuñado por primera vez por Miller, Murphy y Buss (1981), está especialmente relacionado con el TP ya que es bien sabido la atención que los pacientes con crisis de pánico dirigen hacia aspectos corporales o somáticos. En este sentido, durante los últimos años el equipo está investigando sobre el papel que variables atencionales puedan tener en la etiología, mantenimiento, tratamiento y pronóstico de estos pacientes. Concretamente, estamos interesados en la posible existencia en estos pacientes de un sesgo atencional que les lleve a atender selectivamente estímulos amenazantes relacionados con sus miedos.

Por todo lo anterior, se podría pensar que los pacientes con crisis de pánico obtendrán una puntuación alta en autoconciencia y conciencia corporal, frente a sujetos normales. De hecho, estudios realizados muestran que estos pacientes se caracterizan por un alto grado de interocepción (Ehlers, 1989). Nuestro equipo ya prestó atención a este tema en un trabajo previo (Ballester y Botella, 1993) y comprobó que, además de mostrar mayores niveles de introspección que un grupo control, los pacientes con TP se caracterizan por

presentar mayores puntuaciones de carácter “privado” (autoconciencia privada y conciencia corporal privada), frente a pacientes con otros trastornos de ansiedad.

Así, el objetivo del presente estudio es doble. Por una parte, ver si los resultados obtenidos en el trabajo anterior se replican, por lo que se refiere a la autoconciencia y conciencia corporal. Y, por otra parte, estudiar si las puntuaciones obtenidas en estas variables disposicionales cambian tras administrar un programa de tratamiento para el TP diseñado para ser aplicado en grupo, cuya eficacia ya ha sido probada tanto en variables específicamente relacionadas con el pánico y la agorafobia como en otras variables clínicas de interés (p.ej., grado de depresión, grado de malestar subjetivo experimentado durante la semana pasada) (Botella, Robert, Quero y Guillén, 1997).

## 2. MÉTODO

### 2.1 MUESTRA

La muestra estaba compuesta por 24 pacientes que acudieron a la Unidad de Salud Mental (USM) de Vila-Real (Castellón) y al Servicio de Asistencia Psicológica (SAP) de la Universitat Jaume I.

- Diagnóstico : Todos los pacientes cumplían los criterios para el diagnóstico de Trastorno de angustia; con agorafobia en el 79,2% de los casos y sin agorafobia en el 20,8% restante. Se utilizaron los siguientes criterios de exclusión:
  - enfermedad orgánica severa.
  - depresión mayor.
  - psicosis.
  - alcoholismo.
  - adicción a drogas.
- Edad : El rango oscilaba entre los 21 y los 61 años. La edad media era de 31,18 años (DT= 9,15).
- Sexo : El 87,5% de la muestra estaba compuesta por mujeres, mientras que sólo un 12,5% eran hombres (ver gráfica 1)
- Estado civil : El 45,8% de los pacientes eran solteros, el mismo porcentaje de pacientes eran casados y había un 8,3% de ellos que estaban separados o divorciados (ver gráfica 2).
- Nivel de estudios : La mayoría de los pacientes tenían estudios primarios (41,7%), un 37,5% habían cursado o estaban cursando estudios superiores y un 20,8% tenían estudios medios (ver gráfica 3).

### 2.2. INSTRUMENTOS

#### 2.2.1. Entrevistas diagnósticas

- Entrevista de screening: Este instrumento recoge información sobre datos personales, el motivo de consulta, duración del problema, gravedad percibida por el paciente, tratamientos anteriores, consumo de alcohol y drogas, y existencia de enfermedades orgánicas. También plantea una serie de preguntas para determinar la posible existencia de cada uno de los trastornos de ansiedad.

- Entrevista diagnóstica estructurada “Anxiety Disorders Interview Schedule Revised (DiNardo et al., 1985) : Es una entrevista estructurada que se utilizó para el establecimiento del diagnóstico de trastorno de pánico con y sin agorafobia y agorafobia sin historia de crisis de pánico. Esta entrevista permite diagnosticar (según los criterios del DSM-III-R) y realizar un análisis funcional de estos trastornos.

### 2.2.2. Cuestionarios

**Cuestionario de Autoconciencia Privada y Pública Revisado** (Self-consciousness Scale revised; SCS-R, Scheier y Carver, 1985): Este cuestionario evalúa diferencias individuales en la tendencia a dirigir la atención hacia el interior o exterior del sujeto. Está compuesto por un total de 22 ítems, valorados en una escala tipo Likert de cuatro puntos que oscila entre “Nada” y “Mucho”. La administración de dicho cuestionario se llevó a cabo en dos momentos: antes del tratamiento y tras finalizado el tratamiento. Los 22 ítems están conformados en tres factores:

**Factor 1- Autoconciencia Privada (APR):** Ítems 1, 4, 6, 8, 12, 14, 17, 20 y 21. Mide el grado en que el sujeto dirige su atención hacia sus pensamientos y sentimientos que tienen que ver con el *self*. Un sujeto con una alta puntuación en autoconciencia privada atiende y utiliza más sus estados internos para reaccionar a las situaciones. Por lo que, es menos dependiente de las demandas situacionales para emitir respuestas y muestra una mayor consistencia a través de las situaciones (Scheier, Buss y Buss, 1978). La resistencia a las presiones sociales está relacionada con una alta motivación de logro (Echevarría et al., 1987). Además, este sujeto mostrará una reacción incrementada a las situaciones emocionales ya que basa su conducta en sus estados emocionales más que en las demandas de la situación.

**Factor 2- Autoconciencia Pública (APU):** Ítems 2, 5, 10, 13, 16, 18 y 20. Se trata de ser conscientes del *self* como objeto social. Es decir, sería una conciencia general de sí mismo como objeto social que tiene un efecto sobre los demás. Las personas que puntúan alto en autoconciencia pública se preocupan por cómo son percibidas por los demás y, en consecuencia, realizarán las conductas que, según ellos, atenúan las valoraciones negativas por parte de los otros (Fenigstein, 1979). Estos sujetos tienden a ajustarse a las presiones sociales. Así, autores como Echevarría et al. proponen que este factor tiene que ver con la motivación de afiliación, definida como la obtención de refuerzo social o de aprobación e integración con otros significativos a nivel interpersonal comunicativo y emocional, y con un alta autovigilancia. Las personas con alta autovigilancia tendrían habilidad en utilizar las demandas de la situación para regular su conducta (Echevarría et al., 1987).

**Factor 3- Ansiedad Social (AS):** Ítems 3, 7, 9, 11, 15 y 22. Este factor mide la ansiedad producida por la presencia de los anteriores. Es decir, se tratará de una reacción al proceso de autoatención o atención autofocalizada. Especialmente la reacción que se produce al dirigir la atención hacia el *self* público, ya que para experimentar subjetivamente ansiedad social es necesario focalizar la atención sobre los aspectos públicos del *self* (Baños y Belloch, 1990). No obstante, para producir ansiedad social no es suficiente con la presencia de esta conciencia pública, sino que es necesario también que esté presente un sentimiento de aprensión a ser evaluado por las demás personas en una situación social (Scheier y Carver, 1985).

**Cuestionario de Conciencia Corporal Privada y Pública (BCS; Miller, Murphy y Buss, 1981):** Consta de 15 ítems agrupados en tres factores. Cada uno de los ítems se contesta en una escala tipo Likert de cuatro puntos que va de “Mucho” a “Nada”. La administración del cuestionario se llevó a cabo en dos momentos: antes del tratamiento y tras finalizado el tratamiento. Seguidamente pasamos a comentar el contenido de los factores:

**Factor 1- Conciencia Corporal Privada (CCPR):** Incluye los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Evalúa el grado en que el sujeto dirige su atención hacia aspectos internos de su propio cuerpo (p.ej., el ritmo cardíaco, la temperatura corporal,...).

**Factor 2- Conciencia Corporal Pública (CCPU):** Conformado por los ítems 2, 4, 8, 9, 13 y 15. Se trata de la atención que presta el sujeto a aspectos corporales que pueden ser observados por los demás (p.ej., las manos, la piel, el pelo, la constitución corporal,...).

**Factor 3- Competencia Corporal (CC):** Ítems 3, 6, 10 y 12. Es un factor evaluativo del propio cuerpo (p.ej., “Soy capaz de moverme con rapidez”).

## 2.3. TRATAMIENTO

Se aplicó en un formato de grupo. Los pacientes se distribuyeron en cuatro grupos, cada uno formado por cinco-seis miembros (sólo en un caso la composición fue de siete miembros).

### ESTRUCTURA

- 14 sesiones, con una periodicidad semanal y una duración de aproximadamente una hora y media- dos horas por sesión.
- Cada grupo era dirigido por un terapeuta y un coterapeuta.
- El estilo terapéutico era el característico de las terapias cognitivas: directivo y socrático.

### COMPONENTES TERAPÉUTICOS: fueron básicamente:

- 1) un componente educativo, sobre qué es la ansiedad y cómo se manifiesta en los tres sistemas de respuesta, y sobre el modelo cognitivo-conductual del pánico y la agorafobia.
- 2) terapia cognitiva no focal: explicación de la relación entre pensamiento-emoción-conducta. Identificación y discusión cognitiva de los pensamientos automáticos y creencias irracionales en distintas situaciones que generan malestar.
- 3) terapia cognitiva focal: Identificación y discusión cognitiva de los pensamientos automáticos y creencias irracionales que tienen lugar en las situaciones de pánico-agorafobia.
- 4) papel de la hiperventilación en las crisis de angustia y entrenamiento en respiración lenta.
- 5) entrenamiento en técnicas de distracción.
- 6) exposición a los estímulos internos (sensaciones físicas) y externos (situaciones, actividades...) amenazantes para los sujetos, particularmente aquellos que desencadenan las crisis de angustia y/o aquellos evitados por los pacientes.
- 7) Prevención de recaídas.

Además, se utilizaban una serie de manuales de autoayuda como refuerzo de cada uno de los componentes de la terapia.

## SECUENCIALIZACION:

SESION	CONTENIDO
1	• <b>Presentación del grupo y del tratamiento.</b>
2	• <b>Información sobre la ansiedad.</b> • <b>Información sobre la relación pensamiento-emoción-conducta (el ABC).</b> • <b>Identificación de los pensamientos negativos que aparecen en las situaciones que generan malestar.</b>
3	• <b>Información sobre cómo retar los pensamientos negativos y las creencias irracionales.</b> • <b>Identificación y discusión cognitiva de los pensamientos negativos relacionados con una situación concreta.</b>
4	• <b>Explicación cognitivo-conductual de los ataques de pánico.</b> • <b>Discusión cognitiva de los pensamientos negativos que tienen lugar en las crisis de angustia.</b>
5	• <b>Presentación del papel de la hiperventilación en las crisis de angustia.</b>
6	• <b>Entrenamiento en respiración lenta.</b>
7	• <b>Papel de la auto-atención.</b> • <b>Entrenamiento en técnicas de distracción.</b>
8	• <b>La evitación de las situaciones temidas y la exposición como técnica terapéutica.</b> • <b>Exposición a estímulos internos (sensaciones físicas) generadores de ansiedad.</b>
9	• <b>Exposición a estímulos externos y actividades evitadas.</b>
10-12	• <b>Supervisión de la aplicación de todas las técnicas anteriores.</b>
13-14	• <b>Prevención de recaídas y finalización del programa de tratamiento.</b>

## 3. RESULTADOS

Por lo que se refiere al primer objetivo planteado, esto es comparar los resultados del presente trabajo con los del estudio de 1993, en la tabla 1 se presentan los descriptivos básicos (medias y desviaciones típicas) obtenidos en las variables de autoconciencia y conciencia corporal. Como se puede observar en dicha tabla, las puntuaciones obtenidas en los factores de CCPR y CC del BCS son similares en ambas muestras, mientras que nuestros pacientes obtienen puntuaciones más altas en el factor de CCPU ( $M= 10.40$ ) que los del

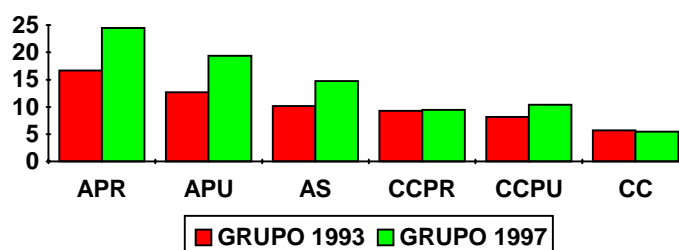
anterior estudio ( $M=8.2$ ). Es decir, nuestra muestra parece prestar más atención a aspectos corporales que pueden ser observados por los demás como son las manos o la piel. No obstante, podemos seguir concluyendo que los pacientes con TP se caracterizan por presentar altas puntuaciones de carácter privado, concretamente en Conciencia Corporal Privada.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el SCS, los resultados parecen mostrar más discrepancias. En general, nuestros pacientes obtienen puntuaciones más altas que el grupo de pánico de 1993, obteniéndose la mayor diferencia en el factor de APR con 7.8 puntos de diferencia, seguido del factor de APU con 6.65 y por último la AS con 4.55. De este modo, parece que al igual que en el estudio anterior, los pacientes con TP se caracterizan por obtener puntuaciones altas de carácter privado, en este caso en APR son incluso mayores. Pero no sólo en APR, sino que en AP y en AS nuestros pacientes muestran mayores puntuaciones (ver gráfica 1). Por lo tanto, podemos concluir que en nuestros pacientes continúa apareciendo la misma tendencia que en el grupo de pánico anterior pero más acentuada.

**Tabla 1-** Descriptivos básicos de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios SCS y BCS.

FACTORES	GRUPO PÁNICO (1993)		GRUPO PÁNICO (1997)	
	Media	DT	Media	DT
APR	<b>16.7</b>	<b>3.6</b>	<b>24.50</b>	<b>3.82</b>
APU	<b>12.7</b>	<b>3.3</b>	<b>19.35</b>	<b>3.59</b>
AS	<b>10.2</b>	<b>3.1</b>	<b>14.75</b>	<b>2.63</b>
CCPR	<b>9.3</b>	<b>2.4</b>	<b>9.45</b>	<b>2.42</b>
CCPU	<b>8.2</b>	<b>3.4</b>	<b>10.40</b>	<b>2.68</b>
CC	<b>5.7</b>	<b>1.7</b>	<b>5.50</b>	<b>2.58</b>

**Gráfica 1:**  
Autoconciencia y conciencia corporal  
(Análisis comparativo)



El segundo objetivo de este trabajo era comprobar si variables disposicionales como la autoconciencia y la conciencia corporal cambiaban tras aplicar un programa de tratamiento cognitivo-comportamental dirigido al pánico y la agorafobia. Para someter esto a prueba, realizamos pruebas “t” de Student para muestras relacionadas. Como podemos observar en la tabla 2, los análisis arrojaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de AS del SCS (ver gráfica 2) y en la CCPR y CC del BCS (ver gráfica 3). Por lo

tanto, tras finalizar el tratamiento, los pacientes se sentían menos ansiosos socialmente, dirigían menos su atención a aspectos internos de su cuerpo y evaluaban en menor grado sus capacidades físicas (ver gráfica 4).

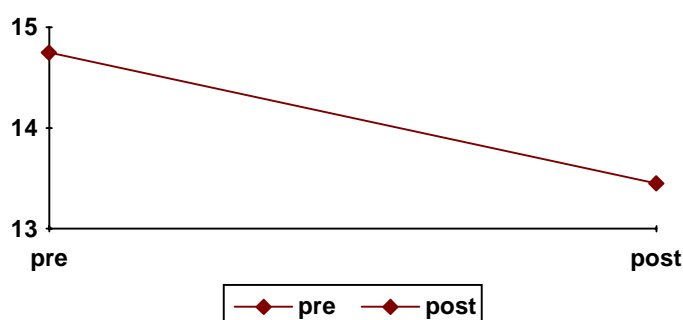
Por otra parte, aunque no se alcanzó significación estadística, podemos ver en la tabla 2 que las variables de APU y CCPU disminuyen tras el tratamiento, mientras que la APR aumenta ligeramente. Esto último tiene sentido si pensamos en el tipo de tratamiento aplicado, ya que en las terapias cognitivas se les enseña a los pacientes a detectar sus pensamientos y emociones, promoviendo de este modo que dirijan su atención a sus pensamientos y sentimientos.

**Tabla 2-** Resultados prueba “t” de Student en las variables de autoconciencia y conciencia corporal.

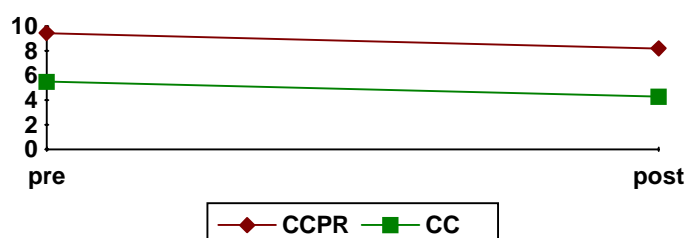
FACTORES	PRE-TEST		POST-TEST		‘t’	P<
	Media	DT	Media	DT		
APR	<b>24.50</b>	<b>3.82</b>	<b>24.90</b>	<b>5.30</b>	<b>.35</b>	<b>.734</b>
APU	<b>19.35</b>	<b>3.59</b>	<b>18.80</b>	<b>3.76</b>	<b>.82</b>	<b>.42</b>
AS	<b>14.75</b>	<b>2.63</b>	<b>13.45</b>	<b>3.50</b>	<b>2.26</b>	<b>.036*</b>
CCPR	<b>9.45</b>	<b>2.42</b>	<b>8.20</b>	<b>2.57</b>	<b>3.26</b>	<b>.004**</b>
CCPU	<b>10.40</b>	<b>2.68</b>	<b>9.85</b>	<b>2.37</b>	<b>1.07</b>	<b>.299</b>
CC	<b>5.50</b>	<b>2.58</b>	<b>4.30</b>	<b>2.45</b>	<b>2.37</b>	<b>.028*</b>

\*= p<.05 \*\*= p<.01 \*\*\*= p<.001

**Gráfica 2:**  
Ansiedad social (SCS)

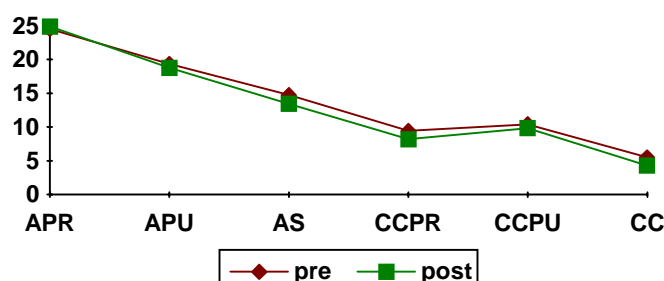


**Gráfica 3:**  
Conciencia corpora privada  
Competencia corporal  
(BCS)





**Gráfica 4:**  
**Autoconciencia**  
**Conciencia corporal**



## 4. DISCUSIÓN

Los resultados ponen de relieve que, los pacientes con TP se caracterizan por un alto grado de autoconciencia y conciencia corporal. En primer lugar, por lo que se refiere a la conciencia corporal, nuestros pacientes muestran puntuaciones similares a las obtenidas en el estudio de 1993 (Ballester y Botella, 1993) en las variables de Conciencia Corporal Privada y Competencia Corporal. No obstante, y aunque nuestro grupo obtiene puntuaciones más altas en la variable de Conciencia Corporal Privada, los resultados van en la misma línea que los obtenidos en el trabajo anterior.

En nuestra opinión, puede que estas altas puntuaciones en Conciencia Corporal Pública se deban a que los pacientes actuales mostraran un grado de ansiedad social mayor al de la muestra de 1993. De hecho, los pacientes del presente trabajo muestran mayores puntuaciones en AS que los del anterior estudio. Los pacientes con TP no sólo están preocupados por síntomas físicos, sino que a buena parte de ellos también les preocupa perder el control delante de los demás, “montar el cuadro” según sus propias palabras, lo cual está relacionado con la ansiedad social y, en consecuencia, con el hecho de prestarse atención a sí mismos como objetos sociales. No obstante, los resultados obtenidos no harían más que reforzar la hipótesis según la cual personas con problemas de ansiedad o depresión mostrarán altos niveles de autoconciencia. Esta autoatención incrementará la intensidad de las emociones informadas.

En segundo lugar, en cuanto a las puntuaciones obtenidas en el SCS, los resultados informan que los pacientes del presente estudio obtienen, en general, puntuaciones más altas en todos los factores los pacientes del trabajo de 1993 (Ballester y Botella, 1993). Por lo tanto, podemos concluir que, nuestros pacientes se caracterizan por presentar altos niveles en autoconciencia, al igual que los del trabajo de Ballester Botella. No obstante, nuestros pacientes muestran mayores niveles de Autoconciencia Pública y Ansiedad Social que los del trabajo anterior. Esto se podría explicar, como acabamos de mencionar, por la posible presencia de un grado mayor de ansiedad social en nuestros pacientes, siendo de cualquier modo esperable. De todas formas, tendríamos que someter esto a prueba para poder llegar a conclusiones más firmes. Otra posible explicación de los resultados es el instrumento utilizado. En el estudio de 1993 utilizamos una traducción de la versión más antigua del SCS (Fenigstein y cols., 1975). Mientras que, en este trabajo hemos aplicado la versión revisada de Scheier y Carver (1985) adaptada al castellano (Belloch, Botet y Pascual, 1995). Ambos instrumentos difieren en el modo en que las preguntas están formuladas. Además, en la versión revisada se ha eliminado uno de los items, concretamente el item 3, por lo que consta de 22 items en lugar de 23. Así, las puntuaciones más bajas obtenidas en el anterior trabajo quizá sea debida a que la formulación de los items es ligeramente distinta.

A partir de los resultados que tienen que ver con el primer objetivo, podemos llegar a la conclusión de que existe una relación entre la autoconciencia como variable disposicional y problemas emocionales como la depresión y la ansiedad. De hecho, son muchos los estudios que han relacionado la autoconciencia con problemas de ansiedad y depresión. Por ejemplo, Wells (1991), exploró la relación entre autoatención y aumentos en ansiedad estado, altos niveles de preocupación y informe de mayor número de síntomas en situaciones amenazantes. En otro trabajo, Daly, Vangelisti y Lawrence (1989) encontraron que una excesiva autoatención estaba relacionada tanto con la ansiedad a hablar en público como con una mala actuación. También Flett, Blankstein y Boase (1987) observaron una correlación positiva entre ansiedad y depresión y autoconciencia privada, autoconciencia pública y ansiedad social.

Por otra parte, los estudios realizados sobre la relación entre la conciencia corporal y la ansiedad son más escasos. No obstante, la mayoría de ellos informan de la importancia que tiene la tendencia a dirigir la atención hacia aspectos corporales internos en pacientes con TP (p.ej., Ehlers, Margraf, Davies y Roth, 1988; Clark, 1988).

Por lo que se refiere al segundo objetivo del presente trabajo, los resultados muestran que, tras un programa de tratamiento cognitivo-comportamental, disminuyen de forma significativa las puntuaciones de los pacientes en las variables de Ansiedad Social, medida por el SCS, Conciencia Corporal Privada y Competencia Corporal. Creemos que los resultados son relevantes ya que el tratamiento consigue disminuir la atención que los pacientes prestan a los síntomas corporales que tanto temen. Esto podría deberse a que en el programa de tratamiento se incluyen técnicas de distracción dirigidas específicamente a desviar la atención de las sensaciones corporales.

Por otra parte, también disminuyen las puntuaciones de los pacientes en otras variables como son la Ansiedad Social y la Competencia Corporal. En consecuencia, nuestro programa de tratamiento resulta útil no sólo para variables específicamente relacionadas con el pánico y la agorafobia sino para otras variables de clínicas de interés como son el grado de depresión, la ansiedad general, la fobia social, entre otras (Botella, Robert, Quero y Guillén, 1997) y, como muestran los resultados de este estudio en variables disposicionales como la autoconciencia, concretamente la Ansiedad Social como reacción al proceso de atención auto-dirigida al *self* como objeto social y la Competencia Corporal (que podría ser el resultado de un aumento en la autoconfianza o sensación de control en los pacientes).

En cuanto a las variables en las que no se produjeron cambios estadísticamente significativos, nos gustaría apuntar algunas reflexiones. En primer lugar, el hecho de que la Autoconciencia Privada, sin llegar a la significación estadística, aumente tras el tratamiento tiene sentido si pensamos en el tipo de terapia utilizada. Las terapias cognitivas pretenden aumentar la introspección del sujeto ya que se basan en enseñar al paciente a detectar sus pensamientos y consecuentes emociones para poder cambiar aquéllos en caso de ser irracionales o negativos. En segundo lugar, con respecto a la Autoconciencia Pública, una persona puede tener un nivel alto en esta variable y no causarle malestar. Aquí estaríamos de acuerdo con Scheier y Carver (1985) en que es necesaria la presencia de un sentimiento de aprensión a ser evaluado por las demás personas en una situación social para producir ansiedad social. Y, ya hemos visto que esta variable mejora significativamente tras el tratamiento. Por otra parte, quizá las variables disposicionales de Autoconciencia Pública y Privada son rasgos de la persona más resistentes al cambio. Por último, aunque en la Conciencia Corporal Pública no se obtienen diferencias significativas, la tendencia es a disminuir tras el tratamiento.

Si comparamos nuestros resultados con los obtenidos en un estudio realizado por el equipo (Ballester, 1992) donde se utilizó un programa de tratamiento cognitivo-conductual aplicado de forma individual, vemos que, al igual que ocurre en ese trabajo, nuestro tratamiento parece aumentar la Autoconciencia Privada (aunque no de forma significativa) y disminuir la Ansiedad Social. No obstante, mientras que en el trabajo de

1992, se produjo un aumento de la Autoconciencia Pública tras el tratamiento, en el presente trabajo se produce una disminución. En cuanto a la conciencia corporal, tras el tratamiento psicológico se produjo una disminución en la Conciencia Corporal Privada (al igual que ocurre con nuestro programa de tratamiento) y un aumento de la Conciencia Corporal Pública y de la Competencia Corporal, produciéndose el efecto contrario con nuestro programa de tratamiento. Por último, el cambio observado en las variables en el estudio de 1992 era pequeño y se producía de forma progresiva.

Así, y por lo que respecta al segundo objetivo de este trabajo, podemos concluir que, el programa de tratamiento aplicado en grupo en el presente trabajo parece modificar en un período de tiempo menor que el aplicado individualmente por nuestro equipo en un estudio previo, ya que obtenemos diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el post-tratamiento en dichas variables. No obstante, tendremos que esperar a disponer de datos de seguimiento para llegar a conclusiones más firmes.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- Ballester, R. (1992). "Análisis de los actuales planteamientos cognitivos acerca del trastorno de pánico y el concepto de conducta de enfermedad". Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Ballester, R. y Botella C. (1993). "Autoconciencia y Conciencia Corporal en pacientes con trastorno de angustia". Análisis y Modificación de Conducta, 19, 613-642.
- Baños, R. y Belloch, A. (1990). "Autocon(s)cienza y depresión : viajando a través del espejo". Boletín de Psicología, 26, 7-31.
- Belloch, A. ; Botet, R., y Pascual, L. M. (1995). "Adaptación de la escala de autoconciencia en la población general española". Boletín de Psicología, 47, 31-48.
- Botella, Robert, Quero y Guillén (1997). "Coste-beneficio en terapia : el tratamiento del trastorno de pánico en grupo". Comunicación presentada en el I Congreso Internacional de la Asociación de Psicología Clínica y Psicopatología. (Madrid, del 3 al 7 de Abril).
- Carver, C y Scheier, M.F. (1981). "Attention and self-regulation : a control theory approach to human behavior". New York . Springer-Verlag.
- Clark, D. M. (1988). "A cognitive model of panic attacks". In S. Rachman & J. Maser (eds). *Panic : Psychological Perspectives* (pp 91-109). New Jersey. Erlbaum.
- Daly, J. ; Vangelisti, A. y Lawrence, S. (1989). "Self-focused attention and public speaking anxiety". Personality and Individual Differences, 10 (8), 903-913.
- Duval, S. y Wicklund, R. A. (1972). "A theory of the objective self-awareness". New York. Academic Press.
- Echevarría, A. ; Martínez, B. ; Páez, D. y Valencia, J. (1987). "Autoconciencia, conducta y emoción". Boletín de psicología, 15, 83-117.
- Ehlers, A. (1989). "Interaction of psychological and physiological factors in panic attacks". Clinical and Abnormal Psychology, 1-14.
- Ehlers, A. ; Margraf, J. ; Davies, S. y Roth, W. T. (1988). "Selective processing of threat cues in subjects with panic attacks". Cognition and Emotion, 2, 201-209.
- Fenigstein, A. (1979). "Self-consciousness, self-attention and social interaction". Journal of Personality and Social Psychology, 37, 75-86.
- Fenigstein, A. ; Scheier, M. F. y Buss, A.H. (1975). "Public and private self-consciousness : assessment and theory". Journal of consulting and Clinical Psychology, 43 (4), 522-527.
- Flett, G. ; Blakstein, K. y Boase, P. (1987). "Self-focused attention in test anxiety and depression". Journal of Social Behavior and Personality, 2 (2), 259-266.
- Mechanic, D (1983). "Adolescent health and illness behavior : Review of the literature and a new hypothesis for the study of stress". Journal of Human Stress, June, 4-12.

- Mechanic, D. (1986). "The concept of illness behavior : culture, situation and personal predisposition". Psychological Medicine, 16, 1-7.
- Miller, L. C. ; Murphy, R. y Buss, A. H. (1981). "Consciousness of body : private and public". Journal of Personality and Social Psychology, 41 (2), 397-406.
- Scheier, M. ; Buss, A. y Buss, D. (1978). "Self-consciousness, self-report of aggressiveness, and aggression". Journal of Research on Personality, vol.12, 133-140.
- Scheier, M. y Carver, C. (1977).
- Scheier, M. y Carver, C. (1985). "Self-consciousness, outcome expectancy and persistence". Journal of Research on Personality, 16, 409-418.
- Wells, A. (1991). "Effects of dispositional self-focus, appraisal attention instructions on responses to a threatening stimulus". Anxiety Research, 3, 291-301.