

# Alexitimia y amplificación somatosensorial en el trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada

José Gutiérrez Maldonado y Julio Arbej Sánchez

Universidad de Barcelona

Se comparan los niveles de alexitimia en el trastorno de pánico, en el trastorno de ansiedad generalizada y en un grupo de la población general. Según la hipótesis que se plantea en este trabajo, cuanto mayor sea el peso del componente fisiológico de la ansiedad y se experimente mayor temor de las sensaciones corporales, más dificultades aparecerán en la identificación y expresión de las emociones. Por lo tanto, se espera que el grupo de pacientes con pánico muestre puntuaciones más elevadas de alexitimia. De acuerdo con esa predicción, los resultados obtenidos indican que los pacientes con trastorno de pánico muestran un mayor nivel de alexitimia que los sujetos normales y que las personas que padecen trastorno de ansiedad generalizada. Se analiza también qué relación guarda la alexitimia con la amplificación somatosensorial.

*Alexithymia and sensory amplification in panic disorder and generalized anxiety disorder.* Levels of alexithymia are compared in patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and in a group without mental disorders. According to the hypothesis of this study, those disorders with higher weight of the physiological component of anxiety will have more difficulties in the identification and expression of emotions. As expected, the results obtained indicated that the patients with panic disorder show higher scores of alexithymia than normal subjects, and higher, as well, than patients with generalized anxiety. Finally, the relationships between alexithymia and somatosensory amplification are analysed.

El término «alexitimia» fue acuñado por Sifneos (1972) para describir algunas características clínicas y de personalidad de los pacientes que presentaban trastornos psicósomáticos. De acuerdo con Nemiah, Freyberger y Sifneos (1976), la alexitimia puede definirse como un constructo que consta de cuatro características de carácter cognitivo-afectivo: 1) dificultad para identificar y describir sentimientos; 2) dificultad para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales; 3) reducción o ausencia de pensamiento simbólico (falta de habilidad imaginativa); y 4) estilo cognitivo operativo o externo. En su base parece haber un déficit cognitivo de la capacidad para procesar estímulos afectivos. En ese sentido apuntan resultados como los de Martínez y Marín (1997), quienes observaron al analizar el rendimiento en una tarea Stroop que los sujetos con alta alexitimia eran menos susceptibles a la interferencia de la naturaleza afectiva de las palabras. Resultados similares fueron obtenidos por Martínez, Montero y de la Cerra (2002) en una tarea de reconocimiento de expresiones verbales emocionales.

Se han hallado elevados niveles de alexitimia en pacientes que presentan diferentes trastornos psicopatológicos. Uno de los ámbitos en los que más se ha investigado es en el de los trastornos somatomorfos (Bach, Bach, Böhmer y Nutzinger, 1994; Barsky y

Klerman, 1983; Cox, Kuch, Parker, Shulman y Evans, 1994). Barsky y Klerman (1983) han hipotetizado que la limitada conciencia de los estados emocionales y las dificultades en el procesamiento cognitivo de los afectos que presentan los sujetos con elevada alexitimia favorecen la aparición de un determinado estilo perceptivo y cognitivo: el estilo somático amplificador. Este estilo sería característico de las personas que presentan hipocondría e implica varios elementos (Barsky, 1992): 1) hipervigilancia corporal que conlleva un incremento de la focalización de la atención en las sensaciones corporales desagradables; 2) tendencia a seleccionar y centrarse en ciertas sensaciones infrecuentes o ténues; y 3) propensión a valorar las sensaciones somáticas y viscerales como anómalas e indicadoras de enfermedad, en lugar de considerarlas como normales.

Por otro lado, se ha encontrado una alta tasa de alexitimia entre los pacientes que presentan conductas adictivas (Taylor, James, Parker y Bagby, 1990; Ziolkowski, Gruss y Rybalowski, 1995). Asimismo, un gran número de investigaciones han observado elevados niveles de alexitimia en los diferentes tipos de trastornos de la alimentación (Bourke, Taylor, Parker y Bagby, 1992; Jimerson, Wolfe, Franko, Covino y Sifneos, 1994; Taylor, Parker, Bagby y Bourke, 1996). También se ha hallado que la alexitimia es predictora de un peor ajuste en las relaciones de pareja (Espina, 2002).

Aunque la relación entre alexitimia y trastorno por estrés post-traumático ha generado gran interés desde las primeras conceptualizaciones de la alexitimia (Krystal, 1968), este constructo ha sido menos estudiado en otros trastornos de ansiedad. Sin embargo, las manifestaciones sintomatológicas del trastorno de pánico incluyen aspectos que parecen muy cercanos a las características

alexitimias. La teoría de la expectativa de la ansiedad de Reiss y McNally (Reiss y McNally, 1985) plantea la existencia de tres miedos fundamentales: miedo a la evaluación negativa, miedo al peligro y sensibilidad a la ansiedad. La sensibilidad a la ansiedad juega un papel muy importante en el trastorno de pánico y se trataría de la tendencia a experimentar miedo ante los síntomas de ansiedad. Por su parte, Barlow (1988), desde presupuestos similares a los de Reiss y McNally, ha propuesto que las personas que padecen un trastorno de pánico intentan evitar las sensaciones corporales y reducen sus experiencias emocionales. Clark (1986) desarrolló un modelo cognitivo del pánico en el que las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales son un factor crucial para el inicio y mantenimiento del trastorno. Todo ello parece indicar que la alexitimia está relacionada con el trastorno de pánico. Otro dato que apunta en este sentido es la frecuente presencia de rasgos hipocondríacos en este tipo de pacientes; se ha sugerido cierto solapamiento entre ambos cuadros psicopatológicos y no es infrecuente su comorbilidad (Botella y Ballester, 1997). Sin embargo, solo muy recientemente se han realizado algunas investigaciones en torno a la relación entre alexitimia y trastorno de pánico. Zeitlin y McNally (1994) compararon el nivel de alexitimia y de sensibilidad a la ansiedad de un grupo de 27 pacientes con trastorno de pánico y de un grupo de 31 pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. Los pacientes del grupo de trastorno de pánico obtuvieron puntuaciones significativamente más altas tanto en la escala de alexitimia como en la de sensibilidad a la ansiedad. Banker, Aigner y Bach (2001) examinaron los niveles de alexitimia de 234 pacientes (123 con trastorno de pánico, 24 con trastorno somatoforme, 59 con trastorno obsesivo-compulsivo y 28 con depresión). Al contrario que en el estudio de Zeitlin y McNally (1994), las puntuaciones más bajas en alexitimia fueron obtenidas en el grupo de pacientes con trastorno de pánico. Parker, Taylor, Bagby y Acklin (1993) llevaron a cabo una investigación con 30 pacientes con trastorno de pánico y 32 pacientes con fobia simple y compararon sus puntuaciones en la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-26). Los pacientes con trastorno de pánico obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas. Jokama y Leopola (1994) compararon las puntuaciones en la TAS-26 de 50 pacientes con trastorno de pánico con las de 50 estudiantes universitarios. Como esperaban, el grupo clínico obtuvo puntuaciones significativamente más elevadas y concluyeron que los rasgos alexitmicos juegan un papel importante en este trastorno. Cox, Swinson, Shulman y Bourdeau (1995) no encontraron diferencias significativas al comparar las puntuaciones de la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 ítems (TAS-20) de un grupo de 100 pacientes con trastorno de pánico y las de un grupo de 46 pacientes con fobia social. Fukunishi, Kikuchi, Wogan y Takubo (1997) utilizaron tres grupos: 26 pacientes con trastorno de pánico, 24 pacientes con fobia social y un grupo control de 25 personas sanas; evaluaron la alexitimia mediante la TAS-20 en los tres grupos antes de que los pacientes de los dos grupos clínicos iniciaran un tratamiento de tipo cognitivo-conductual y a los seis meses de iniciar el tratamiento. Los resultados mostraron que el tratamiento redujo significativamente los niveles de alexitimia. Para estos autores la alexitimia que muestran los pacientes con pánico y fobia social es secundaria al estado clínico del paciente y es de carácter reversible. Iancu, Dannon, Poreh, Lepkifker y Grunhaus (2001) compararon los niveles de alexitimia de 42 pacientes con trastorno de pánico y 42 personas sin trastornos mentales. Pese a que aquellos alcanzaron niveles más altos, las diferencias no fueron significativas. No obs-

tante, al considerar la alexitimia de manera categorial, encontraron que la alexitimia positiva, definida por una puntuación mayor o igual que 74 en el TAS, era más frecuente en el grupo de pacientes (39%) que en el grupo control (4%). La mayor prevalencia de alexitimia se dio en el subgrupo de pacientes con trastorno de pánico y agorafobia, con un 50%, frente al 32% hallado en los pacientes con pánico sin agorafobia.

Por lo que se refiere a la posible relación de la alexitimia con el trastorno de ansiedad generalizada, Schut, Castonguay y Borckovec (2001) compararon las puntuaciones de alexitimia, evaluadas mediante el TAS-20, de 61 pacientes con ese trastorno y 27 personas sin trastorno mental, observando una mayor alexitimia en los pacientes que en los controles. Estos resultados fueron interpretados como confirmación de la hipótesis de que las preocupaciones en el TAG cumplen la función de evitación de experiencias afectivas.

En el presente trabajo se comparan los niveles de alexitimia en el trastorno de pánico, en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y en un grupo de la población general. La característica fundamental del TAG es la preocupación y, de forma secundaria, un elevado nivel de activación del sistema nervioso central (Rapee, 1995). En el TAG la ansiedad tiene un marcado carácter cognitivo, mientras que en el trastorno de pánico, a pesar del importante papel que juegan los componentes cognitivos, la atención se focaliza sobre las propias sensaciones corporales. Según la hipótesis que se plantea en este trabajo, cuanto mayor sea el peso del componente fisiológico de la ansiedad y se experimente mayor temor de las sensaciones corporales, más dificultades aparecerán en la regulación de las emociones, dada la importancia del componente fisiológico en la vivencia y expresión de todo tipo de emociones. Por lo tanto, se espera que el grupo de pacientes con pánico muestre puntuaciones significativamente más elevadas en la escala de alexitimia. Asimismo, se compararán los niveles de amplificación somatosensorial en estos tres grupos. Considerando la frecuente presencia de rasgos hipocondríacos en el trastorno de pánico, se predice que el grupo de pánico presentará mayores niveles de amplificación somatosensorial.

## Método

### Sujetos

Se han comparado tres grupos: un grupo de 13 pacientes con trastorno de pánico, un grupo de 11 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y un grupo control de 44 sujetos normales formado por estudiantes universitarios. La muestra clínica ha sido obtenida en un centro ambulatorio de salud mental de adultos, el Centro de Salud Mental de Badalona. Las psicólogas y los psiquiatras de dicho centro han colaborado en la selección de la muestra y en la recogida de los datos. Los criterios de inclusión de los pacientes en esta investigación han sido los siguientes: 1) Estar en tratamiento en el momento de la recogida de los datos. 2) Cumplir los criterios DSM-IV de Trastorno de Angustia sin Agorafobia (300.01) o Trastorno de Angustia con Agorafobia (300.21) para incluirse en el grupo de pánico; y los de Trastorno de Ansiedad Generalizada (300.02) para ser incluido en el grupo de ansiedad generalizada. 3) Ausencia de deterioro cognitivo y de retraso mental. 4) No presencia de comorbilidad de trastornos que se acompañen de elevados niveles de alexitimia: adicción a sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas; trastornos somato-

morfos; cualquier trastorno de la alimentación ni trastorno por estrés postraumático.

Todos los pacientes han participado de forma voluntaria en la investigación y han firmado un protocolo de consentimiento informado. El grupo control está compuesto por 44 estudiantes universitarios pertenecientes a la Universidad Nacional de Educación a Distancia que participaron voluntariamente en la investigación. De los 13 pacientes con trastorno de pánico, 11 eran mujeres y 2 hombres. Su media de edad era de 38,31 años ( $dt= 10,79$ ). El más joven tenía 20 años y el mayor 57. De los 11 pacientes con TAG, 9 eran mujeres y 2 hombres. Su media de edad era de 32,18 años ( $dt= 10,16$ ). El más joven tenía 20 años y el mayor 51. 30 de los 44 sujetos del grupo control eran mujeres y 14 hombres. Su media de edad era de 33,84 años ( $dt= 7,91$ ). El más joven tenía 20 años y el mayor 52. No existen diferencias significativas entre las medias de edad de los tres grupos ( $F= 1,685$ ,  $p= 0,194$ ).

### Instrumentos

Todos los sujetos que han participado en el presente trabajo han cumplimentado los siguientes cuestionarios:

**Escala de Alexitimia de Toronto**, de 20 ítems (TAS-20; Bagby, Taylor y Parker, 1994). Se trata de un cuestionario de autoinforme. Las contestaciones se gradúan de acuerdo a una escala Likert. Se compone de tres factores: Dificultad para identificar sentimientos, Dificultad para describir sentimientos y Pensamiento orientado al exterior. Los estudios de validación mostraron que la prueba presentaba una adecuada fiabilidad y validez, tanto en muestras clínicas como en población normal (Bagby et al., 1994). Parker, Taylor y Bagby (2003) han publicado recientemente datos normativos de esta escala obtenidos sobre una muestra de 1.933 personas: media de la escala: 45,57 ( $dt= 11,35$ ); factor 1: 14,38 ( $dt= 5,21$ ); factor 2: 12,5 ( $dt= 4,2$ ); factor 3: 18,7 ( $dt= 4,72$ ). Iancu, Dannon, Poreh, Lepkifker y Grunhaus (2001) sugieren considerar todos aquellos valores iguales o superiores a 74 en la escala global como indicadores de alexitimia positiva.

La versión que se ha utilizado en este trabajo es la versión española de la TAS-20, que se encuentra en Martínez y Botella (1996) y Martínez (1996). Este último autor realizó su adaptación castellana. La escala mostró unas adecuadas cualidades psicométricas similares a las de la versión original (Martínez, 1996).

**Escala de Amplificación Somatosensorial** (SSAS; Barsky, Wyshak y Klerman, 1990). Este cuestionario de autoinforme de 10 ítems mide la sensibilidad a las sensaciones corporales benignas que son molestas pero no constituyen síntomas típicos de enfermedad. En un trabajo de Barsky et al. (1990), el cuestionario mostró una adecuada fiabilidad. La traducción al castellano de esta prueba se encuentra en Martínez y Botella (1996), aunque no se ha realizado ningún trabajo de adaptación y validación de la prueba con muestras españolas.

### Procedimiento

Para recoger la muestra clínica se comprobó que cada paciente cumpliera todos los requisitos de admisión. Si era así, su terapeuta habitual le pedía su colaboración y le administraba los cuestionarios. Para recoger la muestra del grupo control se pidió la colaboración voluntaria de los alumnos de la subse de la U.N.E.D. de Santa Coloma de Gramanet. El orden de administración de los cuestionarios se determinaba al azar para cada sujeto.

### Resultados

En la tabla 1 aparecen los resultados correspondientes a la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 ítems (TAS-20) y los de la Escala de Amplificación Somatosensorial (SSAS).

La primera predicción era que el grupo de Trastorno de Pánico mostraría puntuaciones significativamente más elevadas que el grupo de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y que el grupo control en la escala de alexitimia, tanto en la puntuación global como en cada una de las subescalas. Para contrastar esta predicción se ha aplicado un análisis multivariado de la varianza, tomando las puntuaciones en las tres escalas del TAS-20 como indicadores del constructo «alexitimia». Los contrastes multivariados muestran que existen diferencias entre los grupos en alexitimia ( $\text{Lambda de Wilks}$ ,  $F= 9,736$ ;  $p<0,001$ ). Para averiguar entre qué grupos existían diferencias significativas se ha aplicado la prueba DHS de Tukey sobre las puntuaciones globales del TAS-20. El grupo de pacientes con trastorno de pánico ha obtenido puntuaciones significativamente más elevadas en la escala global de alexitimia que el grupo TAG ( $p<0,001$ ) y que el grupo de población normal ( $p<0,001$ ). Asimismo, el grupo TAG ha obtenido puntuaciones significativamente más elevadas que el grupo control de población normal ( $p= 0,016$ ). A continuación se recodificó la puntuación global de alexitimia de manera categorial, siguiendo el procedimiento de Iancu, Dannon, Poreh, Lepkifker y Grunhaus (2001), se consideraron todos aquellos valores iguales o superiores a 74 como indicadores de alexitimia positiva. Cuatro de los 13 pacientes con trastorno de pánico (30,76%) resultaron calificados con alexitimia positiva, mientras que ninguno de los pacientes con ansiedad generalizada y ninguno de los controles recibió esa calificación. El estadístico Chi cuadrado (17,98) alcanzó un valor altamente significativo ( $p<0,001$ ), indicando que la proporción de casos de alexitimia elevada en pacientes con trastorno de pánico era claramente superior a la de los otros dos grupos de sujetos.

Los contrastes univariados mostraron que había diferencias entre los tres grupos de sujetos en cada uno de los tres factores del TAS-20 (identificación de sentimientos:  $F= 33,22$ ;  $p<0,001$ ; descripción de emociones:  $F= 4,508$ ;  $p= 0,015$ ; pensamiento orientado al exterior:  $F= 8,401$ ;  $p= 0,001$ ). En la escala de identificación de sentimientos, las comparaciones post-hoc mediante la prueba DHS de Tukey indican que el grupo de pacientes con trastorno de

*Tabla 1*  
Puntuaciones medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de cada grupo en las medidas de la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 ítems (TAS-20) y en la Escala de Amplificación somatosensorial (SSAS). TAS: Escala de alexitimia de Toronto de 20 ítems. SSAS: Escala de Amplificación Somatosensorial. TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada

| GRUPO   | TAS Total        | F.1:<br>Identificar<br>sentimientos | F.2:<br>Describir<br>sentimientos | F.3:<br>Pensamiento<br>orientado<br>al exterior | SSAS            |
|---------|------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------|
| Pánico  | 66,46<br>(12,39) | 28,15<br>(5,30)                     | 17<br>(6,14)                      | 21,31<br>(3,79)                                 | 30,31<br>(6,51) |
| TAG     | 50,45<br>(11,57) | 19,82<br>(5,34)                     | 14<br>(4,94)                      | 16,64<br>(4,99)                                 | 26,64<br>(5,20) |
| Control | 42,18<br>(11,44) | 14,25<br>(5,55)                     | 12,27<br>(4,70)                   | 15,86<br>(4,14)                                 | 26,82<br>(5,17) |

pánico ha obtenido puntuaciones significativamente más elevadas que el grupo de ansiedad generalizada ( $p < 0,001$ ) y que el grupo control ( $p < 0,001$ ); así como que el grupo TAG ha obtenido puntuaciones significativamente más elevadas que el grupo control ( $p = 0,004$ ). En el segundo factor, «descripción de emociones», las comparaciones post-hoc muestran que sólo existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes con trastorno de pánico y el grupo control ( $p = 0,004$ ). Esto indica que los pacientes con pánico tienen más dificultades para expresar sus sentimientos que los sujetos normales, pero en este aspecto no se diferencian de los pacientes con TAG. Por último, en el tercer factor, «pensamiento orientado al exterior», las comparaciones post-hoc mostraron diferencias entre el grupo de pacientes con trastorno de pánico y el grupo de ansiedad generalizada ( $p = 0,009$ ), así como entre el grupo de pacientes con trastorno de pánico y el grupo control ( $p < 0,001$ ). Las diferencias entre el grupo de ansiedad generalizada y el grupo control no fueron significativas. Los pacientes con pánico muestran un mayor nivel de pensamiento orientado al exterior que el resto de los sujetos.

La segunda predicción era que los sujetos con trastorno de pánico obtendrían puntuaciones significativamente más elevadas en la Escala de Amplificación Somatosensorial que los otros dos grupos. El análisis de varianza muestra que no existen diferencias entre los tres grupos en esta variable ( $F = 2,206$   $p = 0,118$ ). Sin embargo, si se realizan comparaciones post-hoc mediante la prueba DHS de Tukey se encuentran diferencias significativas entre el grupo de pacientes con trastorno de pánico y el grupo control ( $p = 0,04$ ); no así entre el grupo de ansiedad generalizada y el grupo control. Al calcular las correlaciones entre la TAS-20 y sus tres factores, por un lado, y el SSAS, por otro, en toda la muestra, la amplificación somatosensorial ha mostrado correlaciones significativas de signo positivo con la puntuación total de alexitimia ( $r = 0,28$ ;  $p = 0,02$ ), con el factor de identificación de sentimientos ( $r = 0,33$ ;  $p = 0,007$ ) y con el factor de descripción de emociones ( $r = 0,29$ ;  $p = 0,01$ ), pero no con el pensamiento orientado al exterior ( $r = 0,01$ ;  $p = 0,91$ ), lo que indica que este componente de la alexitimia es independiente de la amplificación somatosensorial.

#### Discusión y conclusiones

Los pacientes con trastorno de pánico han mostrado un mayor nivel de alexitimia que los sujetos normales y que las personas que padecen trastorno de ansiedad generalizada. Estos resultados son consistentes con la mayor parte de las investigaciones que habían medido la alexitimia en el trastorno de pánico (Cox et al., 1995; Fukunishi et al., 1997; Joukamaa y Leopola, 1994; Parker et al., 1993; Zeitlin y McNally, 1993). Los resultados obtenidos están en contra de la opinión de Horton, Gewirtz y Kreutter (1994a,b), quienes afirmaban que los pacientes con pánico no presentan características alexitímicas.

En este estudio el grupo de pánico ha mostrado puntuaciones significativamente más elevadas que la población normal en la escala global y en sus tres factores. Asimismo, con respecto a las personas con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), los pacientes con pánico han obtenido puntuaciones significativamente más altas en la escala global y en los dos primeros factores. El hecho de que las personas con TAG presenten un nivel significativamente menor de alexitimia que los pacientes con pánico parece especialmente relevante. El TAG se caracteriza por constantes preocupaciones, pero los pacientes no suelen presentar temor de

sus propias sensaciones corporales ni de los signos de ansiedad, por lo que presentan una baja sensibilidad a la ansiedad (Taylor, Koch y McNally, 1992). Por el contrario, en el trastorno de pánico el temor a las propias sensaciones corporales y la focalización de la atención en éstas, que son malinterpretadas como pródomos de una crisis de angustia, tienen una gran importancia. Estas características parecen dificultar la identificación de las propias emociones y su expresión a otras personas. Desde este punto de vista, las características alexitímicas de las personas con trastorno de pánico podrían interpretarse como conductas de evitación de la activación emocional. Un apoyo indirecto a esta hipótesis viene dado por el trabajo de Devine, Stewart y Watt (1999), en el que se mostraba cómo en población normal correlacionan de forma positiva y significativa las medidas de alexitimia y las de sensibilidad a la ansiedad. Por otra parte, esta interpretación es compatible con el modelo cognitivo del pánico de Clark (1986) y la teoría de la expectativa de Reiss y McNally (1985), que consideran que el temor a las propias sensaciones corporales y las interpretaciones catastróficas que los sujetos hacen de ellas ocupan un papel central en el mantenimiento del trastorno.

Desde nuestro punto de vista, el solapamiento que se produce entre el pánico y la hipocondría está relacionado con los aspectos cognitivos de ambos trastornos. En ambas patologías el sujeto focaliza su atención en las sensaciones corporales. Cuando éstas se producen son malinterpretadas. En el trastorno de pánico el sujeto piensa que puede sufrir un grave ataque cardíaco o, como mínimo, una crisis de angustia. En la hipocondría las sensaciones corporales son interpretadas como signos de una grave enfermedad, lo que aumenta el malestar y las sensaciones corporales e impulsa al sujeto a realizar visitas médicas. El modelo cognitivo del pánico de Clark y el modelo cognitivo de la hipocondría de Warwick y Salkovskis (1990) presentan aspectos comunes. Es posible que la evitación de las sensaciones corporales y de todo tipo de activación emocional favorezca la aparición de dificultades en la regulación de las emociones y, con ello, las características de tipo alexitímico.

Con respecto a la amplificación somatosensorial, aunque las personas con pánico han obtenido puntuaciones más elevadas que los otros dos grupos, estas diferencias no han alcanzado niveles significativos. De acuerdo con lo expuesto más arriba, las personas con trastorno de pánico focalizan su atención en la estimulación interoceptiva. Según la teoría de Barsky y Klerman (1983) esto favorecería un estilo cognitivo y perceptivo amplificador de las sensaciones corporales normales, que son malinterpretadas. Sin embargo, nuestros resultados no han confirmado estos supuestos. Una posible interpretación podría ser que este constructo fuera exclusivo del trastorno hipocondríaco y no se presente en otras patologías aunque cursen con un importante nivel de sensibilidad a la ansiedad. Otra causa que puede haber propiciado la ausencia de diferencias significativas podría encontrarse en las características psicométricas de la Escala de Amplificación Somatosensorial. Aunque su fiabilidad se ha contrastado, existen pocos estudios sobre su validez (Martínez y Botella, 1996).

Por otro lado, los resultados de esta investigación coinciden con los de Wise y Mann (1994), quienes encontraron correlación significativa y positiva entre alexitimia y amplificación somatosensorial. Este aspecto parece apoyar la opinión de Barsky y Klerman (1983), quienes han hipotetizado que la presencia de rasgos alexitímicos favorece la aparición del estilo somático amplificador.

En el tratamiento cognitivo-conductual del pánico se otorga una gran importancia a la exposición a las propias sensaciones corporales (Botella y Ballester, 1995). Consideramos que el tratamiento debe incluir la exposición a los diferentes estados emocionales y su expresión y afrontar abiertamente las dificultades que las características alexitímicas les pueden plantear en el ámbito de las relaciones interpersonales.

De cara a futuras investigaciones sería oportuno realizar trabajos de carácter longitudinal que evalúen la alexitimia y otras variables que puedan relacionarse con ella, como la sensibilidad a la ansiedad y la amplificación somatosensorial, en el trastorno de pánico y en otros trastornos de ansiedad, con la finalidad de comprobar si estas características son estables o reflejan más bien variaciones relacionadas con los episodios activos de los trastornos.

## Referencias

- Bach, M., Bach, D., Böhrer, F. y Nutzinger, D.O. (1994). Alexithymia and somatization: relationship to DSM-III-R diagnoses. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(6), 529-538.
- Bagby, R.M., Taylor, G.J. y Parker, J.D.A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.
- Banker, B., Aigner, M. y Bach, M. (2001). Comparative Evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Depression. *Psychosomatics*, 42(3), 235-240.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barsky, A.J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28-34.
- Barsky, A.J. y Klerman, G.L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140, 273-283.
- Barsky, A.J., Wyshak, G. y Klerman, G. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24(4), 323-334.
- Botella, C. y Ballester, R. (1995). Trastorno por pánico. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobbles (Eds.): *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (vol. 1, pp. 365-407). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bourke, M.P., Taylor, G.J., Parker, J.D.A. y Bagby, R.M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavioral Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Cox, B.J., Kuch, K., Parker, J.D.A., Shulman, I.D. y Evans, R.J. (1994). Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(6), 523-527.
- Cox, B.J., Swinson, R.P., Shulman, I.D. y Bourdeau, D. (1995). Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 36(3), 195-198.
- Devine, H., Stewart, S.H. y Watt, M.C. (1999). Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(2), 145-148.
- Espina, A. (2002). Alexitimia y relaciones de pareja. *Psicothema*, 14(4), 760-764.
- Fukunishi, I., Kikuchi, M., Wogan, J. y Takubo, M. (1997). Secondary alexithymia as a state reaction in panic disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 38(3), 166-170.
- Horton, P.C., Gewirtz, H. y Kreutter, K.J. (1994a). Alexithymia and panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(4), 627-628.
- Horton, P.C., Gewirtz, H. y Kreutter, K.J. (1994b). Panic disorder and social phobia: no overlap. *American Journal of Psychiatry*, 151(7), 1.099.
- Iancu, I., Dannon, P.N., Poreh, A., Lepkifker, E. y Grunhaus, L. (2001). Alexithymia and Suicidality in Panic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 477-481.
- Jimerson, D.C., Wolfe, B.E., Franko, D.L., Covino, N.A. y Sifneos, P.E. (1994). Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosomatic Medicine*, 56, 90-93.
- Joukamaa, M. y Leopola, U. (1994). Alexithymic features in patients with panic disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48(1), 33-36.
- Krystal, H. (1968). *Massive Psychic Trauma*. New York: International Universities Press.
- Martínez, F. (1996). Adaptación española de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7(1), 19-32.
- Martínez, F. y Marín, J. (1997). Influencia del nivel de alexitimia en el procesamiento de estímulos emocionales en una tarea Stroop. *Psicothema*, 9(3), 519-527.
- Martínez, F., Montero, J.M. y de la Cerra, J. (2002). Sesgos cognitivos en el reconocimiento de expresiones emocionales de voz sintética en la alexitimia. *Psicothema*, 14(2), 344-349.
- Martínez, M.P. y Botella, C. (1996). Evaluación y tratamiento psicológico de la hipocondría: revisión y análisis crítico. *Psicología Conductual*, 4(1), 29-62.
- Nemiah, J.C., Freyberger, H. y Sifneos, P.E. (1976). Alexithymia: a view of the psychosomatic process. In O.W. Hill (Ed.): *Modern trends in psychosomatic medicine* (vol. 2, pp. 430-439). Londres: Butterworths.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J. y Bagby, R.M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M. y Acklin, M.W. (1993). Alexithymia in panic disorder and simple phobia: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1.105-1.107.
- Rapee, R.M. (1995). Trastorno por ansiedad generalizada. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobbles (Eds.): *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (vol. 1, pp. 471-491). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Reiss, S. y McNally, R.J. (1985). Expectancy model of fear. In S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.): *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121). New York: Academic Press.
- Salminen, J.K., Saarijärvi, S., Äärelä, E. y Tamminen, T. (1994). Alexithymia-state or trait? One year follow-up study of general hospital psychiatric consultation out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(7), 681-685.
- Schut, A., Castonguay, L. y Borkovec, T. (2001). Compulsive Checking Behaviors in Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 57(6), 705-715.
- Sifneos, P.E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Taylor, G.J., James, C.B., Parker, J.D. y Bagby, R.M. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1.228-1.230.
- Taylor, G.J., Parker, J.D.A., Bagby, R.M. y Bourke, M.P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561-568.
- Taylor, S., Koch, W.J. y McNally, R. (1992). How Does Anxiety Sensitivity vary across the anxiety disorders? *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 249-259.
- Warwick, H.M.C. y Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 105-117.
- Wise, T.N. y Mann, L.S. (1994). The relationship between somatosensory amplification, alexithymia and neuroticism. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(6), 512-521.
- Zeitlin, S.B. y McNally, R.J. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 658-660.
- Zeitlin, S.B. y McNally, R.J. (1994). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. Reply. *American Journal of Psychiatry*, 151(4), 628.
- Ziolkowski, M., Gruss, T. y Rybalowski, J. (1995). Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63(3-4), 169-173.