

## **AUTOCONCIENCIA Y CONCIENCIA CORPORAL EN PACIENTES CON TRASTORNO POR ANGUSTIA**

**Rafael Ballester Arnal<sup>1</sup>**  
**Cristina Botella Arbona**

UNIVERSITAT JAUME I DE CASTELLON

### **RESUMEN**

*En este artículo presentamos los resultados de dos estudios acerca de la importancia de algunas variables disposicionales como la introspección, autoconciencia y conciencia corporal en los pacientes con trastorno por angustia y otros problemas de ansiedad. Los resultados definitivos indican que los pacientes con trastornos de ansiedad en general presentan mayores niveles de introspección, autoconciencia privada y pública, ansiedad social y conciencia corporal privada y pública cuando son comparados con sujetos sin problemas de ansiedad (grupo control). Por otra parte, los pacientes con trastorno por angustia parecen distinguirse por mayores puntuaciones en las variables que tienen un carácter "privado" o personal si se comparan con pacientes con otros problemas de ansiedad. Asimismo se enfatiza las implicaciones clínicas y terapéuticas de estos resultados.*

**Palabras clave:** TRASTORNO POR ANGUSTIA, ANSIEDAD, INTROSPECCION, AUTOCONCIENCIA, CONCIENCIA CORPORAL.

---

1. Para correspondencia a la dirección es Universitat Jaume I. Departamento de Psicología. Campus Borriol. 12080 Castellón.

## SUMMARY

*In this paper, results from two studies about importance of some dispositional variables as introspectiveness, self-consciousness and bodily consciousness in panic disorder and other anxiety disorders patients are presented. Definitive results give evidence about a higher level of introspectiveness, private and public self-consciousness, social anxiety, and private and public bodily consciousness in anxiety patients when compared with a normal control group. Besides, panic disorder patients have higher means in variables with a private or personal content. Clinical and therapeutic implications of these results are emphasized.*

**Key words:** PANIC DISORDER, ANXIETY, INTROSPECTIVENESS, SELF-CONSCIOUSNESS, BODILY CONSCIOUSNESS.

## INTRODUCCION

En su trabajo de 1962 Mechanic acuñó el término "conducta de enfermedad" definiéndolo como "el modo en que las personas perciben, evalúan e interpretan las sensaciones que provienen de sus cuerpos" para explicar y comprender ciertos fenómenos relacionados con el campo de la salud. Desde entonces se han generado gran número de investigaciones que intentan analizar los determinantes de la respuesta idiosincrásica de un individuo frente a sus síntomas. Una buena cantidad de estas investigaciones han contribuido a la constitución del corpus teórico que hoy comprende la Psicología de la Salud.

Según Mechanic (1986) tres serían principalmente los tipos de determinantes que explican la variabilidad en la experiencia y expresión de la enfermedad: influencias culturales, influencias sociales y predisposiciones individuales. De entre estas predisposiciones individuales Mechanic enfatiza a lo largo de su obra especialmente una, a saber, la Introspección (Introspectiveness). Definida como "una disposición 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), la introspección se activaría bajo ciertas condiciones y podría incrementar la percepción o malestar subjetivo producido por síntomas psicológicos y físicos. Esta disposición actuaría aumentando la vulnerabilidad de los sujetos a

eventos estresantes, por la falta de filtrado de la información (sensaciones corporales comunes serían percibidas a menudo como amenazantes), comportando un sufrimiento innecesario para el sujeto.

El concepto de "Introspección" tiene su más claro antecedente en el de "Autoconciencia". La teoría de la Auto-conciencia (self-awareness) fue enunciada en un primer momento por Duval y Wicklund (1972). Estos autores encontraron que cuando se les pedía a los sujetos que evaluaran sus habilidades, en una situación en la que se centraba experimentalmente la atención de éstos en sí mismos, utilizando espejos, cámaras de televisión u otros medios, los sujetos tendían a realizar evaluaciones negativas de su actuación. Carver (1978) y Carver y Scheier (1981) encontraron también que centrar la atención en uno mismo incrementaba la intensidad de las emociones informadas aunque entendieron la atención autofocalizada como un mecanismo adaptativo que sólo produciría afecto negativo en aquellas condiciones en que un individuo se siente incapaz o percibe una baja probabilidad de ajustar su conducta a su estándar (Baños y Benlloch, 1990). Además, estos autores defienden la autoconciencia como un rasgo o disposición estable de la persona ("self-consciousness") y no como un estado transitorio y situacional (autoconciencia o "self-awareness") como afirmarían Duval y Wicklund. Por último, hay que destacar los trabajos de Pennebaker y Skelton (1978) y Pennebaker (1982) que también confirmaron que focalizar la atención de los individuos en algún aspecto de su funcionamiento corporal tenía como consecuencia un informe mayor de síntomas físicos.

Otro concepto muy relacionado con los anteriores es el de "Conciencia Corporal". Aunque fue Fisher (1968) el primer autor que intentó medir el grado de conciencia y conocimiento del cuerpo, el acuñamiento y desarrollo del concepto se lo debemos a Miller, Murphy y Buss (1981). Estos autores se plantearon la posibilidad de que la atención hacia aspectos psicológicos del self y la atención hacia aspectos más corporales o somáticos no coincidieran siempre en la misma persona. Esto es, un sujeto que pasara gran parte de su tiempo pensando en sus motivaciones o sentimientos más íntimos, no por ello debía ser una persona que prestara atención de forma continua a su pulso cardíaco o a la prominencia de sus músculos.

Denominado de un modo u otro, la capacidad y tendencia a dirigir la atención hacia uno mismo constituye una cualidad que se ha intentado alcanzar o promover desde los inicios de la psicoterapia y desde distintos acercamientos terapéuticos con el fin de aumentar el conocimiento acerca

de uno mismo como base de la curación. Esto es cierto tanto en las terapias psicoanalíticas como en las fenomenológicas e incluso en buena parte de los procedimientos utilizados en la terapia cognitiva, o en técnicas como el biofeedback. Sin embargo, parece que es el carácter difuso, desorganizado y sin meta de esta atención autofocalizada lo que puede hacer que un rasgo, en principio positivo, que suele estar ligado a aspectos valiosos como la creatividad, la sensibilidad, la empatía con los demás... se torne negativo, exagerando la experiencia de malestar y enfermedad (Mechanic, 1986). En este sentido, cada vez son más los estudios cuyos resultados demuestran cierta relación entre la atención autofocalizada y problemas emocionales como la depresión o la ansiedad (Mechanic & Greenley, 1976; Mechanic, 1979, 1980; Dickstein, Wang & Whitaker, 1981; Hansell y Mechanic, 1985; Pyszczynski & Greenberg, 1985; Smith, Ingram y Roth, 1985; Gibbons, Smith, Ingram, Pearce, Brehm y Schroeder, 1985; Burgio, Merluzzi y Pryor, 1986; Flett, Blankstein y Boase, 1987; Dollinger, Greening y Lloyd, 1987; Echevarría, Martínez, Paez y Valencia, 1987; Mathews & Wells, 1988; Rich y Woolever, 1988; Hope, Gansler y Heimberg, 1989; Daly, Vangelisti y Lawrence, 1989; Houston, 1989; De Maio, 1990; Ingram, 1990; Hass y Eisenstadt, 1990; Wells, 1985, 1987, 1991).

Por nuestra parte, durante los últimos años estamos llevando a cabo una amplia línea de investigación centrada en los pacientes con trastorno por angustia, en los que las variables atencionales parecen tener una especial importancia. La tendencia a dirigir la atención hacia sí mismos, especialmente hacia aspectos corporales internos tales como la frecuencia cardíaca, expectantes ante la posibilidad de una crisis que pueda desembocar en el desmayo, la locura o incluso la muerte, parece constituir un importante factor a tener en cuenta en la etiología, tratamiento y pronóstico de estos pacientes. Los tratamientos cognitivo-comportamentales enfatizan este hecho e introducen en sus programas, entre otros elementos, el entrenamiento al sujeto en técnicas de distracción que les ayuden a combatir este sesgo atencional.

El objetivo del presente trabajo es doble: por un lado, se trata de aportar datos respecto a los niveles de introspección, autoconciencia y conciencia corporal que caracterizan a los pacientes con problemas de ansiedad en general frente a las personas sin este tipo de trastornos; por otro, analizaremos la posible existencia de diferencias en estas variables entre los pacientes con diagnóstico de trastorno por angustia y los que tienen otros problemas de ansiedad.

Para ello, llevamos a cabo dos estudios que difieren únicamente en las características de la muestra utilizada. Como se verá continuación, el segundo estudio intenta mejorar desde el punto de vista metodológico, las deficiencias del primero.

## **ESTUDIO 1**

### **Muestra**

La muestra utilizada para el primer estudio (Ballester, 1992) estuvo compuesta por tres grupos de sujetos:

- a. Por una parte, un grupo integrado por pacientes con trastorno por angustia con o sin agorafobia.
- b. Por otra parte, un grupo de pacientes que padecían algún problema de ansiedad distinto al trastorno por angustia.
- c. Por último, un grupo control integrado por sujetos que no presentaran ningún problema de ansiedad.

El proceso de selección de la muestra clínica comenzó en otoño de 1989 dentro del Servicio de Asistencia Psicológica para Problemas de Ansiedad dirigido por la Dra. Botella dentro del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Valencia. Los pacientes que acudieron al Servicio a partir de ese momento y que cumplían los criterios especificados en la entrevista estructurada de Spitzer y Williams (1987) para el diagnóstico de trastorno por angustia u otros problemas de ansiedad fueron seleccionados para conformar la muestra clínica del presente estudio. Además estos pacientes no debían padecer problemas de alcoholismo, adicción a drogas, enfermedad orgánica severa, depresión mayor o psicosis. Tras este proceso de selección contamos para este trabajo con 32 pacientes diagnosticados de trastorno por angustia con o sin agorafobia y 24 pacientes con otros trastornos de ansiedad, que estaban formando parte en otras investigaciones.

Por lo que respecta al proceso de selección del grupo control, hay que decir que éste se realizó entre alumnos de quinto curso de la Facultad de Psicología de Valencia en otoño de 1990. Los criterios de admisión de los alumnos que mostraron interés por colaborar en nuestra investigación de forma voluntaria y desinteresada fueron: no presentar los síntomas para el diagnóstico de ningún problema psicológico importante como ansiedad, de-

presión u otros; y no padecer ninguna enfermedad física grave o crónica. Como compensación por su tiempo, sólo se les prometía ofrecerles información en un seminario acerca del trastorno de pánico, su tratamiento y líneas actuales de investigación sobre el tema. De los cuarenta estudiantes que se habían ofrecido para colaborar con nosotros, dos expusieron no poderlo hacer por incompatibilidad horaria, una persona padecía una fobia social apreciable, y tres personas padecían una enfermedad física o sensorial (tetralogía de Falotte, ceguera total e hipermiopía respectivamente). Tras este proceso quedaron pues, 34 estudiantes de psicología que compondrían el grupo control en nuestra investigación.

La composición total de la muestra, fue pues, la siguiente:

- a. 32 pacientes con trastorno de pánico.
- b. 24 pacientes con otros problemas de ansiedad
- c. 34 sujetos pertenecientes al grupo control sin problemas de ansiedad.

**TABLA 1.- Descripción de la muestra en función del tipo de trastorno (Estudio 1)**

	GR. ANGUSTIA	GR. ANSIEDAD	GR. CONTROL	TOTAL
TACA	23	0	0	23
TASA	9	0	0	9
ASTA	0	8	0	8
FSO	0	3	0	3
FSI	0	10	0	10
TOC	0	0	0	0
TEP	0	0	0	0
TAG	0	3	0	3
SINTRAST	0	0	34	34
TOTAL	32	24	34	90

NOTA:

TACA: Trastorno por angustia con agorafobia.

TASA: Trastorno por angustia sin agorafobia.

ASTA: Agorafobia sin trastorno por angustia.

FSO: Fobia social.

FSI: Fobia simple.

TOC: Trastorno obsesivo compulsivo.

TEP: Trastorno por estrés postraumático.

TAG: Trastorno de ansiedad generalizada.

SIN TRAST: Sin trastornos psicológicos.

**TABLA 2.- Descripción de la muestra en función del sexo (Estudio 1)**

	GR. ANGUSTIA	GR. ANSIEDAD	GR. CONTROL	TOTAL
HOMBRE	12	6	9	27
MUJER	20	18	25	63
TOTAL	32	24	34	90

**TABLA 3.- Descripción de la muestra en función de la edad (Estudio 1)**

	GR. ANGUSTIA	GR. ANSIEDAD	GR. CONTROL	TOTAL
15-20	1	1	0	2
21-30	10	7	33	50
31-40	11	9	1	21
41-50	9	4	0	13
51-60	0	3	0	3
61-70	1	0	0	1
TOTAL	32	24	34	90

Como se puede ver en la tabla número 1, de los 32 pacientes con trastorno por angustia, 23 llevaban asociado el diagnóstico de agorafobia y los 9 restantes estaban libres de este diagnóstico. En el grupo de pacientes con ansiedad, la mayor parte padecían una fobia simple o bien, agorafobia sin historia de crisis de angustia.

Por lo que respecta a la descripción de la muestra en cuanto a la variable sexo (tabla número 2), hay que decir que en los tres grupos las mujeres están más representadas que los hombres. En la muestra clínica el mayor porcentaje de mujeres coincide con los datos que ofrece la literatura (DSM-

III-R) respecto a la mayor incidencia en las mujeres en casi todos los problemas de ansiedad. En cuanto al grupo control, es necesario explicar el sesgo de la muestra apelando al mayor número existente de mujeres entre los estudiantes de Psicología de la Facultad de Psicología de Valencia.

Tal como se puede ver en la tabla número 3, la edad de los sujetos que comprenden nuestra muestra se distribuye de forma desigual en los diferentes grupos. Sin embargo, en los tres grupos, la práctica totalidad de los sujetos se encuentra en el rango que oscila entre los 21 y los 50 años.

## **INSTRUMENTOS**

Para realizar el presente trabajo utilizamos tres cuestionarios: la Escala de Introspección de Mechanic (1983), el Cuestionario de Autoconciencia Privada y Pública de Fenigstein, Scheier y Buss (1975) y el Cuestionario de Conciencia Corporal Privada y Pública de Miller, Murphy y Buss (1981).

### **Escala de Introspección de Mechanic (1983)**

La escala de Introspección, desarrollada por Mechanic, a partir del Cuestionario de Autoconciencia Privada y Pública de Fenigstein, Scheier y Buss (1975), consta de 11 ítems que miden un solo factor: Introspección. Tal como la definió Mechanic (1983), este factor nos informa de una disposición relativamente estable de la personalidad que implica el grado en el que la atención difusa es centrada y dirigida hacia uno mismo o hacia el exterior. El sujeto debe contestar a todos los ítems siguiendo una escala tipo Likert que oscila entre "Muy bien" y "Muy mal", en los ítems 1 al 9 y "Mucho" a "Nada" en los ítems 10 y 11. Por lo que respecta a la fiabilidad de la escala de Introspección, los trabajos sobre el tema indican una adecuada bondad estadística (Mechanic, 1983).

### **Cuestionario de Autoconciencia Privada y Pública de Fenigstein, Scheier y Buss (1975)**

El Cuestionario de Autoconciencia Privada y Pública engloba un total de 23 ítems agrupados en torno a tres factores: Autoconciencia Privada,

Autoconciencia Pública y Ansiedad Social. El factor de *Autoconciencia privada* evalúa el grado en que el sujeto dirige su atención hacia sus pensamientos y sentimientos íntimos. Esta faceta de la autoconciencia es similar según Fenigstein y cols. a la concepción de Jung sobre la introversión, aunque existen algunas diferencias. El "introvertido" de Jung está generalmente orientado hacia el mundo interior de las ideas y los conceptos, mientras que el ámbito de la autoconciencia privada es más específico: se centra únicamente en los pensamientos y reflexiones que tienen que ver con el *self*. El factor de *Autoconciencia Pública* queda definido como una conciencia general de sí mismo como objeto social que tiene un efecto sobre los demás. Esta concepción está relacionada con las ideas de M. Mead, según la cual, la conciencia de sí mismo sólo aparece cuando la persona es capaz de darse cuenta de la perspectiva del otro. Por último, el tercer factor denominado *Ansiedad social* se refiere más bien a una reacción al proceso de atención autodirigida explicada por los dos anteriores factores. Cuando una persona se analiza a sí misma es más probable que encuentre algo por lo que ponerse ansiosa.

Cada uno de los ítems de este cuestionario es contestado según una escala tipo Likert que oscila entre "Mucho" y "Nada".

### **Cuestionario de Conciencia Corporal Privada y Pública de Miller, Murphy y Buss (1981)**

Este cuestionario consta de 15 ítems pertenecientes a tres factores: Conciencia Corporal Privada, Conciencia Corporal Pública y Competencia Corporal. El primer factor denominado *Conciencia Corporal Privada* mide el grado en que el sujeto dirige su atención hacia aspectos internos del propio cuerpo, tales como la frecuencia cardíaca o respiratoria. El factor de *Conciencia Corporal Pública* evalúa la atención que presta el sujeto a aspectos corporales que pueden ser observados por los demás, como el pelo, las manos... Por último, el tercer factor denominado *Competencia corporal*, a diferencia de los anteriores factores, es un factor evaluativo del propio cuerpo, con ítems como "Para mi tamaño soy bastante fuerte".

Todos los ítems se contestan siguiendo una escala tipo Likert que oscila entre "Mucho" y "Nada".

## PROCEDIMIENTO

El procedimiento que seguimos para explorar las características de los tres grupos que componen la muestra respecto a sus niveles de introspección, autoconciencia y conciencia corporal consistió sencillamente en la administración de estos cuestionarios a todos los sujetos antes de que se realizara ninguna intervención terapéutica en nuestro Servicio de Asistencia. La administración del cuestionario se realizó atendiendo a las instrucciones habituales en cuanto a la cumplimentación individualizada y la sinceridad de las respuestas.

## RESULTADOS

Con el fin de explorar el perfil característico de los distintos grupos que componen la muestra en cuanto a las variables de introspección, autoconciencia y conciencia corporal, así como la existencia de diferencias significativas entre ellos, realizamos análisis de varianza con los distintos factores utilizando para ello el programa estadístico SPSS/PC+. La prueba de Scheffé nos indicó entre qué grupos se daban las diferencias significativas cuando éstas existían.

En un primer análisis, comparamos las medias obtenidas para cada una de las variables por el grupo control y el grupo total de pacientes con ansiedad, compuesto por los pacientes diagnosticados con trastorno por angustia o con cualquier otro trastorno de ansiedad. Como puede observarse en la tabla número 4, aparecieron diferencias significativas entre los dos grupos únicamente en las variables "Introspección" ( $p=0.05$ ) y "Autoconciencia Privada" ( $p=0.05$ ), en las que la media del grupo control fue superior a la del grupo total de ansiedad. Aunque no se observaron diferencias en los restantes factores, es de remarcar que en todos ellos, a excepción del factor "Conciencia Corporal Privada" el grupo control puntuó más alto que el grupo total de ansiedad.

En un segundo análisis, dividimos el grupo total de ansiedad en dos subgrupos: el de pacientes con trastorno por angustia y pacientes con otros problemas de ansiedad con el fin de observar si aparecían diferencias importantes entre los dos grupos de pacientes. En la tabla número 5 aparecen las medias de las distintas variables, así como los resultados de los análisis de varianza. Puede verse cómo de nuevo, sólo se dieron diferencias signi-

ficativas en las variables "Introspección" ( $p=0.05$ ) y "Autoconciencia Privada" ( $p=0.01$ ). La prueba Scheffé reveló que las diferencias significativas se daban entre el grupo de Ansiedad y el grupo Control pero no entre el grupo de pánico y el de ansiedad ni entre el grupo de pánico y el control. En este sentido, el análisis de las medias refleja cómo las medias del grupo de pánico se acercan mucho más a las del grupo control que a las del grupo de ansiedad, especialmente en los factores "Introspección", "Autoconciencia Privada", "Ansiedad Social" y "Competencia Corporal". En cualquier caso, el grupo control obtuvo medias superiores a los grupos de pánico y ansiedad en todos los factores excepto en el factor de "Conciencia Corporal Privada", en el que el grupo de pánico obtuvo una media mayor.

**TABLA 4.- Resultados del análisis de varianza entre el grupo total de ansiedad (angustia+ ansiedad) y gr. control (Estudio 1)**

	GR. TOTAL ANSIEDAD (N=56)			GR. CONTROL (N= 34)		F	P
	$\bar{X}$	DT		$\bar{X}$	DT		
IN	19.8	6.5		22.6	4.9	3.70	*
APR	15.8	4.3		18.5	3.6	5.70	*
APU	12.7	3.6		14.2	3.5	3.56	
AS	9.9	3.5		10.2	3.7	1.75	
CCPR	8.8	2.4		8.3	2.0	1.93	
CCPU		8.9	3.5		9.4	3.7	1.84
CC	5.4	2.0		5.8	2.1	1.87	

NOTA: \* (probabilidad igual o mayor de 0.05)  
 \*\* (probabilidad igual o mayor de 0.01)  
 \*\*\* (probabilidad igual o mayor de 0.001)

IN: Introspección; APR: Autoconciencia Privada; APU: Autoconciencia Pública; AS: Ansiedad Social; CCPR: Conciencia Corporal Privada ; CCPU: Conciencia Corporal Pública; CC: Competencia Corporal

En resumen, podemos decir que los resultados del primer estudio evidenciaron importantes diferencias en las variables de "Introspección" y

“AutoConciencia Privada” entre el grupo total de Ansiedad y el grupo Control, resultados que se matizan en el segundo análisis en el que se aprecia que las diferencias se dan esencialmente entre el grupo con problemas de ansiedad distintos al pánico y el grupo control, pero no entre el grupo de pánico y el control. Por otra parte, sorprendentemente no aparecieron diferencias significativas en factores como Autoconciencia Pública, Ansiedad Social, Conciencia Corporal Privada y Pública y Competencia Corporal entre los grupos de ansiedad y el control. Lo más importante es que la conclusión que podemos extraer de este estudio sería, en contra de lo que cabría esperar a la luz de la literatura, que las personas sin problemas de ansiedad presentan niveles mayores de introspección y autoconciencia que los sujetos con algún problema de ansiedad.

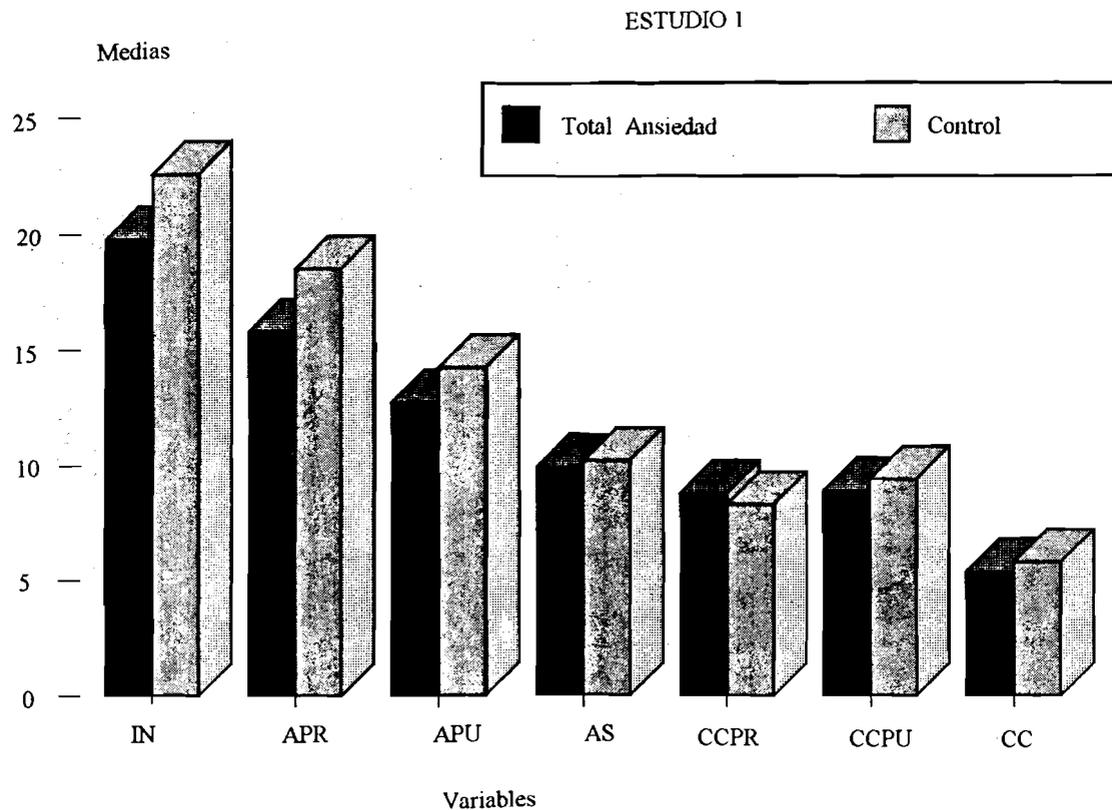
**TABLA 5.- Resultados del análisis de varianza entre los grupos de angustia, ansiedad y control (Estudio 1)**

	GR. ANGUSTIA (N=32)		GR. ANSIEDAD (N=24)		GR. CONTROL (N= 34)		F	P
	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT		
IN	21.7	4.8	17.4	7.7	22.6	4.9	3.96	*
APR	16.7	3.6	14.5	4.8	18.5	3.6	5.61	**
APU	12.7	3.3	12.8	4.0	14.2	3.5	2.86	
AS	10.2	3.1	9.7	3.9	10.2	3.7	0.97	
CCPR	9.3	2.4	8.2	2.4	8.3	2.0	0.94	
CCPU		8.2	3.4	9.5	3.6	9.4	3.7	2.64
CC	5.7	1.7	5.1	2.2	5.8	2.1	0.04	

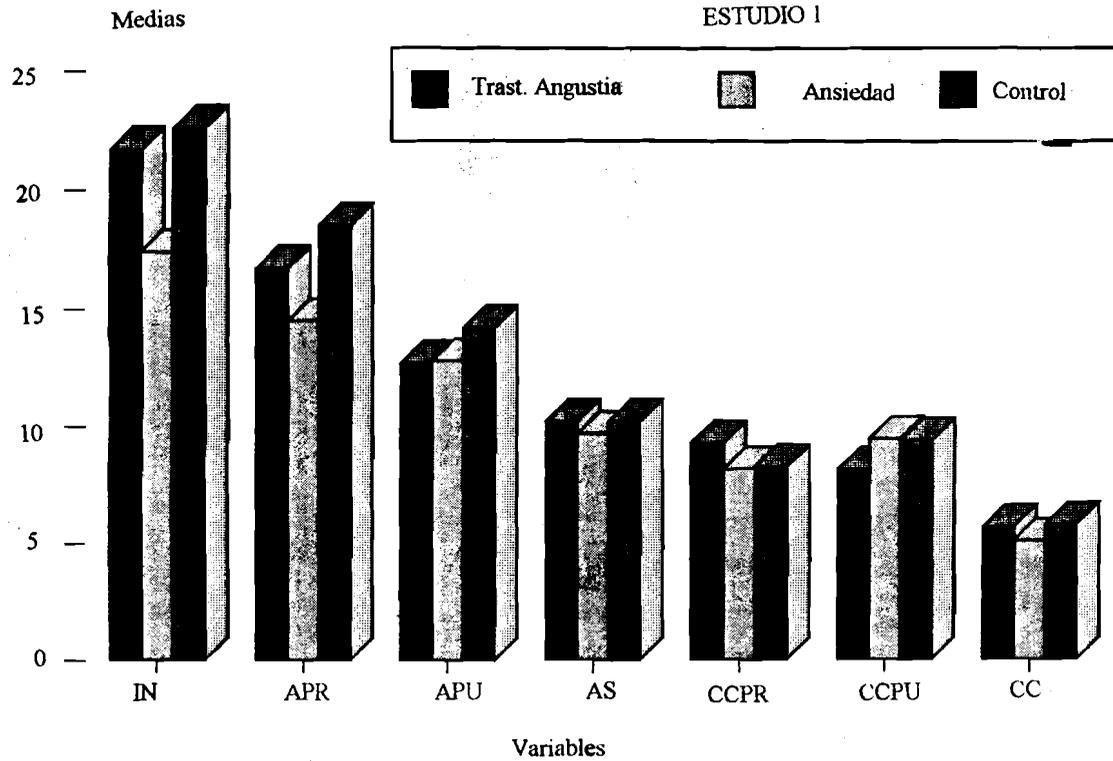
NOTA: \* (probabilidad igual o mayor de 0.05)  
 \*\* (probabilidad igual o mayor de 0.01)  
 \*\*\* (probabilidad igual o mayor de 0.001)

IN: Introspección; APR: Autoconciencia Privada; APU: Autoconciencia Pública; AS: Ansiedad Social; CCPR: Conciencia Corporal Privada; CCPU: Conciencia Corporal Pública; CC: Competencia Corporal

**FIGURA 1.- Autoconciencia y conciencia corporal**



**FIGURA 2.- Autoconciencia y conciencia corporal**



En las figuras número 1 y 2 representamos las medias obtenidas por los distintos grupos en las variables analizadas en este primer estudio donde se puede ver claramente lo comentado con anterioridad.

## ESTUDIO 2

### Muestra

El estudio número 2 fue realizado con el fin de superar las limitaciones inherentes a la muestra utilizada en el estudio número 1, explorando de nuevo los resultados obtenidos de este modo. Básicamente las limitaciones del estudio 1 residían en dos aspectos:

- a. El desigual número de sujetos en cada grupo.
- b. La composición del grupo control, a saber, jóvenes estudiantes universitarios de Psicología, podía hacer pensar en la posibilidad de que fueran variables como el nivel cultural o la edad las responsables de que los resultados obtenidos en el primer estudio estuvieran marcadamente en desacuerdo con los reflejados en la literatura al respecto.

De acuerdo con esto, la muestra utilizada para este segundo estudio estuvo compuesta del siguiente modo:

- a. Un grupo de pacientes con trastorno por angustia con o sin agorafobia, que fue exactamente el mismo que el utilizado para el estudio 1.
- b. Un grupo de pacientes que padecían algún problema de ansiedad distinto al trastorno por angustia. Este grupo estuvo integrado por los mismos sujetos que en el estudio 1, además de otros 8 pacientes atendidos en el Instituto Valenciano de Psicología que dirige la Dra. Gil. Los criterios de admisión para este estudio de los nuevos 8 pacientes fueron los mismos que para el resto del grupo.
- c. Por último, un grupo control integrado por sujetos que no presentarían ningún problema de ansiedad, con características de sexo, edad y nivel cultural idénticas a las del grupo con trastorno por angustia. Estas personas fueron extraídas de la población normal y los únicos criterios de admisión fueron además de los citados, el no presentar los criterios para el diagnóstico de ningún problema psicológico importante como ansiedad, depresión u otros, así como no padecer ninguna enfermedad física grave o crónica.

La composición total de la muestra, fue pues, la siguiente:

- a. 32 pacientes con trastorno por angustia.
- b. 32 pacientes con otros problemas de ansiedad
- c. 32 sujetos pertenecientes al grupo control sin problemas de ansiedad.

Por lo que se refiere al diagnóstico de los pacientes con trastorno por angustia y ansiedad, tal como se puede ver en la tabla número 6, de los 32 pacientes con trastorno por angustia, 23 llevaban asociado el diagnóstico de agorafobia y los 9 restantes estaban libres de este diagnóstico. En el grupo de pacientes con ansiedad, al igual que en el estudio anterior nos encontramos con que la mayor parte de los pacientes presentaban una fobia simple o habían sido diagnosticados de agorafobia sin historia de trastorno por angustia.

**TABLA 6.- Descripción de la muestra en función del tipo de trastorno (Estudio 2)**

	GR. ANGUSTIA	GR. ANSIEDAD	GR. CONTROL	TOTAL
TACA	23	0	0	23
TASA	9	0	0	9
ASTA	0	8	0	8
FSO	0	5	0	5
FSI	0	11	0	11
TOC	0	1	0	1
TEP	0	0	0	0
TAG	0	7	0	7
SINTRAST	0	0	32	32
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>96</b>

NOTA:

- TACA: Trastorno por angustia con agorafobia.  
 TASA: Trastorno por angustia sin agorafobia.  
 ASTA: Agorafobia sin trastorno por angustia.  
 FSO: Fobia social.  
 FSI: Fobia simple.  
 TOC: Trastorno obsesivo compulsivo.  
 TEP: Trastorno por estrés posttraumático.  
 TAG: Trastorno de ansiedad generalizada.  
 SIN TRAST: Sin trastornos psicológicos.

**TABLA 7.- Descripción de la muestra en función del sexo (Estudio 2)**

	GR. ANGUSTIA	GR. ANSIEDAD	GR. CONTROL	TOTAL
HOMBRE	12	9	12	33
MUJER	20	23	20	63
TOTAL	32	32	32	96

**TABLA 8.- Descripción de la muestra en función de la edad (Estudio 2)**

	GR. ANGUSTIA	GR. ANSIEDAD	GR. CONTROL	TOTAL
15-20	1	2	1	4
21-30	10	10	10	30
31-40	11	10	11	32
41-50	9	6	9	24
51-60	0	3	0	3
61-70	1	1	1	3
TOTAL	32	24	32	96

En cuanto a la descripción de la muestra en la variable sexo (tabla número 7), hay que decir que de nuevo en los tres grupos las mujeres están más representadas que los hombres.

Como se puede apreciar en la tabla número 8, la edad de los sujetos que comprenden la muestra en este segundo estudio está bastante más equilibrada entre los distintos grupos. En los tres grupos, la práctica totalidad de los sujetos se encuentra en el rango que oscila entre los 21 y los 50 años.

## INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO

En el presente estudio utilizamos exactamente los mismos instrumentos y procedimientos que en el estudio anterior.

## RESULTADOS

El procedimiento estadístico que se llevó a cabo con los datos del estudio 2 también fue idéntico al del estudio 1, esto es, análisis de varianza complementados con la prueba Scheeffé, todo ello dentro del programa estadístico SPSS/PC+.

**TABLA 9.- Resultados del análisis de varianza entre el grupo total de ansiedad y el grupo control (Estudio 2)**

	GR. TOTAL ANSIEDAD (N=56)		GR. CONTROL (N= 34)		F	P
	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT		
IN	20.5	6.4	15.0	5.7	16.99	***
APR	16.3	4.4	14.5	4.4	3.33	0.07
APU	13.1	3.7	10.8	4.1	7.57	**
AS	10.3	3.4	8.5	2.9	6.07	*
CCPR	8.9	2.4	6.3	2.7	22.13	***
CCPU	9.1	3.6	7.2	4.1	5.16	*
CC	5.6	2.1	5.4	2.1	0.33	0.57

NOTA: \* (probabilidad igual o mayor de 0.05)  
 \*\* (probabilidad igual o mayor de 0.01)  
 \*\*\* (probabilidad igual o mayor de 0.001)

IN: Introspección; APR: Autoconciencia Privada; APU: Autoconciencia Pública; AS: Ansiedad Social; CCPR: Conciencia Corporal Privada ; CCPU: Conciencia Corporal Pública; CC: Competencia Corporal

De nuevo, en un primer análisis comparamos las medias obtenidas en cada variable por el grupo total de pacientes con ansiedad y el grupo control.

Como se puede observar en la tabla número 9, los resultados que aparecen son marcadamente diferentes de los logrados con el estudio anterior. En primer lugar, los resultados de los ANOVA muestran diferencias significativas entre ambos grupos en las variables "Introspección" ( $p=0.001$ ), "Autoconciencia Pública" ( $p=0.01$ ), "Ansiedad Social" ( $p=0.05$ ), "Conciencia Corporal Privada" ( $p=0.001$ ) y "Conciencia Corporal Pública" ( $p=0.05$ ). No aparecieron diferencias significativas en los factores "Autoconciencia Privada" ( $p=0.07$ ) y "Competencia Corporal" ( $p=0.57$ ). En segundo lugar, tal como sería esperable de acuerdo con la literatura al respecto, el grupo total de ansiedad muestra medias bastante superiores en todos los factores a las del grupo control (excepto en "Competencia Corporal" como es lógico pensar si atendemos al contenido de este factor).

**TABLA 10.- Resultados del análisis de varianza entre los grupos de angustia, ansiedad y control (Estudio 2)**

	GR. ANGSTIA (N=32)		GR. ANSIEDAD (N=32)		GR. CONTROL (N= 32)		F	P
	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT		
IN	21.7	4.8	19.4	7.6	15.0	5.7	9.71	*
APR	16.7	3.5	15.8	5.1	14.5	4.4	2.05	0.13
APU	12.7	3.3	13.6	4.1	10.8	4.1	4.22	*
AS	10.2	3.1	10.3	3.8	8.5	2.9	3.01	*
CCPR	9.3	2.4	8.4	2.5	6.3	2.7	12.06	***
CCPU	8.2	3.4	9.9	3.7	7.2	4.1	4.34	
*CC	5.7	1.7	5.6	2.5	5.4	2.1	0.17	0.84

NOTA: \* (probabilidad igual o mayor de 0.05)  
 \*\* (probabilidad igual o mayor de 0.01)  
 \*\*\* (probabilidad igual o mayor de 0.001)

IN: Introspección; APR: Autoconciencia Privada; APU: Autoconciencia Pública; AS: Ansiedad Social; CCPR: Conciencia Corporal Privada; CCPU: Conciencia Corporal Pública; CC: Competencia Corporal

**FIGURA 3.- Autoconciencia y conciencia corporal**

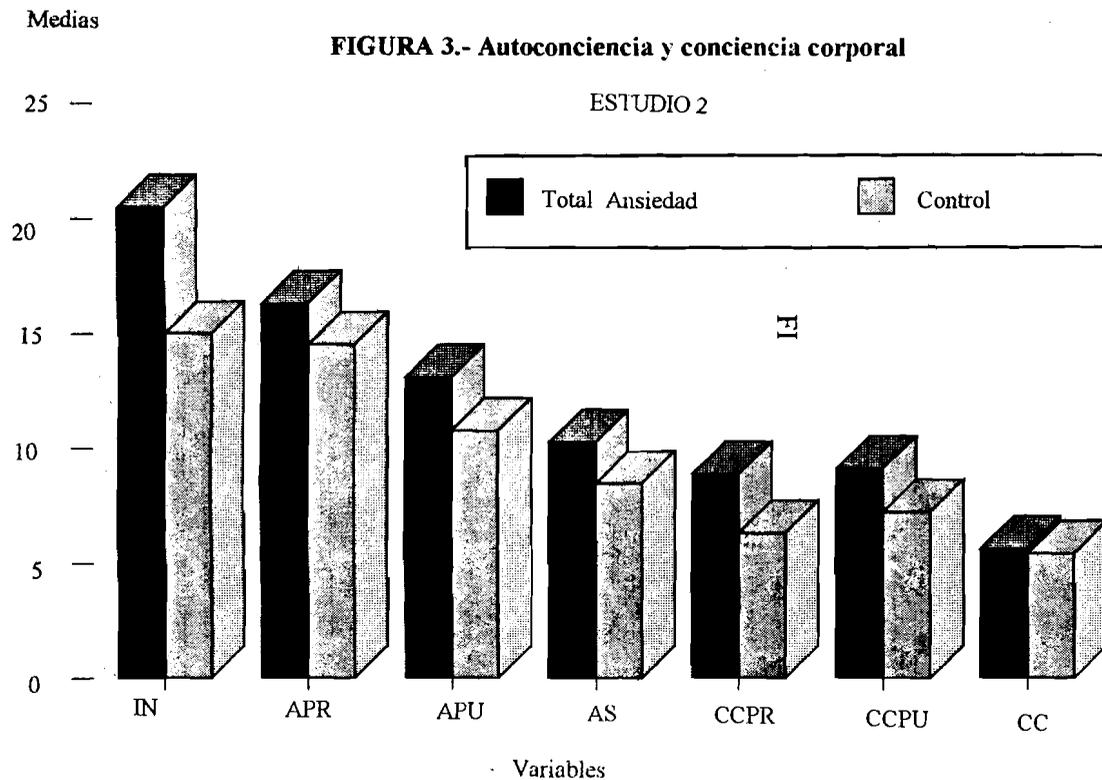
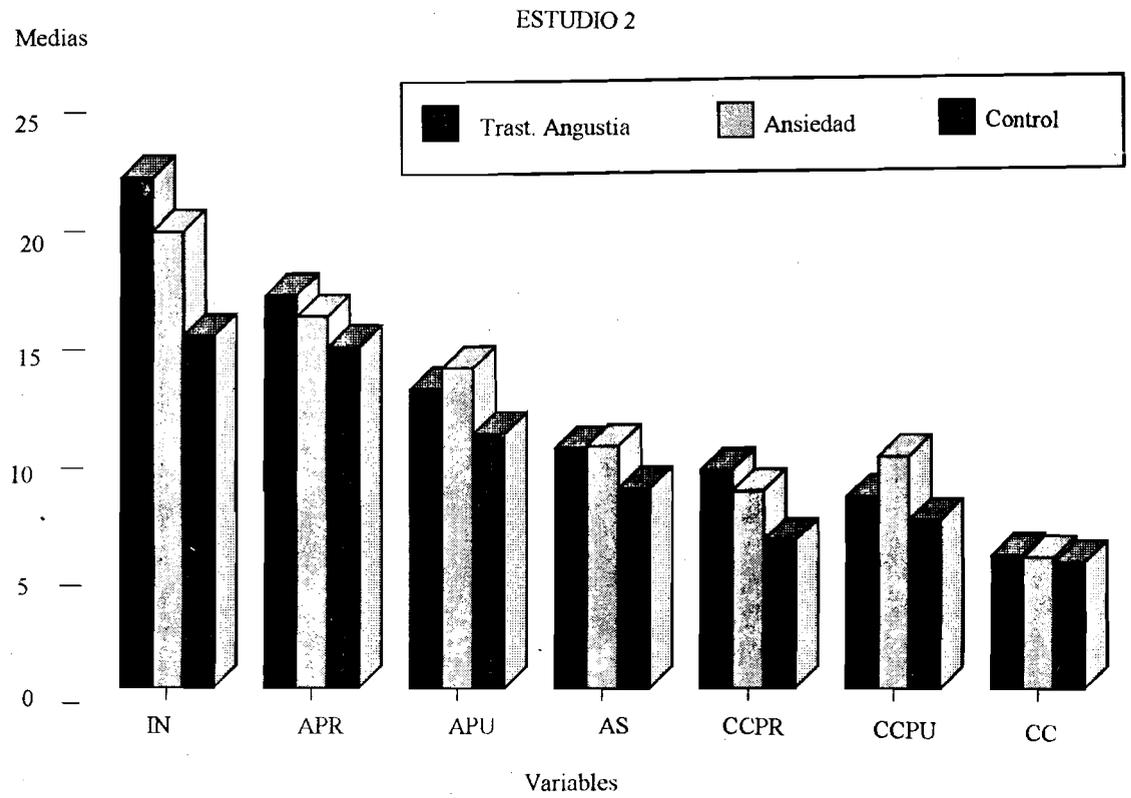


FIGURA 4.- Autoconciencia y conciencia corporal



En un segundo análisis, dividimos el grupo total de ansiedad en los subgrupos de pacientes con trastorno por angustia y pacientes con otros problemas de ansiedad. Como se aprecia en la tabla número 10, de nuevo los resultados de los ANOVA muestran diferencias significativas entre los grupos en las variables "Introspección" ( $p=0.001$ ), "Autoconciencia Pública" ( $p=0.05$ ), "Ansiedad Social" ( $p=0.05$ ), "Conciencia Corporal Privada" ( $p=0.001$ ) y "Conciencia Corporal Pública" ( $p=0.05$ ). No aparecieron diferencias significativas en los factores "Autoconciencia Privada" ( $p=0.13$ ) y "Competencia Corporal" ( $p=0.84$ ). Las pruebas Scheffé realizadas para comprobar entre qué pares de grupos se daban las diferencias significativas cuando éstas existían, mostraron que en las variables "Introspección", y "Conciencia Corporal Privada" las diferencias se daban entre el grupo control y los dos grupos restantes, pero no entre el grupo de trastorno por angustia y el grupo de ansiedad. Respecto a las variables "Autoconciencia pública" y "Conciencia Corporal Pública" las diferencias se establecen entre el grupo control y el grupo de ansiedad, pero no entre el grupo control y el de angustia, ni tampoco entre el grupo de ansiedad y el de angustia. Por último, si analizamos detenidamente las medias de los distintos grupos en cada variable, podemos observar que en todas las variables, el grupo control obtiene las medias inferiores. El grupo de trastorno por angustia destaca por obtener las más elevadas medias en las variables de contenido "privado" como son "Introspección", "Autoconciencia Privada" y "Conciencia Corporal Privada". Por el contrario, el grupo de ansiedad presenta la mayor puntuación en las variables de contenido "público" como son "Autoconciencia pública", "Ansiedad social" y "Conciencia Corporal Pública". Las medias obtenidas en el factor "Competencia corporal" son prácticamente idénticas en los tres grupos.

*En resumen*, podemos ver cómo los resultados de este segundo estudio se contraponen a los obtenidos en el primero ya comentado. En el primer análisis se aprecia cómo el grupo total de ansiedad presenta mayores niveles de introspección, autoconciencia privada (aunque no alcanza significación estadística) y pública, ansiedad social y conciencia corporal privada y pública que el grupo compuesto por personas sin problemas psicológicos de ningún tipo. Cuando afinamos en un segundo análisis al dividir el grupo total de ansiedad en los subgrupos de ansiedad y trastorno por angustia, las diferencias significativas se mantienen en todas las variables estableciéndose en algunos casos entre el grupo control y los otros dos grupos y en otros casos

entre el grupo control y el grupo de ansiedad, pero nunca entre el grupo de angustia y el de ansiedad.

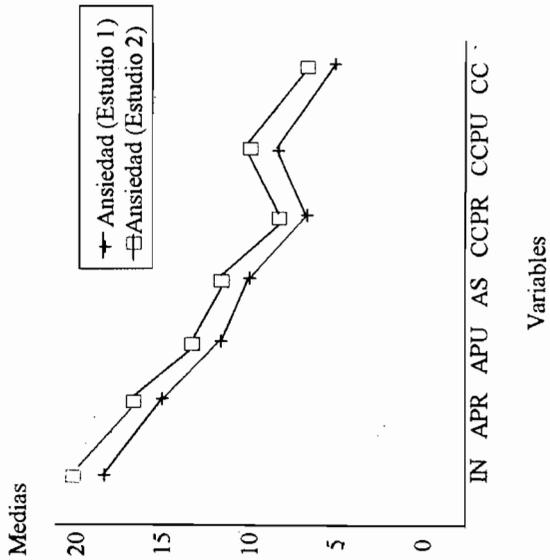
En las figuras número 3 y 4 representamos las medias obtenidas por los distintos grupos en las variables analizadas en este segundo estudio.

## **DISCUSION**

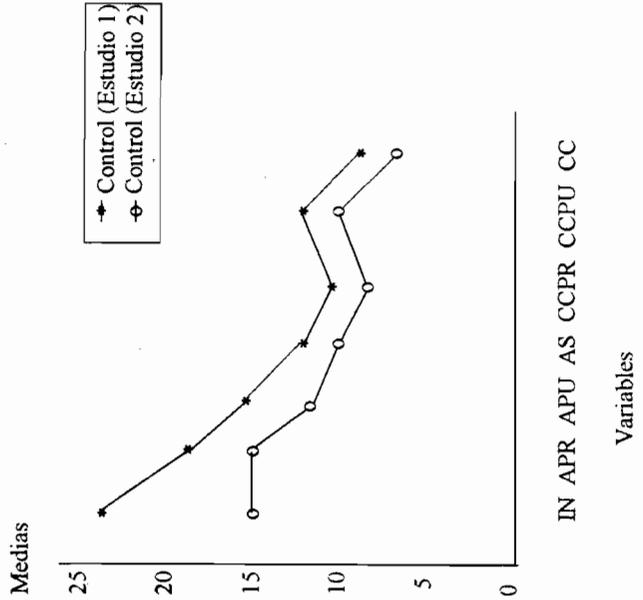
A la luz de los resultados expuestos en el presente trabajo, podríamos concluir que los pacientes con trastornos de ansiedad se caracterizan por mayores niveles de introspección, autoconciencia privada y pública, ansiedad social y conciencia corporal privada y pública cuando son comparados con sujetos sin problemas psicológicos. Esto es, estos pacientes parecen dedicar una buena parte de su tiempo a pensar acerca de sí mismos e intentar comprender sus sentimientos y emociones, así como la opinión que los demás se crearán acerca de su comportamiento. Por otra parte, también se manifiestan como sujetos que dirigen su atención frecuentemente hacia aspectos internos (frecuencia cardíaca...) y externos (aparición física) de su cuerpo. Sin embargo, los resultados obtenidos en el estudio 1 (Ballester, 1992) parecen indicar que variables como la edad y, sobre todo, el nivel cultural ejercen un efecto modulador en estos factores, lo que explicaría que en este primer estudio el grupo control obtuviera mayores puntuaciones que los pacientes con problemas de ansiedad. Este sesgo posiblemente se incrementó más por tratarse de estudiantes universitarios del último curso de psicología ya que resulta probable que una buena parte de estos alumnos estuvieran interesados en los problemas psicológicos de sí mismos o de los demás (como causa o consecuencia del tipo de carrera universitaria). El resultado se debió, sin duda alguna, a defectos metodológicos respecto al balanceo de estas variables en los distintos grupos que componían la muestra. En este sentido, Mechanic advirtió que la introspección podía verse incrementada no sólo por la existencia de problemas físicos o psicológicos sino también porque el sujeto estuviese atravesando una etapa crucial en su ciclo vital, como lo puede ser la adolescencia o primera juventud, y que cierto nivel cultural podría ser necesario para el desarrollo de esta disposición (Hansell y Mechanic, 1985). En la figura número 5 presentamos de forma gráfica las diferentes medias obtenidas en los estudios 1 y 2 por los grupos de ansiedad y control. Se puede comprobar la ausencia de variaciones importantes en el

**FIGURA 5.- Perfil comparativo (Estudios 1-2)**

PAC. CON ANSIEDAD (NO TRAST. ANGUSTIA)



SUJETOS CONTROL



grupo de ansiedad, a diferencia de lo que ocurre con el grupo control. Por otra parte, consideramos que los resultados encontrados en ambos estudios son un buen ejemplo de lo importante que resulta en nuestra disciplina el control de variables moduladoras que pueden estar mediando en nuestros datos.

El mayor nivel de introspección encontrado en los pacientes con problemas de ansiedad parece estar de acuerdo con la literatura existente. En un trabajo realizado en 1977 Mechanic encontró que la introspección, evaluada mediante una escala de 3 ítems estaba asociada con un índice de ansiedad y depresión y también con un índice de síntomas físicos comunes. La introspección fue el predictor más importante de estas variables. Este resultado fue obtenido también por De Maio (1990) en un estudio similar. Otro trabajo de Hansell y Mechanic (1985) evidenció una relación positiva moderada entre introspección y distrés psicológico (0.41), síntomas físicos (0.27) y una relación negativa entre el grado de introspección y la autoestima (-0.23). Por último, en un estudio realizado por Hansell, Mechanic y Brondolo (1987) con adolescentes de 12 a 18 años, la introspección correlacionó positivamente con el grado de depresión, ansiedad y síntomas físicos.

Por lo que respecta a la autoconciencia son numerosos los estudios que desde hace algunos años vienen destacando la relación entre esta disposición y problemas emocionales como la ansiedad y la depresión. Centrándonos en la ansiedad, Dickstein, Wang y Whitaker (1981) mostraron que tanto la autoconciencia privada como la pública correlacionan significativamente con la ansiedad rasgo medida por el STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1968). Así mismo, Wells (1985) encontró que las personas que puntuaban alto en autoconciencia, cuando se enfrentaban a una situación amenazante, exhibían una mayor ansiedad estado que las personas con una menor disposición autoatencional. En este trabajo se vio de nuevo que la autoconciencia privada correlacionaba positivamente con la ansiedad rasgo y con el nivel de preocupaciones de las personas que se enfrentaban a dicha situación amenazante. En otro trabajo de este mismo autor (Wells, 1991), se obtuvo una correlación positiva significativa entre autoconciencia privada y el informe de síntomas somáticos en situaciones estresantes, lo que le llevó a concluir que ciertas tendencias o sesgos autoatencionales están asociados con la elicitación y exacerbación de la ansiedad. Un alto nivel de autoconciencia también parece estar asociado con estados clínicos de ansiedad tales como el trastorno de pánico y la agorafobia (Clark, 1986; Goldstein y Chambless, 1978). Estos pacientes suelen estar hipervigilantes respecto a los

síntomas somáticos y cognitivos que son valorados de forma catastrófica (Beck, 1988). Por último, en un estudio no publicado, Wells (1987) comparó 28 pacientes con ansiedad y 16 sujetos normales pertenecientes a un grupo control encontrando un nivel significativamente mayor de autoconciencia privada en el grupo de pacientes con ansiedad.

Por lo que respecta a la relación entre conciencia corporal y ansiedad hay que decir que la literatura existente es mucho más escasa. El primer estudio a destacar fue el de Miller, Murphy y Buss (1981) en el que se encontró que los individuos con una alta conciencia corporal privada eran más sensibles ante los cambios corporales producidos por la cafeína, presentaban más ansiedad e interpretaban de forma más negativa su estado cuando eran comparados con individuos con baja conciencia corporal. Ahles, Cassens y Stalling (1987) en un estudio similar hallaron idénticos resultados. Si bien con nombres distintos al de conciencia corporal tales como interocepción (Ehlers, 1989; Ehlers y Margraf, 1989), hipervigilancia (Clark, 1988), y atención selectiva de aspectos somáticos (Ehlers, Margraf, Davies y Roth, 1988; Ehlers, Margraf y Roth, 1988) entre otros, cada vez son más los estudios que enfatizan la importancia que tiene la tendencia a dirigir la atención hacia aspectos corporales internos en los pacientes con trastorno por angustia.

Volviendo a los resultados hallados en nuestro trabajo, y si analizamos más detalladamente los datos, podemos concluir que el grupo de pacientes con trastorno por angustia no presenta una especificidad estadísticamente significativa respecto a las variables de autoconciencia y conciencia corporal cuando es comparado con el grupo de pacientes con otros problemas de ansiedad. Sin embargo, si bien esto es cierto (no existen diferencias significativas en las distintas variables), cabe remarcar que los pacientes con trastorno por angustia obtienen medias superiores (importantes desde un punto de vista clínico) a las de los pacientes con otros problemas de ansiedad en las variables que tienen un carácter "privado" por referirse más a aspectos íntimos y personales del sujeto tales como la introspección, la autoconciencia privada y la conciencia corporal privada. Esto sería explicable si tenemos en cuenta el carácter de la amenaza percibida por estos pacientes de contenido marcadamente distinto a la que caracteriza a pacientes con otros problemas de ansiedad. Estos puntúan, sin embargo, más alto en variables con un contenido "público" tales como la autoconciencia pública o la conciencia corporal pública lo que muestra una mayor preocupa-

ción por la percepción que los demás tendrán de ellos. En este sentido, tal vez el hecho de que cinco pacientes con fobia social formen parte de la muestra puede ayudar a interpretar estos datos. Por último, nos gustaría remarcar el alto nivel de conciencia corporal privada que caracteriza a los pacientes con trastorno por angustia por cuanto que a nuestro parecer este resultado complementa el alto nivel de hipocondría que hemos hallado en estos pacientes (Ballester y Botella, 1993).

Un aspecto que queda sin dilucidar a partir de nuestros datos es la dirección de la causalidad entre las variables de autoconciencia y conciencia corporal y la ansiedad. Con los resultados de que disponemos podemos afirmar la existencia de una relación entre la autoatención y la ansiedad. Pero ¿es un alto grado de autoconciencia el que lleva a un sujeto a experimentar más problemas psicológicos y síntomas físicos?. O, por el contrario ¿el sujeto con problemas de uno u otro tipo se ve obligado a aumentar el grado de atención que dirige a sí mismo como consecuencia de su problema?. Para poder profundizar sobre este tema serían necesarios estudios longitudinales en que se controlasen todas estas variables.

Como comentario final sólo nos quedaría resaltar la conveniencia de que los tratamientos cognitivo-comportamentales al uso para los problemas de ansiedad no sólo tengan en cuenta la importancia de los factores atencionales en el desarrollo de los trastornos (cuestión que a veces ha sido relegada en pro de la importancia de los pensamientos ansiógenos) sino también el contenido privado o público de estas tendencias atencionales. En este sentido, Wells (1990) mostró que un procedimiento de entrenamiento atencional conseguía eliminar las crisis de angustia y reducir la ansiedad en pacientes con este trastorno. Parece, por tanto, que la eficacia de la terapia cognitiva para la ansiedad podría aumentar introduciendo procedimientos que modifiquen la tendencia autoatencional característica de estos pacientes.

## NOTA

Los estudios cuyos resultados aportamos en el presente artículo fueron posibles gracias a la ayuda de investigación PS91-0136 concedida por la Subdirección General de Promoción de la Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia.

## BIBLIOGRAFIA

- Ahles, T., Cassens, H. & Stalling, R. (1987). Private body consciousness, anxiety and the perception of pain. *J. of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, *18* (3), 215-222.
- Ballester, R. (1992). Análisis de los actuales planteamientos cognitivos acerca del trastorno de pánico y el concepto de conducta de enfermedad. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia.
- Ballester, R. & Botella, C. (1993). Perfil de conducta de enfermedad en pacientes con crisis de angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*, vol 19. 64, 233-265.
- Baños, R. & Belloch, A. (1990). Autocon(s)ciencia y depresión: viajando a través del espejo. *Boletín de Psicología*, *26*, 7-31.
- Beck, A.T. (1988). Cognitive approaches to panic disorders: Theory and Therapy. In S. Rachman & J. Maser (eds). *Panic: Psychological Perspectives* (pp 91-109). New Jersey. Erlbaum.
- Burgio, K., Merluzzi, T. & Pryor, J. (1986). Effects of performance expectancy and self-focused attention on social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(6), 1216-1221.
- Carver, C. (1978). A cybernetic model of self-attention processes. *J. of Personality and Social Psychology*, *37*, 1251-1281.
- Carver, C. & Scheier, M.F. (1981). Attention and self-regulation: a control theory approach to human behaviour. New York. Springer-Verlag.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, *24*, 461-470.
- 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. & Lawrence, S. (1989). Self-focused attention and public speaking anxiety. *Personality and Individual Differences*, *10*(8), 903-913.
- De Maio, M. (1990). Mediators of daily stress and perceived health status in adolescent girls. *Nursing Research*, *39* (6), 360-364.
- Dickstein, L.S., Wang, N. & Whitaker, A. (1981). Private self-consciousness, public self-consciousness and trait anxiety. *Psychological Reports*, *48*, 518.
- Dollinger, S., Greening, L. & Lloyd, K. (1987). The mirror and the mask. Self-focused attention, evaluation anxiety and the recognition of psychological implications. *Bulletin of the Psychonomic Society*, *25*(3), 167-170.
- Duval, S. & Wicklund, R.A. (1972). A theory of the objective self-awareness. New York. Academic Press.
- Echevarria, A., Martínez, B., Páez, D. & 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. (1989). The psychophysiological model of panic attacks. In P. Emmelkamp, W. Everaerd, F. Kraaimaat & M. Van Son (eds). *Fresh perspectives on anxiety disorders*, 1-30. Amsterdam: Swets and Zeitlinger.
- Ehlers, A., Margraf, J., Davies, S. & Roth, W.T. (1988). Selective processing of threat cues in subjects with panic attacks. *Cognition and emotion*, 2, 201-209.
- Ehlers, A., Margraf, J. & Roth, W.T. (1988). Selective information processing, interoception and panic attacks. In I. Hand & H. U. Wittchen (eds). *Panic and Phobias II* (pp 129-148). Berlin: Springer.
- Fenigstein, A., Scheier, M.F. & Buss, A.H. (1975). Public and private self-consciousness: assessment and theory. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (4). 522-527.
- Fischer, S. (1968). *Body image and personality*. New York, Dover.
- Flett, G., Blankstein, K. & Boase, P. (1987). Self-focused attention in test anxiety and depression. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 2(2). 259-266.
- Gibbons, F., Smith, T., Ingram, R., Pearce, K., Brehm, S. & Schroeder, D. (1985). Self-awareness and self-confrontation: effects of self-focused attention on members of a clinical population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 662-675.
- Goldstein, A.J. & Chambless, D.L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 47-59.
- Hansell, S. & Mechanic, D. (1985). Introspectiveness and adolescent symptom reporting. *J. of Human Stress, Winter*, 165-176.
- Hansell, S., Mechanic, D. & Brondolo, E. (1987). Introspectiveness and adolescent development. *J. of Youth and Adolescence*,
- Hass, R. & Eisenstadt, D. (1990). The effects of self-focused attention on perspective-taking and anxiety. Special issue: Self-directed attention, motivation, flight and distress. *Anxiety Research*, 2(3). 165-176.
- Hope, D., Gansler, D. & Heimberg, R. (1989). Attentional focus and causal attributions in social phobia: implications from social psychology. *Clinical Psychology Review*, 9(1). 49-60.
- Houston, D. (1989). The relationship between cognitive failure and self-focused attention. *British Journal of Clinical Psychology*, 28(1). 85-86.
- Ingram, R. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107, 156-176.
- Matthews, G. & Wells, A. (1988). Relationships between anxiety, self-consciousness and cognitive failure. *Cognition and Emotion*, 2 (2). 123-132.
- Mechanic, D. (1962). The concept of illness behaviour. *J. of Chronical Diseases*, 15, 189-194.
- Mechanic, D. (1977). Illness behaviour, social adaptation and the management of illness. *The J. of Nervous and Mental Disease*, 165 (2). 79-87.

- Mechanic, D. (1979). The stability of health and illness behaviour: results from a 16-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 69 (11), 1142-1145.
- Mechanic, D. (1980). The experience and reporting of common physical complaints. *J. of Health and Social Behaviour*, 21, 146-155.
- Mechanic, D. (1983). Adolescent health and illness behaviour: Review of the literature and a new hypothesis for the study of stress. *J. of Human Stress*, June, 4-12.
- Mechanic, D. (1986). The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*, 16, 1-7.
- Mechanic, D. & Greenley, J.R. (1976). The prevalence of psychological distress and help-seeking in a college student population. *Social Psychiatry*, 11, 1-14.
- Miller, L.C., Murphy, R. & Buss, A.H. (1981). Consciousness of body: private and public. *J. of Personality and Social Psychology*, 41(2), 397-406.
- Pennebaker, J.W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York. Springer-Verlag.
- Pennebaker, J.W. & Skelton, J.A. (1978). Psychological parameters of physical symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4, 524-530.
- Pyszczynski, T. & Greenberg, J. (1985). Depression and preference for self-focusing stimuli after success and failure. *J. of Personality and Social Psychology*, 49 (4), 1066-1075.
- Rich, A. & Woolever, D. (1988). Expectancy and self-focused attention: experimental support for the self-regulation model of test anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7(2-3), 246-259.
- Smith, T., Ingram, R. & Roth, D. (1985). Self-focused attention and depression: self-evaluation, affect and life stress. *Motivation and Emotion*, 9(4), 381-389.
- Wells, A. (1985). Relationship between private self-consciousness and anxiety scores on threatening situations. *Psychological Reports*, 1985, 57, 1063-1066.
- Wells, A. (1987). Self-attentional processes in anxiety: an experimental study. Tesis doctoral no publicado. Aston University.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: an attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A. (1991). Effects of dispositional self-focus, appraisal attention instructions on responses to a threatening stimulus. *Anxiety Research*, 3, 291-301.