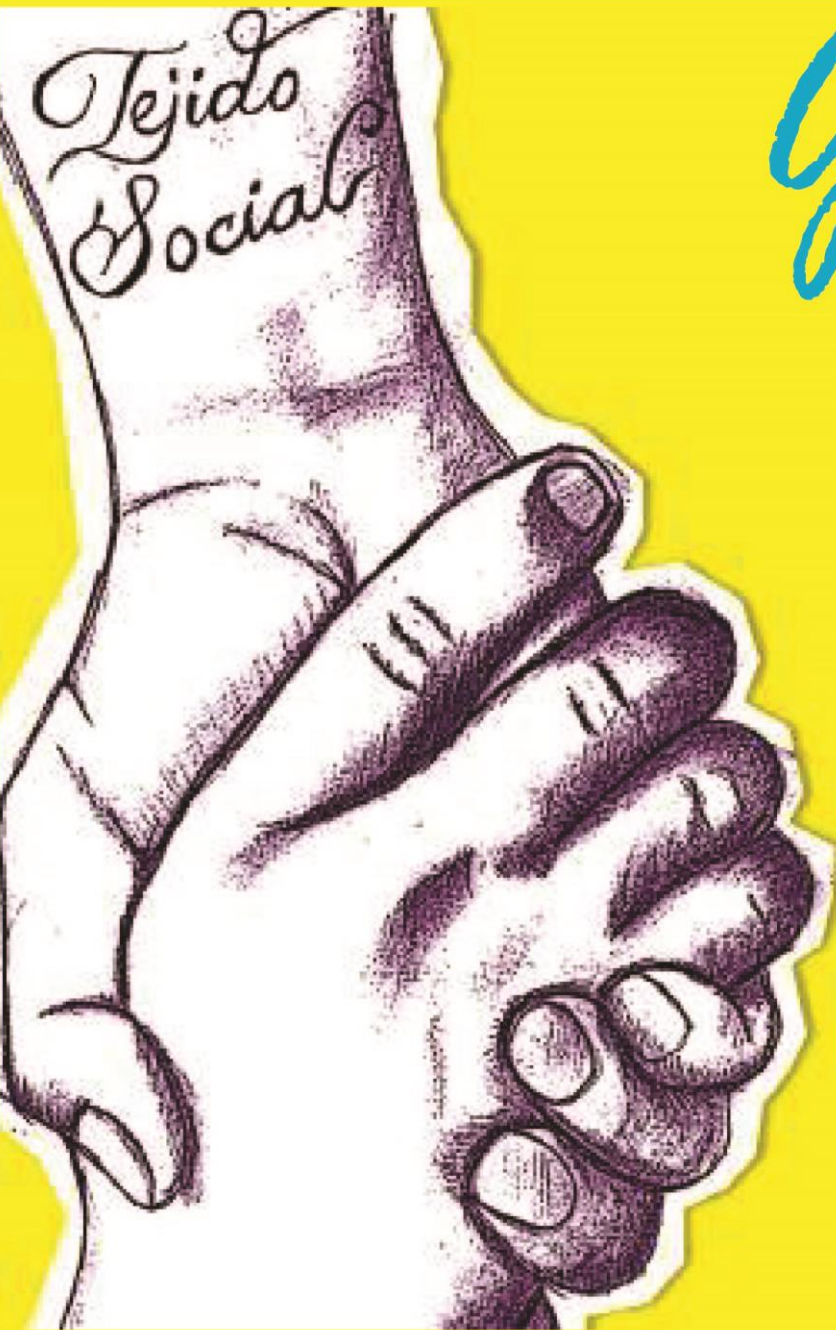
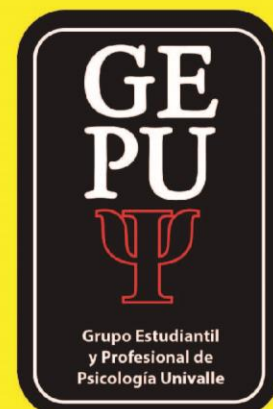


REVISTA DE PSICOLOGÍA

GEPU



GRUPO ESTUDIANTIL
Y PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
UNIVALLE



VOLUMEN
42
NUMERO

DICIEMBRE, 2013



REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 4 No. 2 – Diciembre de 2013
ISSN 2145-6569



Editora

Luz Adriana Rodríguez Vergara
larovr@gmail.com

COMITÉ EDITORIAL

Andrey Velásquez Fernández
Red Unidos - ANSPE

Nataly Chacon Morales
GEPU

Rosa Marínela Chaves
Universidad del Valle

Juan Fernando Rosero Gil
CEUV

Natciely Morales Ocampo
GEPU

Wilson Lozano Medina
Círculo Social del Self

Luz Stephania Trejos
Universidad del Valle

German Perdomo
Universidad del Valle

Angela Cano
Universidad del Valle

Sheila Gomez
GEPU

CONSULTORES NACIONALES

Leonel Valencia Legarda
Universidad San Buenaventura

Jorge Alexander Daza
Universidad Católica de Pereira

Andrés de Bedout Hoyos
Universidad San Buenaventura

Ximena Ortega Delgado
Universidad Mariana

Daniel Hurtado Cano
Universidad Manuela Beltrán

CONSULTORES INTERNACIONALES

Marcela Alejandra Parra
Universidad Autónoma de Barcelona

Blanca Hurtado Caceda
Universidad Alas Peruanas

María Amparo Miranda Salazar
Universidad del Valle de México

Adriana Savio Corvino
Universidad de la República

Hilda Janett Caquias
Escuela de Medicina de Ponce

COORDINADORES DE DISTRIBUCION

Margarita Ojeda
Asociación Paraguaya de Neuropsicología

Mario Rosero Ordoñez
Universidad Mariana

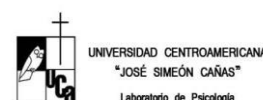
Nora Couso
Área de Medición Educativa Provincia del
Chubut de Argentina

Pablo Antonio Vásquez
Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica
y la Salud Mental

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



Agradecimientos especiales en este número a la Asistentes Editorial Adriana Narvaez Aguilar. La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio 385, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle.

Hecho en Colombia - Sudamérica.

Safe Creative Código 1405080824994

Revista de Psicología GEPU Vol. 4 No. 2 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol.-4-No.-2.htm>



Diseño y Validación de la Escala Multidimensional de Autoconsciencia (EMDA) en Población Mexicana

Design and Validation of Multidimensional Scale of Self-consciousness (EMDA) in the Mexican Population

Por: Lilia Mestas Hernández* & Judith Salvador Cruz**

Universidad Nacional Autónoma de México / México

Referencia Recomendada: Mestas-Hernández, L., & Salvador-Cruz, J. (2013). Diseño y validación de la Escala Multidimensional de Autoconsciencia (EMDA) en población Mexicana. *Revista de Psicología GEPU*, 4 (2), 110-124.

Resumen: La autoconsciencia es el nivel de integración de información más elevado de la conducta humana y proporciona los instrumentos necesarios para valorar lo adecuado o inadecuado de los modelos mentales de conducta, aspecto que es fundamental para la vida en sociedad (Stuss, Pinckton y Alexander, 2001). A pesar de ello, existen pocos instrumentos que integren los avances en el estudio de este tema. El propósito de esta investigación fue diseñar y validar una escala multidimensional de autoconsciencia (EMDA) que incluyó tres dimensiones basadas en una perspectiva neuropsicológica. Participaron de manera voluntaria 317 personas con edades que oscilaron entre los 17 y 68 años, reclutados de la Ciudad de México y del área conurbada. Se encontraron seis factores finales y un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,77. Los componentes encontrados hacen referencia a la reflexión, detección, y descripción propias, además de dimensiones de auto-reconocimiento, acción efectiva y teoría de la mente. Estos hallazgos refuerzan la evidencia reciente que caracteriza a la autoconsciencia como un constructo multidimensional. Asimismo, se discuten en relación a la afectación diferencial en algunas patologías neurológicas y psiquiátricas.

Palabras Clave: Fenigstein, Consciencia Secundaria, Cultura, Enfermedades Neurológicas, Rehabilitación.

Abstract: Self-consciousness is the highest level of integrating information of human behavior and provides the necessary tools to assess the adequacy or inadequacy of behavior mental models, something that is fundamental to social life (Stuss, Pinckton and Alexander, 2001). However, there are few instruments that integrate advances in the study of this subject. The purpose of this research was to design and validate a multidimensional scale of self-consciousness (EMDA) that included three dimensions based on a neuropsychological perspective. 317 people participated voluntarily with ages ranging between 17 and 68 years, recruited from Mexico City and metropolitan area. We found six final factors and a Cronbach's Alpha coefficient of 0.77. The components found make reference to reflection, detection, and own description; plus dimensions of self-recognition, effective action and theory of mind. The findings are discussed in relation to differential affectation in some neurological and psychiatric disorders, also reinforce recent evidence that characterizes self-consciousness as a multidimensional construct. **Key Words:** Fenigstein, Secondary Consciousness, Culture, Neurologic Diseases, Rehabilitation..

Recibido: 13 de Octubre de 2012

Aprobado: 30 de Mayo de 2013

* Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, C/ Batalla 5 de Mayo s/n. Esquina Fuerte de Loreto. Colonia Ejército de Oriente. 09230 - México DF (México). Correo electrónico: lilia_mestas@yahoo.com.mx

** C/ Batalla 5 de Mayo s/n. Esquina Fuerte de Loreto. Colonia Ejército de Oriente. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, 09230 - México DF (México). Correo electrónico: salvadci@gmail.com

La autoconsciencia refleja la capacidad para reflexionar acerca de las experiencias propias.

Zeman (2001), Panksepp (2005) y Morín (2006) la definen como la reflexión que se origina de la capacidad para dirigir la atención propia hacia uno mismo, enfocándose tanto al ambiente interno como externo. Este autoexamen se basa en el procesamiento de información personal (o auto-información) para la comprensión de nuestra conducta y la de los otros, basándonos en deseos y creencias propias. De la misma forma, permite al individuo ubicarse a sí mismo en el pasado y el futuro para poder planificar sus actividades cognitivas. En este sentido, la autoconsciencia proporciona los instrumentos necesarios para valorar lo adecuado o inadecuado de los modelos mentales de conducta, aspecto que es fundamental para la vida en sociedad (Stuss, Pincton y Alexander, 2001). Esta cualidad sustenta lo que se conoce como auto-regulación, referida a la habilidad para utilizar la retroalimentación interna y externa con el fin de controlar la variedad y calidad de las conductas mostradas. Este proceso resulta de vital importancia en situaciones donde se necesita que el sujeto cambie el curso del pensamiento o acción de acuerdo a un contexto en particular. Carver y Scheier, (1991) consideran que las personas al establecer metas, estándares, e intenciones para sí mismos, los utilizan como puntos de referencia para guiar su conducta, es decir, cuando se actúa, las personas, autoatentivamente monitorizan sus acciones en relación a esos valores de referencia (véase Jiménez, 2005).

Aunque se han realizado aportaciones desde diferentes áreas del conocimiento para la mejor comprensión de la autoconsciencia, no

se ha ahondado de manera exhaustiva en la definición y en consecuencia, en el diseño de herramientas de evaluación clínica. De esta carencia se deriva una necesidad real de disponer de herramientas actualizadas acordes al avance en este campo de estudio y que sean validadas en la población donde se desea utilizar (Ruipérez y Belloch, 2003). Considerando el progreso en el campo de las ciencias cognitivas, y específicamente, en el de la neurociencia cognitiva, la reconceptualización teórica del constructo orientaría la creación de nuevas escalas que incluyan factores culturales en el análisis y dimensiones no atendidas en instrumentos previos.

Ejemplo de ello es la escala de autoconsciencia desarrollada por Feningstein, Scherier y Buss (1976), que ha sido la herramienta elegida por antonomasia para la evaluación de la autoconsciencia; sin embargo, debido a que fue creada hace varias décadas, no incluye dimensiones o aspectos que actualmente se conocen, y forman parte de este constructo. Feningsten et al. (1976) concebían la autoconsciencia como la capacidad de un organismo para centrar su atención en algunos aspectos del self y a partir de esta tesis, desarrollaron una escala que ha sido usada y modificada en diferentes investigaciones (Scheier y Carver, 1985) o trasladada a otros idiomas (Ruganct, 1995). La estructura inicial de esta escala se refería a tres componentes de la autoconsciencia: a) la privada, b) la pública y, c) la ansiedad social. Sin embargo, estudios posteriores incluyeron subcomponentes en la dimensión privada y en la pública (Mittal y Balasubramanian, 1987), aunque sin aportar cambios a la definición del constructo. Posteriormente, Prigatano y Fordyce (1986) diseñaron la Patient Competency Rating Scale

(PCRS) (Prigatano et al., 1986), que también ha sido utilizada de manera frecuente en diversos estudios para evaluar la consciencia de déficits, o como una medida de autoeficacia (García-Molina, Bernabeu Guitart y Roig-Rovira, 2010). Sin embargo, en este contexto, la autoconsciencia no sólo supone ser consciente de padecer una dificultad (lo que sería contrario a la anosognosia) (Mograbi, Brown y Morris, 2009), también implica el ser capaz de desempeñarse en términos relativamente adecuados en el ambiente (relacionado con la auto-regulación). Por lo tanto, en este sentido, la autoconsciencia podría interpretarse como la consecuencia de la actividad conjunta y simultánea de muchas dimensiones interaccionando tal vez de manera simultánea, y no en términos reduccionistas como se presenta en algunas propuestas. En concreto, y respecto a la auto-regulación, a pesar de ser un elemento fundamental para la conducta humana, es escaso el vínculo que se ha establecido con la autoconsciencia, sin embargo, existen datos que hacen énfasis en la relación entre alteraciones en la capacidad de auto-regulación, específicamente en el auto-monitoreo, y dificultades funcionales en pacientes con daño neurológico.

Otro de los elementos a tener en cuenta en la construcción de una escala de autoconsciencia, surge del hecho de que las personas son conscientes de sí mismos porque son conscientes de los otros (Bertou, 2008), y en este proceso juega un papel fundamental la socialización y el lenguaje. Tomando en cuenta estos elementos, se puede concluir que la autoconsciencia como un proceso auto-referencial, es cualitativamente más complejo y está menos definido que la consciencia del medioambiente (Laureys, Perrin y Brédart,

2007) y por lo tanto, debe incluir más dimensiones que las contenidas en escalas previas. Esta multidimensionalidad del constructo y en consecuencia de los instrumentos de evaluación, permitiría establecer un análisis más preciso del fenómeno y por tanto, un abordaje integral en un proceso rehabilitatorio. En este sentido, aunque existen diversos estudios enfocados al mejoramiento de la consciencia, pocos son los programas de intervención que han mostrado resultados satisfactorios a largo plazo (Fleming y Ownsworth, 2006), posiblemente por haberse centrado en aspectos aislados del problema (O'Keeffe, Dockree, Moloney, Carton y Robertson, 2007), por lo tanto, la inclusión de dimensiones distintas y/o complementarias redundarían en el mejoramiento de los pacientes en diversas áreas de la psicopatología y de enfermedades del campo de la neurología.

Uno de los aspectos mejor establecidos de la autoconsciencia y que en muchas ocasiones se ha tomado como sinónimo, es la capacidad de auto-reflexión, que alude al análisis de las situaciones en diferentes momentos de la vida de una persona, de sus capacidades, de los sentimientos generados a partir de sus vivencias para permitirle una visión anticipatoria del futuro y así guiar su conducta dentro de un contexto (Panksepp, 2005). Sin embargo, esta restricción de la autoconsciencia como introspección, ha dejado de lado aspectos de detección y reconocimiento propios que son elementos fundamentales de la autoconsciencia. En este sentido, la auto-detección se refiere a la consciencia de los estímulos que hacen contacto directamente con el cuerpo de las personas. Asimismo, abarca la información propioceptiva, que influye en nuestra imagen

corporal y nos proporciona información acerca de nuestra situación orgánica (hambre, sed, frío, etc.). También incluye la habilidad para reconocer nuestro cuerpo, es decir el auto-reconocimiento (Zeman, 2001). De esta manera, el procesamiento auto-referencial, distinguiría los estímulos relacionados a nosotros mismos de aquello que no es relevante para nuestro interés, para constituir el núcleo de nuestro self. Desde esta perspectiva, se distinguen aspectos públicos y privados del yo. Los de tipo privado consisten en eventos no observables externamente, por ejemplo la emoción, sensaciones fisiológicas, valores, motivos, etc., mientras que los públicos son atributos visibles como la conducta y la apariencia física (Laureys et al., 2007).

Aunado a ello, recientemente se ha considerado incluir aspectos específicos de la metacognición en el ámbito de la autoconsciencia, ya que si consideramos que ésta se define como “pensar sobre pensar” (Rahman y Masrur, 2011) elementos como la teoría de la mente serían decisivos en la integración de nuestras experiencias. La teoría de la mente, atañe a la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias (Abu-Akel y Shamay-Tsoory, 2011; Echeverry, 2012; Tirapú, Pérez, Erekatxo y Pelegrín, 2007). Esta habilidad consiste en la construcción de modelos mentales para poder explicar la conducta de otras personas basándose en la vida interior propia. De esta manera, con base en estados mentales propios, un sujeto puede inferir la existencia de experiencias similares en otros y desarrollar un modelo mental de la vida interior de las personas (Morín, 2006). Los elementos descritos previamente, podrían ser

componentes de la autoconsciencia y conferirle a ésta las cualidades tan complejas que presenta.

Todas las dimensiones propuestas en los párrafos anteriores, para su inclusión en una escala de autoconsciencia, tienen como objetivo principal, no sólo mejorar a nivel conceptual el conocimiento sobre este tópico de investigación, también pretende servir como referente clínico, de diagnóstico y rehabilitación, en diferentes trastornos. En este sentido, la literatura ha mencionado que en algunos padecimientos neurológicos y/o psiquiátricos existen alteraciones en la autoconsciencia (p. ej., Banks y Weintraub, 2008; Feinberg, 2011; Laureys, Perrin y Brédart, 2007; Ramírez y Ostrosky, 2008), que interfieren en el desempeño de los pacientes en su vida laboral, social y personal, además de repercutir en el tratamiento y en los gastos que se deben realizar para atender a esta población. A pesar de ello, en contextos clínicos, se le sigue dando poca importancia a las alteraciones en la autoconsciencia, aun cuando se conoce su vinculación con los procesos de recuperación, que involucran a su vez, un aumento en las posibilidades de integración y ajuste social de los pacientes, además de facilitar el proceso rehabilitador y las estrategias de afrontamiento utilizadas durante la enfermedad (Caballero-Coulon et al., 2007).

El propósito de este trabajo fue diseñar y validar una escala multidimensional de autoconsciencia (EMDA) en población mexicana retomando las dimensiones de auto-reflexión, auto-detección y teoría de la mente. La hipótesis de partida de esta investigación es que la autoconsciencia no puede ser considerada como un sinónimo de autoeficacia (Prigatano y Fordyce, 1986), y por

lo tanto, además de las dimensiones públicas, privadas y de ansiedad social que Feningstein et al. (1976) incluyeron, deben tenerse en cuenta dimensiones como la auto-detección y

la metacognición. Además, se piensa que pueden existir factores socio-culturales que marquen una diferencia en población sana. Los resultados obtenidos en esta escala

Tabla 1. Distribución de las variables sociodemográficas de la muestra seleccionada.

Variables	Distribución
Género	65% mujeres / 35% hombres
Edad (años)	[17-68], $M= 24,80$, $DT= 8,81$
Ocupación	Estudiantes
Escolaridad (años)	[3-22], $M= 13,83$, $DT= 2,99$

podrían ser aplicables en condiciones neurológicas y psiquiátricas, así como permitir una mejor comprensión de la relación entre la denominada cognición social (Allport, 1985) – habilidades necesarias para tener éxito en nuestras interacciones sociales–, la emoción y la autoconsciencia (Newen, Vogeley y Zinck, 2008).

MÉTODO

Participantes

Se usó un muestreo de participantes voluntarios (Kerlinger y Lee, 2002). Para determinar el tamaño de la muestra, se consultaron los criterios de validación dados por Geisinger (1994), Nunally y Bernstein (1995) y Carretero-Dios y Pérez (2005). El grupo final quedó conformado por 317 personas (véase tabla 1), seleccionadas tanto en el Distrito Federal como del Estado de México. Para asegurar que los participantes no presentaran historia de enfermedad

neurológica y/o psiquiátrica, se aplicó el Cuestionario de antecedentes neurológicos y psiquiátricos (Salvador y Galindo, 2006). De acuerdo a los criterios de exclusión, se descartaron a las personas que mostraron datos de farmacodependencia, retraso mental o dificultades de aprendizaje, debido a que tanto las instrucciones como las afirmaciones contenidas en el instrumento debían ser comprendidas en su totalidad.

Instrumento

El instrumento incluyó las siguientes dimensiones de la autoconsciencia: auto-reflexión, auto-detección y teoría de la mente. Se redactaron 157 afirmaciones de manera inicial (el número de reactivos elaborados estuvo determinado por la cantidad de indicadores derivados de la dimensión en particular, por lo tanto, 45 ítems se obtuvieron para cada una de las primeras dos dimensiones y 67 para la tercera, considerando la complejidad del concepto), eligiéndose aquellas que se consideró estaban más

vinculados al constructo de interés mediante un jueceo de expertos. Tres dictaminadores psicólogos y cuatro neuropsicólogos, determinaron los reactivos que integrarían el instrumento que sería sometido a validación.

Los criterios analizados para determinar su inclusión en el instrumento final estaban referidos respecto a su pertinencia con la definición de la dimensión y a su estructuración sintáctica. Se obtuvieron un total de 62 afirmaciones en total en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (“Nunca”, “Casi nunca”, “Casi siempre” y “Siempre”) debido a las características sintácticas de los reactivos y porque los investigadores consideraron que esta escala temporal de medición reflejaba de mejor manera el constructo de interés. Con cuatro opciones de respuesta, las afirmaciones se elaboraron atendiendo a las recomendaciones establecidas para las mismas (Nunally y Bernstein, 1995), ordenándose de manera azarosa dentro de la dimensión a la que correspondía.

Procedimiento

La aplicación fue realizada por los neuropsicólogos investigadores de manera personal y manteniéndose en todo momento cerca de los participantes para resolver cualquier duda. Se inició identificando los lugares donde se podía aplicar el instrumento incluyéndose una universidad en la ciudad de México y dos campus universitarios en el Estado de México. A los participantes se les explicó la naturaleza del estudio, diciéndoles

que el tiempo aproximado para responder la escala sería de 15 minutos e indicándoles que cada afirmación debería analizarse en función de si ese enunciado describía una actividad que ellos realizaban de manera habitual pero considerando las cuatro opciones de respuesta. Se enfatizó el hecho de responder a todos los campos y que cualquier duda les sería aclarada.

RESULTADOS

El instrumento fue sometido a un análisis factorial para probar su validez de constructo. Las respuestas de cada aplicación se vaciaron a una base de datos identificando aquellos en los que debía realizarse una recodificación. El análisis se realizó con el programa SPSS 15.0. Una vez creada la matriz de correlaciones, se procedió a realizar una prueba t de Student por cada reactivo de los 62 que contenía el instrumento, con el objetivo de determinar sobre qué ítems los participantes contestarían de manera distinta (es decir, que discriminaría el rendimiento en el grupo total ya que éstos contestarían de manera distinta esa afirmación, lo cual es un requisito para realizar el análisis factorial). Se halló que sólo 56 afirmaciones cumplían con esta característica. El índice de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin tuvo un valor de 0,818, mientras que el test de esfericidad de Bartlett asumió un valor de 4707, $p=0,000$, por lo que estos datos indican correlaciones adecuadas para su factorización.

Tabla 2. Factores, carga factorial y varianza total explicada después de la primera factorización

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	9,462	15,261	15,261	8,944	14,426	14,426	3,026	4,881	4,881
2	3,035	4,895	20,156	2,470	3,984	18,410	2,223	3,585	8,466
3	2,260	3,645	23,801	1,702	2,746	21,156	2,186	3,526	11,992
4	2,029	3,272	27,074	1,479	2,385	23,541	1,673	2,699	14,691
5	1,838	2,964	30,038	1,281	2,067	25,608	1,664	2,683	17,374
6	1,702	2,745	32,782	1,168	1,883	27,491	1,540	2,485	19,858
7	1,658	2,674	35,457	1,114	1,797	29,288	1,540	2,484	22,343
8	1,554	2,506	37,963	,991	1,598	30,887	1,416	2,284	24,627
9	1,520	2,452	40,415	,937	1,511	32,397	1,331	2,146	26,773
10	1,441	2,324	42,739	,880	1,420	33,817	1,280	2,064	28,837
11	1,383	2,230	44,969	,823	1,327	35,144	1,224	1,975	30,812
12	1,321	2,131	47,100	,762	1,228	36,372	1,102	1,777	32,589

La tabla 2 muestra cada factor con sus reactivos y respectiva carga factorial además del porcentaje de varianza explicada. Al factorizar por métodos de ejes principales con rotación ortogonal, se definió una estructura de 12 factores con un total 34 de elementos y

un alfa de Cronbach de 0,72. Al realizar una segunda factorización, se eliminaron seis de los factores iniciales obtenidos (puesto que los otros seis sólo contenían dos afirmaciones por lo que no se consideran factores).

Tabla 3. Segunda factorización al eliminar un elemento. Se muestra la varianza total explicada.

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,195	24,737	24,737	4,584	21,827	21,827	1,600	7,620	7,620
2	1,469	6,994	31,731	,831	3,959	25,786	1,539	7,330	14,950
3	1,347	6,413	38,144	,738	3,514	29,300	1,519	7,236	22,186
4	1,194	5,687	43,831	,572	2,724	32,023	1,287	6,130	28,316
5	1,094	5,209	49,040	,551	2,623	34,647	,998	4,750	33,066
6	1,033	4,918	53,958	,347	1,655	36,301	,679	3,236	36,301

Por último, se muestran en las siguientes tablas, los seis factores y reactivos finales encontrados en la EMDA (tabla 4) y algunos ejemplos de los reactivos incluidos en el instrumento inicial y las dimensiones a las

que hace referencia (tabla 5). Mientras que la consistencia interna se elevó a 0,77 con una varianza explicada de 36 %, 21 afirmaciones y seis factores finales (ver tabla 3).

Tabla 4. Factores finales tras la segunda factorización, su categorización y los reactivos incluidos en ellos

Factor	Proceso al que hace referencia	Reactivos
1	Reflexión para la resolución de problemas cotidianos (Se vincula estrechamente a las funciones ejecutivas)	4, 7, 8, 9 y 17
2	Detección de señales que son necesarias en la cotidianidad (Sensaciones internas, relacionado al campo de las gnosias)	24, 30 y 36
3	Auto-descripción tanto física como emocional (probablemente relacionada a la personalidad)	25, 26 y 29
4	Resultados de las acciones llevadas a cabo (resultados a posteriori, relacionado a la auto-regulación)	18, 19, 49
5	Auto-reconocimiento	12, 32, 34 y 38
6	Metacognición	56, 57 y 58

Tabla 5. Muestra ejemplos de los reactivos incluidos en el instrumento inicial y las dimensiones a las que hacen referencia. La columna de la derecha indica si el reactivo fue eliminado en la primera factorización (EF1), si fue eliminado en la segunda factorización (EF2) o si el reactivo se conservó para el instrumento final (RF).

Dimensión	Reactivo	Status del reactivo
Autorreflexión	-Soy consciente de mis propios pensamientos.	EF1
	-Analizo la respuesta que doy ante una situación para saber si es correcta	RF
Autodetección	-Reconozco fácilmente mis defectos	EF1
	-Puedo estar sin comer un día completo sin darme cuenta de ello	EF2
	-He sentido como si el cuerpo en el que estoy no fuera mío	RF
Metacognición	-Hay una razón que explique la conducta de las personas	EF1
	-La mayoría de las personas crean explicaciones acerca de lo que les rodea	RF
EF1: Reactivo eliminado en la primera factorización. EF2: Reactivo eliminado en la segunda factorización. RF: Reactivo conservado en el instrumento final.		

DISCUSIÓN

La autoconsciencia es el nivel de integración más alto de la consciencia (Edelman y Tononi, 2005). Es el proceso que permite la transformación simbólica-lingüística de simples pensamientos y recuerdos de experiencias vividas en formas cualitativamente más complejas (Panksepp, 2005), es decir, experiencias con significado que nos permiten ser objeto de nuestra propia atención (Legrain, Cleeremans y Destrebecqz, 2011). Este “autoconocimiento” puede verse afectado por diferentes patologías.

El objetivo de esta investigación fue proporcionar un instrumento adecuado para la valoración de la autoconsciencia (self-awareness) en pacientes con daño neurológico, donde su deterioro se ha mostrado relevante, a través de diferentes constructos que tradicionalmente se han supuesto componentes de la misma, como la habilidad para reconocer las capacidades propias (anosognosia) en la enfermedad de Alzheimer (EA) (e.g., Prigatano 2009; Zamboni et al., en prensa); la teoría de la mente en los enfermos de Parkinson (EP) (Freedman y Stuss, 2011), o la autorreflexión en algunos desórdenes psiquiátricos (véase Dimaggio, Vanheule, Lysaker, Carcione y Nicolò, 2009). Sin duda que un acercamiento que aglutine todos estos aspectos en torno al concepto más general de “autoconsciencia”, resultaría de vital importancia para determinar la terapia adecuada a las diferentes patologías, mejorando por consiguiente, la calidad de vida de los pacientes (Laureys, Perrin y Brédart, 2007).

De manera habitual, la autoconsciencia se ha considerado como sinónimo de auto-

reflexión; sin embargo, algunos estudios permiten inferir la necesidad de considerarlo un constructo multidimensional que hace referencia a diversos aspectos de la vida personal tanto interna como externa. En tanto los componentes de un constructo pueden valorarse a partir de los déficit ocasionados en diferentes patologías, en el sentido mencionado en el párrafo anterior (e.g., Dimaggio, Vanheule, Lysaker, Carcione y Nicolò, 2009; Freedman y Stuss, 2011; Prigatano 2009; Zamboni et al., en prensa), y teniendo en cuenta el respaldo teórico de diferentes trabajos tomando en cuenta a la metacognición (Rahman y Masrur, 2011); el auto-reconocimiento (Zeman, 2001) y la auto-reflexión (Morín, 2006; Panksepp, 2005; Zeman, 2001); como posibles componentes de la autoconsciencia, se estableció la estructura inicial de la EMDA a partir de tres dimensiones: 1) auto-reflexión; 2) auto-detección, que incluía el auto-reconocimiento; y 3) teoría de la mente. Sin embargo, los resultados derivados del análisis factorial mostraron tres factores más: 1) auto-reconocimiento; 2) auto-descripción; y 3) acción efectiva, dimensión que se vincula estrechamente con el auto-monitoreo. Por lo tanto, se encontró que la auto-reflexión y la acción efectiva pertenecen a factores diferentes y están integradas por cualidades distintas: reflexión para la resolución de problemas cotidianos (factor 1) y análisis a posteriori de las acciones realizadas (acción efectiva, factor 4).

De la misma manera, se obtuvo una separación entre la auto-detección (de señales corporales), vinculada al campo de las gnosias (factor 2) y el auto-reconocimiento, que hace referencia al reconocimiento de los estímulos que están en contacto con el organismo (factor

5). Si bien es cierto que ambos se relacionan con la percepción por parte del individuo del mundo que se encuentra adyacente a él, los requerimientos para realizarlos son distintos: la auto-detección es de naturaleza interna, mientras que el auto-reconocimiento es de naturaleza externa. Por otro lado, los participantes señalaron que estos factores (2 y 5) son diferentes a la auto-descripción (factor 3), que involucra la diferenciación de uno mismo frente a los otros, aspecto probablemente vinculado a la personalidad. De esta manera, aunque son tres factores (2, 3 y 5) que involucran el uso de los sentidos para discriminar y procesar información interna y externa, la diferencia entre ellos podría depender de las habilidades necesarias para realizarlos, es decir, la auto-detección y el auto-reconocimiento estarían más vinculados con la capacitación para la supervivencia (hambre, dolor, etc.), mientras que la auto-descripción con las características psicológicas de los individuos.

Estos resultados indican la existencia de más de tres dimensiones del constructo de autoconsciencia. De esta manera, la autoconsciencia involucra no sólo lo que clásicamente se ha considerado como sinónimo de ésta, es decir, la auto-reflexión, sino que alude a un análisis tanto de aspectos emocionales como físicos que configuran la personalidad y la capacidad propia de diferenciarnos de los otros pero enriqueciendo nuestra visión del mundo con la experiencia. Aunado a esto, los hallazgos de nuestro estudio indican que la concepción de la autoconsciencia como un simple reconocimiento de las capacidades propias de los individuos más ligado a la anosognosia, –considerada una alteración de dominio específico– es muy restringida (ver Spinazzo,

Pia, Folegatti, Marchetti y Berti, 2008) ya que si bien lo involucra no se reduce a él, siendo mucho más complejo de lo que se pensaba. Ahora bien, ¿cómo se integran estos resultados en los modelos teóricos existentes sobre la autoconsciencia?

Los modelos jerárquicos de la consciencia, entre ellos el de Stuss, et al. (2001), señalan que el primer nivel de ésta lo constituye el estado de alerta vinculado al sistema reticular activador ascendente (SRAA); el segundo por el contenido de la consciencia el cual se relaciona con las gnosias; el tercero estaría a cargo de las funciones ejecutivas, las cuales emergen para disminuir la incertidumbre del entorno, actuando como un sistema de predicción interna (García-Molina, Tirapú, Luna-Lario, Ibáñez y Duque, 2010); y finalmente, el cuarto nivel es la autoconsciencia. Este modelo considera que la consciencia no posee una estructura monolítica, sino que poseen una estructura compuesta y presupone la actividad de distintos mecanismos y áreas cerebrales, dando un énfasis especial al papel de las funciones ejecutivas. Los resultados encontrados en la presente investigación mostraron que al igual que la consciencia en general, la autoconsciencia de manera específica, está constituida también por varias dimensiones, y como lo indicaron estos autores, las funciones ejecutivas son un factor preponderante para ésta, ya que fue el factor que incluyó una mayor cantidad de ítems respecto a las dimensiones restantes.

En este sentido, Morín (2006) ya había indicado que la autoconsciencia como constructo multidimensional, abarca aspectos tanto públicos como privados. En este sentido, el instrumento diseñado en la

presente investigación hace referencia no sólo a tales dimensiones, también incluye la auto-reflexión y aspectos de meta-cognición (donde las funciones ejecutivas tienen un papel preponderante), los cuales son fundamentales en el tipo de relaciones que se establecen entre las personas. Para Sanz, López, Rodríguez y Hernández (2007) un sistema de autoconsciencia implica la generación de modelos propios que constantemente son actualizados y están siendo dirigidos por un sistema de valores. Así, el poder ser capaces de atribuir una acción al sistema propio está determinado por la posibilidad de realizar una distinción entre uno mismo y el resto del mundo. Esto significa que el agente consciente puede comprender o determinar el significado del efecto de sus propias acciones, por ejemplo, cómo sus actos cambian el futuro.

Como previamente se señaló, el nivel de consciencia tiene una relación directa en la rehabilitación ya que un déficit en la percepción de la necesidad de un tratamiento y una sobre o subestimación de las habilidades propias puede entorpecer la reintegración de un paciente a su comunidad (Graham, Kenik, Doody y Snow, 2005; Verdejo-García y Pérez-García, 2008), sin embargo, hay que tener en consideración que la investigación del contexto donde se desenvuelven las personas pone de manifiesto las diferencias en la capacidad de ofrecer auto-descripciones asociadas a la actividad consciente. En este sentido, las investigaciones con sujetos que sufren diversos tipos de patologías cerebrales pueden proporcionarnos información en dos vertientes: a) cómo la alteración de la autoconsciencia impacta los procesos de rehabilitación y adaptación del enfermo a su entorno y b) poner de manifiesto la base biológica pero no única de la autoconsciencia,

donde los factores socioculturales juegan un papel determinante y que la postura histórico-cultural ha enfatizado. Ruipérez y Belloch (2003) señalaron que el nivel cultural y de escolaridad son un requisito previo para desarrollar la introspección, además de la edad y el sexo (von Gemmingen, Sullivan y Pomerantz, 2003); sin embargo, nosotros consideramos que la actividad realizada por las personas dentro de un contexto podría jugar un papel diferencial. De esta manera, la autoconsciencia puede no ser tan autónoma como se supone, ni tan individual o íntima, sino que llega a establecerse como tal en un proceso de comunicación e interacción con otras personas (Fierro, 2005).

Considerando que hay diversos autores que indican la relación entre la consciencia en general y los procesos cognitivos como la memoria, atención y lenguaje (Prakash, Prakash, Prakash, Abhishek y Gandotra, 2008), estudios futuros podrían explorar cómo la alteración de estos afecta los niveles de consciencia y en particular de la autoconsciencia pero de manera integral. Esta información permitiría establecer los vínculos entre los distintos niveles y plantear mejores estrategias de rehabilitación. Al respecto Johnson, Baxter, Wilder y Prigatano (2001) realizaron un estudio para investigar los sustratos neuronales del pensamiento auto-reflexivo y encontraron un patrón de activación en áreas prefrontales incluyendo zonas dorsales y ventromediales además del cíngulo anterior. Aunque fueron resultados preliminares, sentaron las bases para explorar las diferentes dimensiones de la autoconsciencia, metodología que podría emplearse con los factores derivados del estudio actual y en poblaciones con afectaciones neurológicas o psiquiátricas. En

este sentido, la postura histórico-cultural considera que la consciencia en general, y la autoconsciencia de manera particular, están determinadas por las condiciones externas de la vida, pero sobre todo por la vida social y las formas histórico-sociales de la existencia del hombre (Bratus, 2005; Vela, 1997). Esta perspectiva no reduce el conocimiento propio a bases neuro-anatómicas y funcionales, sino que integra éstas a los elementos sociales y culturales en la génesis y desarrollo de los procesos cognitivos y en particular, de la autoconsciencia.

A pesar que el instrumento diseñado y validado intentó de alguna manera ser exhaustivo respecto a las dimensiones que pueden estar constituyendo la autoconsciencia, los resultados de las factorizaciones realizadas mostraron una pequeña varianza explicada, por lo que podría ser pertinente re-examinar cada uno de los reactivos incluidos para mejorar el instrumento. A pesar de ello, los resultados se muestran interesantes por el hecho de haber ahondado en el análisis del constructo y delinear al menos seis posibles dimensiones del constructo. Estos datos pueden ser retomados y mejorados. Los hallazgos plantean la base y un punto de partida sólido para un análisis en profundidad con mayor alcance y aplicabilidad de los resultados.

Asimismo, podría incluirse como una dimensión susceptible de exploración particular, lo que se conoce como el “sentimiento de agencia” (David et al., 2008), aunque esta característica estuvo implícitamente involucrada en las dimensiones propuestas. Estudios posteriores podrían incluirlo como un factor. Aunado a lo anterior, la aplicación del instrumento creado en este

estudio en contextos más variados podría resultar beneficioso tanto para su validación como para su aplicación posterior a comunidades clínicas más amplias.

REFERENCIAS

Allport, A. (1985). The historical background of social psychology. En G. Lindzey & E. Aronson (Eds.). *Handbook of social psychology* (Vol. 1, 3rd ed., pp. 1-46). New York: Random House.

Bratus, B. (2005). Personal sense according to A.N. Leontiev and the problem of a vertical axis of consciousness. *Journal of Russian and East European Psychology*, 43, 32–44.

Bertou, C. (2008). Voice: A pathway to consciousness as “social contact to oneself”. *Integral Psychology Behavioral*. 42, 92-113.

Caballero-Coulon, J., Ferri-Campos, J., García-Blázquez, M.C., Chirivella-Garrido, J., Renau-Hernández, O., Ferri-Salvador, N. y Noé-Sebastián, N. (2007). ‘Escalada de la consciencia’: un instrumento para mejorar la conciencia de enfermedad en pacientes con daño cerebral adquirido. *Revista de Neurología*, 44, 334-338.

Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de artículos instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 521-551.

David, N., Newen, A. y Vogeley, K. (2008). The “sense of agency” and its underlying cognitive and neural mechanisms. *Consciousness and Cognition*, 17, 523-534.

Dimaggio, G., Stijn Vanheule, S., Lysaker, P. H., Carcione, A., y Nicolò, G. (2009). Impaired self-reflection in psychiatric

disorders among adults: A proposal for the existence of a network of semi independent functions. *Consciousness and Cognition*, 18, 653-664.

Edelman, G. y Tononi, G. (2005). *El universo de la consciencia*. Barcelona: Crítica.

Fleming J, Ownsworth T. 2006. A review of awareness interventions in brain injury rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation* 16, 474-500.

Festinger, A., Scheier, M. y Buss, A. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522 - 527.

Freedman, M., y Stuss, D. T. (2011). Theory of Mind in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences*, 310, 225-227.

Fierro, A. (2005). Uno mismo a examen. *Escritos de Psicología*, 7, 15-23.

García-Molina, J., Tirapú, J., Luna-Lario, P., Ibáñez, J. y Duque, P. (2010). ¿Son lo mismo la inteligencia y funciones ejecutivas? *Revista de Neurología*, 50, 738-746.

Graham, D., Kenik, M., Doody, R. y Snow, A. (2005). Self-reported awareness of performance in dementia. *Cognitive Brain Research*, 25, 144-152.

Geisinger, K. (1994). Cross cultural normative assessment: translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6, 304-312.

Jonhson, S., Baxter, L., Wilder, L. y Prigatano, G. (2001). The Neural substrates of the self-reflective thought: preliminary results. *Neuroimage*, 13, S422.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002. 4ª Edición). *Investigación del Comportamiento. Métodos de*

investigación en ciencias sociales. México: Mc Graw Hill.

Laureys, S. Perrin, F. y Brédart, S. (2007). Self consciousness in non-communicative patients. *Consciousness and Cognition*. 16, 722-741.

Legrain, L., Cleeremans, A., y Destrebecqz, A. (2011). Distinguishing three levels in explicit self-awareness. *Consciousness and Cognition*, 20, 578-585.

Mittal, B. y Balasubramanian, S. (1987). Testing the dimensionality of the self-consciousness scales. *Journal of Personality Assessment*, 51, 53-68.

Morín, L. (2006). Levels of autoconsciousness and self-awareness: A comparison and integration of various neurocognitive views. *Consciousness and Cognition*. 15, 358-371.

Mograbi, D. C., Brown, R. G., y Morris, R. G. (2009). Anosognosia in Alzheimer's disease--the petrified self. *Consciousness and Cognition* 18(4), 989-1003.

Newen, A., Vogeley, K. y Zinck, A (2008). Social cognition, emotion and self-consciousness: A preface. *Consciousness and Cognition* 17, 409-410.

Nunnally, J. y Bernstein, I. (1999. Tercera Edición). *Teoría Psicométrica*. México: McGraw Hill.

O'Keeffe, F., Dockree, P., Moloney, P., Carton, S. & Robertson, I. (2007). Awareness of deficits in traumatic brain injury: A multidimensional approach to assessing metacognitive knowledge and online- awareness. *Journal of the International Neuropsychological Society* (2007), 13, 38-49.

- Panksepp, J. (2005). Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness and Cognition*, 14, 30-80.
- Prakash, R., Prakash, O., Prakash, S., Abhishek, P. y Gandotra, S. (2008). Global workspace model of consciousness and its electromagnetic correlates. *Annals Indian Academic Neurology*, 11, 146-153.
- Prigatano, G. y Fordyce, D. Cognitive Dysfunction and Psychosocial Adjustment after Brain Injury. Baltimore: John Hopkins University Press; 1986.
- Prigatano, G.P., Fordyce, D.J., Zeiner, H.K., Roueche, J.R., Pepping, M., y Wood, B.C. (1986). Neuropsychological rehabilitation after brain injury. Baltimore: John's Hopkins University Press.
- Prigatano, G. P. (2009). Anosognosia: Clinical and ethical considerations. *Current Opinion in Neurology*, 22(6), 606-611.
- Rahman, R., Masrur, F. (2011). Is Metacognition a Single Variable? *International Journal of Business and Social Science*, 2, 135-142.
- Ramírez, M., y Ostrosky-Solís, F. (2008). Datos normativos para la escala PCRS para la autoconsciencia en México y la influencia de la cultura. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 8, 21-33.
- Ruganct, N. (1995). Private and Public self-consciousness subscales of the Fenigstein, Scheirer and Buss self-consciousness scale: A turkish translation. *Personal Individual Differences* 18, 279-282.
- Ruipérez, M. y Belloch, A. (2003). Dimensions of the self-consciousness scale and their relationship with psychopathological indicators. *Personality and Individual Differences*, 35, 829-841.
- Salvador, J. (2009, octubre). Rehabilitación neuropsicológica de un caso de Corea de Huntington. En L. Quintanar (Presidente), *Autoconsciencia, emoción en enfermedades neurodegenerativas*. Simposio efectuado en la reunión de XI Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Neuropsicología.
- Sanz, R., López, I., Rodríguez, M. y Hernández, C. (2007). Principles of consciousness in integrated cognitive control. *Neural Networks*, 20, 938-946.
- Scheier, C. y Carver, C. (1985). The Self-Consciousness Scale: A revised version for use with general populations. *Journal of Applied Social Psychology*, 15, 687-699.
- Spinazzo, L., Pia, L., Folegatti, A., Marchetti, C. y Berti, A. (2008). Modular structure of awareness for sensorimotor disorders: Evidence from anosognosia for hemiplegia and anosognosia for hemianesthesia. *Neuropsychologia*, 46, 915-926.
- Stuss, D., Pinckton, T. y Alexander, M. (2001). Consciousness, self-awareness, and the frontal lobes. En Salloway, S. & Malloway, D. (Eds.). *The frontal lobes and neuropsychiatric illness* (pp.101-109). Clinical neuropsychiatric Illness. Washington: American Psychiatric Press.
- Tirapú, J., Pérez, G., Erekatxo, M. y Pelegrín, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología*. 44, 479-489.
- Vela, M. (1997). La estructura de la conducta. Estímulo, situación y consciencia. *Psicothema*, 8, 89-147.
- Verdejo-García, A. y Pérez-García, M. (2008). Substance abuser's self-awareness of the neurobehavioral consequences of addiction. *Psychiatry Research*, 158, 172-180.
- Von Gemmingen, M., Sullivan, B. y Pomerantz, A. (2003). Investigating the

relationships between boredom proneness, paranoia, and self-consciousness. *Personality and Individual Differences*, 34, 907-919.

Zamboni, G., Drazich, E., McCulloch, E., Filippini, N., Mackay, C. E., Jenkinson, M., Tracey, I., y G. K., Wilcock. (2012). Neuroanatomy of impaired self-awareness in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *Cortex* (en prensa).

Zeman, A. (2001). Consciousness. *Brain*, 124, 1263-1267.