



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons  
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



Resumen de Tesis

Bachiller: Carolina Romero Watson

---

## Alexitimia en pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada

La alexitimia alude, en primer lugar, a la incapacidad para expresar verbalmente los afectos (Sivak & Wiater, 1998). Sin embargo, es más que eso; es un constructo multifacético que incluye un conjunto de características: dificultad para identificar y describir las distintas emociones; problemas para diferenciar los estados emocionales de las sensaciones corporales; limitación del pensamiento simbólico y un pensamiento operatorio, caracterizado por la tendencia a centrar la atención en los aspectos externos de los sucesos dejando los aspectos internos sin atender (Velasco, en: Paéz & Casullo, comp., 2000). Taylor y sus colaboradores (1988, citado en Sivak & Wiater, 1998) incluyen, además, como característica principal, la tendencia al conformismo social.

Por otro lado, el Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, lo cual puede interferir significativamente con el normal desenvolvimiento de la vida. Asimismo, puede acompañarse de crisis de angustia –o síntomas asociados a ellas- que consisten en la aparición temporal y brusca de un miedo o malestar intensos que se conjuga con síntomas somáticos y/o cognoscitivos (López & Aliño, 2002).

Existen diversas perspectivas sobre el fenómeno de la alexitimia; no obstante, todas coinciden en que en la alexitimia se ha generado una escisión entre las emociones –entendidas como el correlato biológico del afecto- y las representaciones mentales. Asimismo, en el Trastorno de ansiedad generalizada se observa un fenómeno que se relaciona con lo que sucede en la alexitimia: la ansiedad ha perdido su función de señal. En este caso se entiende la señal como un aviso al individuo para responder adecuadamente a una situación en particular. Las personas con TAG experimentan una ansiedad que va unida a distintas preocupaciones; no obstante, tanto la ansiedad como las preocupaciones son tan desproporcionadas, frecuentes e intensas que dejan al individuo en un estado de malestar crónico que nunca llega a disolverse y que no le permite generar respuestas adecuadas a las situaciones.

Así, la señal deja de cumplir su papel principal de supervivencia que consiste en alertar al individuo sobre la existencia de un peligro particular frente al cual debe responder. También aquí se ha originado una ruptura entre el correlato biológico y el correlato mental de la ansiedad. Dado que se trata de un fenómeno similar al que sucede en la alexitimia, es posible que los pacientes con este trastorno presenten al menos algunos síntomas alexitímicos. Algunas investigaciones empíricas (véase Gutierrez & Arbej, 2005) confirman dicha relación.

La presente investigación está orientada a comparar los niveles de alexitimia y sus características entre un grupo clínico conformado por pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada y un grupo de contraste sin trastornos mentales diagnosticados. A

partir de la información obtenida de las distintas investigaciones, se presupone la existencia de un incremento en los niveles de alexitimia en los pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada. Con respecto a los objetivos específicos, éstos consisten en: (a) Comparar los niveles de alexitimia entre los pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada y el grupo de contraste y (b) Explorar la asociación entre alexitimia y variables sociodemográficas (sexo, edad, etc.) en ambos grupos de estudio.

El diseño del presente trabajo es no experimental; se trata de una investigación descriptiva que busca proporcionar información sobre un fenómeno particular. Asimismo, es transversal debido a que se recogieron los datos en un momento específico y una sola vez (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

La muestra estuvo constituida por un grupo clínico y un grupo de contraste de nivel socioeconómico medio-alto de Lima Metropolitana: 18 pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada y 18 personas sin trastornos mentales diagnosticados. Se consideró tanto a hombres como a mujeres y sus edades oscilaron entre los 20 y los 45 años. La muestra fue de sujetos voluntarios y la selección fue no probabilística. El grupo clínico estuvo constituido por pacientes que se atienden en un centro de atención psiquiátrica y psicológica determinado y el grupo de contraste fue reclutado mediante la técnica de apareamiento (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

Por otro lado, los instrumentos utilizados fueron una ficha de datos personales que incluía tres preguntas abiertas, el Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20).

Al analizar los resultados, se encontró que los pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada se acercan más a las características presentes en las personas alexitímicas que los individuos sin trastornos mentales diagnosticados. De igual manera, el grupo clínico exhibe mayores dificultades para identificar sus sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales.

De otro lado, los pacientes que no reportaron pensamientos anticipatorios puntúan más alto en la escala total de alexitimia. Asimismo, aquellos que experimentan temor o desesperanza en sus momentos de ansiedad tienen mayor dificultad para comunicar sus sentimientos a los demás. Por otro lado, los pacientes que se aíslan, lloran o no hacen nada cuando experimentan ansiedad presentan un pensamiento más orientado a lo externo. Por último, los pacientes que reportaron desesperanza o vacío como la causa de su ansiedad; o no saber los motivos de su presencia, puntuaron más alto en la escala total de alexitimia y presentan mayores dificultades para comunicar sus sentimientos a los demás.

Finalmente, se encontró que los pacientes que han recibido tratamientos previos, ya sean psicológicos o psiquiátricos, exhiben mayores niveles de alexitimia que aquellos que no han recibido tratamiento alguno. Además, presentan una mayor dificultad para comunicar sus sentimientos a los demás.

## Referencias bibliográficas

- Barlow, D., Blanchard, E., Vermilyea, J., Vermilyea, B. & DiNardo, P. (1986). Generalized Anxiety and Generalized Anxiety Disorder: Description and Reconceptualization. *The American Journal of Psychiatry*, 143(1). 40-44.
- Beck, A., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective*. Estados Unidos de América: Basic Books.
- De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., Sepede, G., Salini, G., Carano, A. et. al. (2005). Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(5). 350-358.
- De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., La Rovere, R., Sepede, G., Core, L. et. al. (2007). Alexithymia, Fear of Bodily Sensations and Somatosensory Amplification in Young Outpatients with Panic Disorder. *Psychosomatics*, 48(3). 239 - 246.
- Fernández-Montalvo, J. & Yáñez, S. (1994). Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema*, 6(3). 357-366.
- Freud, S. (1916). 25ª conferencia. La angustia. En: Freud, S. (1999-2002). *Obras completas*. Vol.16. Amorrortu ediciones.
- Freud, S. (1925). Inhibición, síntoma y angustia. En: Freud, S. (1999-2002). *Obras completas*. Vol.20. Amorrortu ediciones.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Madrid, Sao Paulo: Editorial Médica Panamericana.
- Galderesi, S., Mancuso, F., Mucci, A., Garramone, S., Zamboli, R. & Maj, M. (2008). Alexithymia and Cognitive Dysfunctions in patients with Panic Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(3). 182-188.
- Grabe, H., Spitzer, C. & Freyberger, H. (2001). Alexithymia and the Temperament and Character Model of Personality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5). 261-267.

- Grabe, H., Ruhmann, S., Ettelt, S., Muller, A., Buhtz, F., Hochrein, A. et. al. (2006). Alexithymia in Obsessive-Compulsive Disorder – Results from a Family Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(5). 312-318.
- Grabe, H., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Grogër, R., Franke, G. et. al. (2008). Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 77(3). 189-194.
- Gutierrez. J. & Arbej, J. (2005). Alexitimia y amplificación somatosensorial en el trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada. *Psicothema*, 17(1). 15–19.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Haatainen, K., Hintikka, J. & Viinamäki, H. (2004). Relationships Among Alexithymia, Adverse Childhood Experiences, Sociodemographic Variables, and Actual Mood Disorder: A 2-Year Clinical Follow-Up Study of Patients With Major Depressive Disorder. *Psychosomatics*, 45(3). 197-204.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. (2002). *Anales de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002*. Vol. XVIII(1 y 2).
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. (2003). *Anales de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003*. Vol. XIX(1 y 2).
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. (2005). *Anales de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004*. Vol. XXI(1 y 2).
- Kennedy, M. & Franklin, J. (2002). Skills-based Treatment for Alexithymia: An Exploratory Case Series. *Behaviour Change*, 19(3). 158-171.

- López, J. & Aliño, I. (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, España: Masson.
- Marchesi, C., Fonto, S., Balista, C., Cimmino, C. & Maggini, C. (2005). Relationship between Alexithymia and Panic Disorder: A Longitudinal Study to Answer an Open Question. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1). 56-60.
- McDougall, J. (1994). *Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. Argentina: Julian Yébenes.
- Moriguchi, Y., Decety, J., Ohnishi, T., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K. et. al. (2007). Empathy and Judging Other's Pain: An fMRI Study of Alexithymia. *Cerebral Cortex*, 17(9). 2223-2234.
- Otero, J. (1999). Alexitimia, una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(72). 587-596.
- Páez, D. & Casullo, M., comp. (2000). *Cultura y alexitimia ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* Argentina: Paidós.
- Parker, J., Taylor, G., Bagby, R. & Acklin, M. (1993). Alexithymia in Panic Disorder and Simple Phobia: A Comparative Study. *The American Journal of Psychiatry*, 150(7). 1105-1107.
- Richter, J., Möller, B., Spitzer, C., Letzel, S., Bartols, S. & Barnow, S. (2006). Transcallosal Inhibition in Patients with and without Alexithymia. *Neuropsychobiology*, 53(2). 101-107.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Colombia: Norma.
- Romei, V., De Gennaro, L., Fratello, F., Curcio, G., Ferrara, M. & Pascual-Leone, A. (2008). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(3). 175-181.
- Sífneos, P. (1996). Alexithymia: Past and Present. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7). 137-142.

- Sivak, R. & Wiater, A. (1998). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica*. Argentina: Paidós.
- Spitzer, C., Siebel-Jürges, U., Barnow, S., Grabe, H. & Freyberger, H. (2005). Alexithymia and Interpersonal Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4). 240-246.
- Taylor, G. & Bagby, M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2). 68-77.
- Tutkun, H., Savas, H., Zoroglu, S., Esgi, K., Herken, H. & Tiryaki, N. (2004). Relationship between Alexithymia, Dissociation and Anxiety in Psychiatric Outpatients from Turkey. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 41(2). 118-124.
- Yelsma, P., Hovestadt, A., Anderson, W. & Nilsson, J. (2000). Family of Origin expressiveness: Measurement, meaning, and relationship to Alexithymia. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(3). 353-363.
- Zeitlin, S. & McNally, R. (1993). Alexithymia and Anxiety Sensitivity in Panic Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(4). 658-660.



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA**  
DEL PERÚ

**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS**

**ALEXITIMIA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE  
ANSIEDAD GENERALIZADA**

**Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con  
mención en Clínica que presenta la**

**Bachiller:**

**CAROLINA ROMERO WATSON**

**Dra. PATRICIA MARTÍNEZ**

**LIMA, 2009**

## Resumen

La presente investigación está orientada a comparar los niveles de alexitimia y sus características entre un grupo clínico conformado por pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada -que se atienden ambulatoriamente en un centro de atención psiquiátrica y psicológica- y un grupo de contraste sin trastornos mentales diagnosticados. Los participantes son de Lima Metropolitana, de nivel socioeconómico medio-alto y tienen entre 20 y 45 años. Los instrumentos utilizados fueron una ficha de datos personales que incluía tres preguntas abiertas, el Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Se encontró que los pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada presentan niveles más elevados de alexitimia que el grupo de contraste; sobre todo tienen mayores dificultades para identificar sus sentimientos y diferenciarlos de sus sensaciones corporales. Asimismo, los pacientes que no reportaron pensamientos anticipatorios en sus momentos de ansiedad y los que reportaron desesperanza, vacío o un desconocimiento sobre la causa de su ansiedad puntuaron más alto en la escala total de alexitimia. Lo mismo sucedió con los pacientes que habían recibido tratamientos previos -psicológicos o psiquiátricos- al ser comparados con aquellos que recibían ayuda psiquiátrica por primera vez.

## Tabla de contenidos

<b>Introducción</b>		i
<b>Capítulo 1:</b>	Alexitimia en pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada	1
	Trastorno de ansiedad generalizada	1
	Alexitimia y Trastornos de ansiedad	7
	Planteamiento del problema	14
<b>Capítulo 2:</b>	Metodología	17
	Participantes	17
	Medición e instrumentos	18
	Procedimiento	21
<b>Capítulo 3:</b>	Resultados	23
<b>Capítulo 4:</b>	Discusión	35
<b>Referencias Bibliográficas</b>		41
<b>Anexos</b>		
	A. Consentimiento informado	
	B. Instrumentos	
	C. Análisis estadísticos	

## Introducción

La alexitimia es un constructo relativamente nuevo y poco conocido en el campo de la psicología. Sin embargo, su creciente interés está generando, en los últimos tiempos, una serie de investigaciones cuya finalidad es esclarecer, con mayor exactitud, su fenomenología y relevancia en el campo de la salud mental.

La alexitimia alude, en primer lugar, a la incapacidad para expresar verbalmente los afectos (Sivak & Wiater, 1998). Sin embargo, es más que eso; es un constructo multifacético que incluye un conjunto de características: dificultad para identificar y describir las distintas emociones; problemas para diferenciar los estados emocionales de las sensaciones corporales; limitación del pensamiento simbólico y un pensamiento operatorio, caracterizado por la tendencia a centrar la atención en los aspectos externos de los sucesos dejando los aspectos internos sin atender (Velasco, en: Paéz & Casullo, comp., 2000). Taylor y sus colaboradores (1988, citado en Sivak & Wiater, 1998) incluyen, además, como característica principal, la tendencia al conformismo social.

Por otro lado, el Trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, lo cual puede interferir significativamente con el normal desenvolvimiento de la vida. Asimismo, puede acompañarse de crisis de angustia –o síntomas asociados a ellas- que consisten en la aparición temporal y brusca de un miedo o malestar intensos que se conjuga con síntomas somáticos y/o cognoscitivos (López & Aliño, 2002).

Desde la aparición del concepto de alexitimia, éste estuvo en estrecha relación con la sintomatología somática. De hecho, surgió en el contexto de los trastornos psicósomáticos. Sin embargo, un gran número de investigaciones recientes están encontrando que existen rasgos alexitímicos no sólo en este tipo de desórdenes sino también en otras enfermedades somáticas severas y crónicas y en trastornos psiquiátricos como los trastornos somatoformos, la Depresión Mayor y otros trastornos del Eje I como el Trastorno de Pánico (De Berardis et. al., 2007).

Existen diversas perspectivas sobre el fenómeno de la alexitimia; no obstante, todas coinciden en que en la alexitimia se ha generado una escisión entre las emociones –entendidas como el correlato biológico del afecto- y las representaciones mentales. Asimismo, en el Trastorno de ansiedad generalizada se observa un fenómeno que se relaciona con lo que sucede en la alexitimia: la ansiedad ha perdido su función de señal. En este caso se entiende la señal como un aviso al individuo para responder adecuadamente a una situación en particular. Las personas con TAG experimentan una ansiedad que va unida a distintas preocupaciones; no obstante, tanto la ansiedad como las preocupaciones son tan desproporcionadas, frecuentes e intensas que dejan al individuo en un estado de malestar crónico que nunca llega a disolverse y que no le permite generar respuestas adecuadas a las situaciones.

Así, la señal deja de cumplir su papel principal de supervivencia que consiste en alertar al individuo sobre la existencia de un peligro particular frente al cual debe responder. También aquí se ha originado una ruptura entre el correlato biológico y el correlato mental de la ansiedad. Dado que se trata de un fenómeno similar al que sucede en la alexitimia, es posible que los pacientes con este trastorno presenten al menos algunos síntomas alexitímicos. Algunas investigaciones empíricas (véase Gutierrez & Arbej, 2005) confirman dicha relación.

De este modo, en el presente trabajo se investigarán los niveles y las características de la alexitimia entre pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada y un grupo de contraste constituido por personas sin trastornos mentales diagnosticados. Se eligió a pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada con el objetivo de incluir un trastorno que por su heterogeneidad y su cualidad un tanto imprecisa ha sido poco estudiado.

El interés del presente trabajo surge de la constatación de que hasta ahora no se han realizado investigaciones en nuestro medio sobre el fenómeno de la alexitimia en pacientes con trastornos de ansiedad. Los hallazgos, entonces, constituirían un aporte más para el cuerpo de conocimiento sobre estos trastornos, lo que permitiría profundizar un poco más sobre sus dinámicas y manifestaciones. Además, dado que se está intentando implementar técnicas terapéuticas para personas con alexitimia (véase Grabe, et. al., 2008; Kennedy & Franklin, 2002), si se encuentra niveles altos de alexitimia en pacientes con estos trastornos, ellos también podrían verse beneficiados.

## Capítulo 1

### Alexitimia en pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada

#### ***Trastorno de ansiedad generalizada***

La ansiedad es un tema que ha sido tratado desde tiempos relativamente antiguos. Ya en 1916, Freud intentaba realizar una diferenciación entre la angustia realista y la angustia neurótica. La primera responde a la angustia que surge ante situaciones de peligro reales, donde aflora el instinto de supervivencia, y la segunda alude más bien a los procesos de angustia que podrían llegar a ser patológicos. Si bien él plantea una explicación poco usada en la actualidad sobre los orígenes de la angustia neurótica -esto es, que la angustia surge a partir de la transmudación de la libido no liberada-, son sorprendentes las semejanzas que se encuentran entre la denominada neurosis de angustia y el Trastorno de ansiedad generalizada (véase Freud, 1916).

Posteriormente Freud (1925) modifica su planteamiento arribando a una propuesta que hasta el día de hoy no ha perdido vigencia del todo. En 1925 -momento en el cual ya había formulado su concepción tripartita del aparato psíquico- el autor deja de lado la diferenciación arriba expuesta y plantea una nueva entre la angustia automática y la angustia señal. La explicación basada en la libido es dejada a un lado y el yo se convierte en el único responsable de la angustia. Cuando el yo desautoriza una moción pulsional generada desde el ello, debido a que la relaciona a una situación de peligro, lo que hace es emitir una señal de displacer (angustia) para sofocarla.

Para comprender la diferencia entre la angustia automática y la angustia señal, es necesario distinguir entre situación traumática y situación de peligro. La primera se refiere a una vivencia de desvalimiento del yo donde éste se encuentra con una acumulación de excitación que no logra tramitar. Esta situación constituye el factor determinante de la angustia automática. La situación de peligro, por otro lado, es la que contiene una condición de expectativa; es decir, donde no se espera a que se desencadene una situación traumática sino que se prevé, se anticipa, se espera esa situación. En este contexto estamos frente a una angustia señal en la cual se anticipa

el trauma para evitarlo. La situación de peligro es una situación de desvalimiento recordada o esperada y la angustia automática es la reacción originaria frente al desvalimiento ante el trauma que más tarde será reproducida como señal en situaciones análogas, lo que la vuelve más difusa.

Asimismo, Freud (1925) realiza un recorrido sobre los distintos tipos de angustia que surgen a lo largo del proceso evolutivo del individuo indicando que cada periodo del desarrollo tiene su propia condición de angustia. En teoría, a medida que cursa el desarrollo, las antiguas condiciones de angustia pierden valor debido al fortalecimiento del yo y son desechadas. Sin embargo, aclara, muchas veces las condiciones de angustia conviven lado a lado o alguna de ellas logra sobrevivir en épocas posteriores. Por ejemplo, los neuróticos –donde se ubican las personas ansiosas- son aquellos que mantienen condiciones de angustia antiguas y que reaccionan de manera exacerbada frente a peligros que debieron ser eliminados en el proceso madurativo.

Desde una perspectiva distinta, la teoría cognitiva postula que la principal disfunción en los trastornos de ansiedad radica en el aparato cognitivo. Es importante aclarar que no considera que sean las cogniciones las causantes de los distintos síndromes sino que forman parte –de manera esencial- de los mecanismos bajo los cuales se producen. Para estos teóricos, las personas se manejan en el mundo a partir de esquemas, que son los elementos básicos de la organización cognitiva. Éstos forman constelaciones cognitivas que se agrupan en una serie de subsistemas denominados modos, que están al servicio de la adaptación y la supervivencia. Estos esquemas, y sus agrupaciones, -que expresan una serie de reglas, creencias y afirmaciones- orientan al individuo ante una situación dada ayudándolo a seleccionar y recoger los datos significativos del medio y a evocar información relevante a la situación particular. De este modo, intervienen en los procesos de percepción, interpretación, asociación y memoria. Asimismo, son los contenidos de las constelaciones de esquemas los que determinan las respuestas afectivas y las movilizaciones conductuales, además de generar una serie de pensamientos automáticos que a menudo se ubican fuera de la conciencia de quien los experimenta (Beck, et. al., 1985; Riso, 2006).

En los trastornos de ansiedad este sistema, que en principio permite la adaptación, pierde eficacia debido a que hay una hiperactividad del modo del peligro. Así, los esquemas asociados a él son evocados constantemente, lo que produce una falla o distorsión en el procesamiento de la información. La persona estará hipervigilante debido a una amenaza de peligro que percibe como real y experimentará

el afecto asociado que es, fundamentalmente, ansiedad. Los problemas en el pensamiento más comunes en personas con ansiedad clínica son: una incapacidad para centrar la atención en algo o alguien por un periodo sostenido de tiempo debido a que la concentración se ubica en aquellos estímulos considerados como amenazantes; la aparición de pensamientos automáticos, involuntarios y perseverantes, asociados a la posibilidad de daño; dificultad para evaluar objetivamente la realidad; una generalización de los estímulos percibidos como amenazantes; una visión catastrófica en la que se piensa sobre lo peor que podría suceder; una abstracción selectiva de la información considerando solo los elementos potencialmente peligrosos, dejando de lado los aspectos positivos o benignos; un pensamiento dicotómico que lleva al individuo a considerar los posibles peligros en términos absolutos y extremos; y, finalmente, una poca capacidad de habituación frente a situaciones ansiógenas, como si no hubiera un aprendizaje de experiencias pasadas (Beck, et. al., 1985).

En la actualidad, la exploración exhaustiva sobre la ansiedad ha dado origen a un consenso sobre sus formas patológicas. Aquello se recoge en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), el cual será referido a continuación.

El Trastorno de ansiedad generalizada pertenece a la categoría de Trastornos de ansiedad del DSM-IV-TR (López & Aliño, 2002). Su principal característica consiste en una intensa ansiedad y una preocupación excesiva -expectación aprensiva- ante una gran variedad de acontecimientos y actividades. Para el diagnóstico, esto debe presentarse por un periodo mínimo de seis meses. Asimismo, la persona tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. Adicionalmente, la ansiedad y preocupación se asocian a mínimo tres de seis síntomas –algunos de los cuales han de haber persistido por más de seis meses (Cuadro 1).

Cuadro 1: Síntomas asociados al Trastorno de ansiedad generalizada.

1. Inquietud o impaciencia
2. Fatigabilidad fácil
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño; o sensación de un sueño no reparador al despertar)

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona. Además, el centro de la ansiedad y la preocupación no se limita a los síntomas presentes en algún otro trastorno del Eje I, ni a los efectos directos del consumo de sustancias o a una enfermedad médica.

La duración, frecuencia y/o intensidad de la ansiedad y las preocupaciones son excesivamente desproporcionadas con las posibles consecuencias de las situaciones temidas. De este modo, a menudo la atención de estas personas se ve afectada debido a que no pueden olvidar sus preocupaciones, impidiéndoles concentrarse en las actividades que están realizando. Las preocupaciones en los adultos suelen girar en torno a las circunstancias normales de la vida cotidiana como las responsabilidades laborales y económicas, la salud de su familia, las dificultades comunes con los hijos y los problemas de carácter menor.

Con respecto a la sintomatología, se ha encontrado que adicionalmente a la tensión muscular pueden surgir temblores, sacudidas, inquietud motora y dolores o entumecimientos musculares. También es frecuente la aparición de síntomas somáticos como náuseas, diarreas o sudoración y respuestas de sobresalto exageradas. Los síntomas de hiperactividad vegetativa (p. ej., dificultad para respirar) son menos intensos que en otros trastornos de ansiedad como el Trastorno de angustia pero son muy comunes los trastornos asociados normalmente con el estrés, como los dolores de cabeza o el colon irritable. De otro lado, también son frecuentes los síntomas depresivos y la comorbilidad con trastornos del estado del ánimo, con otros trastornos de ansiedad y con trastornos relacionados a sustancias.

Finalmente, cabe resaltar que es posible que los individuos que padecen este trastorno presenten crisis de angustia. La crisis de angustia se caracteriza por un malestar o miedo intenso que surge de manera aislada y brusca. Aparece en ausencia de un peligro real y tiene un carácter temporal, alcanzando su máxima expresión en un periodo habitual de diez minutos o menos. De manera conjunta, deben aparecer al menos cuatro de los trece síntomas cognoscitivos o somáticos que aparecen descritos en el Cuadro 2 (López & Aliño, 2002).

Cuadro 2: Síntomas somáticos y cognoscitivos de las crisis de angustia.

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones

Estas crisis de angustia suelen ser inesperadas; es decir, el sujeto no vincula el inicio de su crisis con ninguna situación externa (por ejemplo un objeto) o interna (por ejemplo la activación fisiológica). En este sentido, no puede dar razón de una causa específica sino más bien siente que lo que le pasa “surge de la nada”. Con el tiempo las crisis de angustia pueden volverse situacionales –es decir, aparecen durante o en anticipación a una situación particular- o predisuestas por una situación determinada –en este caso no siempre aparecen inmediatamente después de la exposición a una situación y a veces no surge una asociación con el estímulo. Lo más frecuente en el Trastorno de ansiedad generalizada son las crisis de angustia predisuestas por una situación determinada (López & Aliño, 2002).

El Trastorno de ansiedad generalizada es, hasta el día de hoy, generador de grandes polémicas. Uno de los motivos de ello es la alta comorbilidad que presenta con otros trastornos mentales. Por ejemplo, Goisman y colaboradores (1995, citado en Gabbard, 2002) encontraron que el 90% de pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada había presentado al menos otro trastorno de ansiedad en algún momento de su vida. Sin embargo, Brown y colaboradores (1994, citado en Gabbard, 2002),

señalan que el constructo presenta un grado bastante alto de validez. Además, es muy común que personas crónicamente preocupadas acudan a consulta.

Debido a las controversias, este trastorno no ha sido estudiado tanto como los demás trastornos de ansiedad; así, el cuerpo de conocimiento con respecto al mismo es bastante reducido. Sin embargo, a través de la práctica psicoterapéutica, se ha visto que estos pacientes tienden a focalizar su atención, al menos al inicio del proceso, en síntomas somáticos u otras preocupaciones aparentemente superficiales. Aquello daría cuenta de un patrón evitativo, orientado a distraer la atención de elementos internos perturbadores. Crits-Christoph y sus colaboradores (1995, citado en Gabbard, 2002), sugieren que este modo defensivo podría estar relacionado con un vínculo conflictivo e inseguro en la infancia y con traumas tempranos.

Por otro lado, a partir de los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país se encontró que, en Lima Metropolitana y el callao, la prevalencia de vida de trastornos de ansiedad en general en adultos es de 25.3%, siendo mayor en mujeres (30.1%) que en hombres (20.3%). Asimismo, el Trastorno de ansiedad generalizada resultó ser el segundo trastorno psiquiátrico más frecuente en la población, con una prevalencia de vida de 9.9%. Nuevamente, la cifra fue mayor en mujeres (11.2%) que en hombres (8.5%) (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, 2002). También se han realizado estudios en la sierra peruana; específicamente en las poblaciones de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz. En este caso, la prevalencia de vida de trastornos de ansiedad en general en adultos es de 21.1%. En cuanto al sexo, en los hombres es de 16.6% y en las mujeres de 25.3%. Con respecto a la prevalencia de vida para el Trastorno de ansiedad generalizada, ésta es de 8.2% en la población general: 5.4% en los hombres y 10.9% en las mujeres (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, 2003). Finalmente, en la selva peruana –Iquitos, Tarapoto y Pucallpa- se halló una prevalencia de vida de trastornos de ansiedad en general en adultos de 18.3%. En este caso la prevalencia fue mayor en mujeres (21.8%) que en hombres (14.3%). De otro lado, la prevalencia de vida para el Trastorno de ansiedad generalizada es de 8.2% en la población global: 10.4% en mujeres y 5.6% en hombres (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, 2005).

## ***Alexitimia y trastornos de ansiedad***

La alexitimia es un constructo que aparece en 1972, propuesto por Sifneos a partir de investigaciones realizadas con J. Nemiah y otros colaboradores. Se trata de un síndrome que los investigadores observaron en una serie de pacientes psicósomáticos (Sivak & Wiater, 1998). Sin embargo, el creciente interés en este constructo ha originado un gran cuerpo de investigaciones que supera el área de la psicósomática.

Alexitimia significa etimológicamente –del griego- *a*: “falta”, *lexis*: “palabra”, *timos*: “afecto”; es decir, una incapacidad para expresar verbalmente los afectos. No obstante, si bien esta es la principal característica, el constructo abarca más síntomas que poco a poco han sido incorporados producto de diversas investigaciones. De este modo, los autores que han trabajado este tema no siempre presentan una descripción idéntica del constructo. Sin embargo, Carmen Velasco (citado en Páez & Casullo, comp., 2000) señala la existencia de cierto consenso entre los distintos investigadores al momento de definir algunas características, lo cual se expondrá a continuación.

La alexitimia se define por una dificultad para reconocer, identificar y describir las distintas emociones. Asimismo, los individuos que la padecen tienen problemas para diferenciar los estados emocionales de las sensaciones corporales. Otro elemento importante es la limitación del pensamiento simbólico, la cual se ve reflejada en la poca capacidad para fantasear. Por último, los alexitímicos presentan un pensamiento operatorio –concepto introducido por Marty y De M’Uzan-, caracterizado por una tendencia a centrar la atención en los aspectos externos de los sucesos dejando los aspectos internos sin atender. Al respecto, Fernández-Montalvo y Yáñez (1994) indican que la persona logra hacer descripciones bastante detalladas de sus acciones, hechos o gestos pero sin integrar el elemento afectivo. Los problemas concretos ocupan todo el campo de atención y queda excluida toda representación afectiva unida a los recuerdos. Es conveniente hacer hincapié en la dificultad para expresar adecuadamente los sentimientos mediante el lenguaje verbal, lo cual estaría en estrecha relación con la poca capacidad para definir las propias emociones (Sivak & Wiater, 1998).

Adicionalmente a estas características ampliamente aceptadas, se han expuesto otras que también son congruentes con el concepto. Dentro de ellas se encuentra un alto nivel de conformismo social, lo que resulta en comportamientos rígidos guiados por las convenciones sociales. Además, los alexitímicos presentan poca capacidad de empatía (Moriguchi, et. al., 2007), lo que resulta en relaciones interpersonales estereotipadas y deterioradas. En un estudio (Spitzer, et. al., 2005) se

registraron problemas interpersonales asociados a frialdad, hostilidad y comportamientos socialmente evitativos. Por otro lado, podrían presentarse elementos de impulsividad como expresión de la poca elaboración de los conflictos. Finalmente, se resalta la poca capacidad de introspección (De Berardis, et. al., 2005), que explicaría la dificultad que estas personas tienen para comprender sus propios sentimientos y pensamientos (Sivak & Wiater, 1998; Velasco, citado en Páez & Casullo, comp., 2000).

En la actualidad existen investigaciones que relacionan la alexitimia con algunas variables de personalidad. Aquello permite ampliar un poco más el conocimiento sobre este fenómeno. Se ha encontrado que las personas con altos niveles de alexitimia presentan un perfil que incluye una tendencia a somatizar; un patrón de expectativas y atribuciones orientado hacia el locus de control externo; altos niveles de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora, y depresión; una actitud negativa predominante hacia la expresión emocional; un patrón de pensamiento operatorio-concreto; una menor autoconciencia respecto de los aspectos internos y externos; un peor balance afectivo; un menor apoyo social objetivo y subjetivo y un modo evitativo de afrontamiento (Velasco, citado en Páez & Casullo, comp., 2000). Adicionalmente, Grabe y sus colaboradores (2001) hallaron en una investigación que la alexitimia se asocia a una poca capacidad para auto dirigirse, a una baja dependencia a la recompensa, a un desapego interpersonal, a una poca amplitud de recursos, a una baja responsabilidad, a una alta tendencia a culpar a otros y a una timidez frente a extraños.

Asimismo, varios estudios se han orientado a investigar la alexitimia en relación a los modelos de personalidad basados en los rasgos. De esta manera, por ejemplo, Bagby, Taylor y Parker, en 1994, encontraron que la alexitimia correlaciona positivamente con el factor de neuroticismo de Eysenck. Adicionalmente, hallaron una correlación negativa con la categoría de sentimiento de emociones positivas, perteneciente al factor de extraversión. Finalmente, también encontraron una correlación negativa con la categoría denominada apertura a la experiencia, la cual hace referencia al mundo imaginativo y a la vida emocional (Velasco, citado en Páez & Casullo, comp., 2000).

Una de las grandes preguntas que se han formulado y que ha generado gran controversia es si al referirse a la alexitimia se está hablando de un rasgo o un estado. Varios investigadores han llevado a cabo estudios donde los resultados indican que las características son estables. Otros, en cambio, han realizado investigaciones que sugieren que se trata de un fenómeno transitorio. Pareciera, entonces, que la

alexitimia no siempre se da de la misma manera ni con la misma intensidad. Debido a ello se ha propuesto la existencia de una alexitimia primaria y otra secundaria. El primer caso se asocia a los conceptos psicossomáticos tradicionales y a la aparición de trastornos somáticos, todo lo cual alude a un fenómeno relativamente estable de la personalidad. Se trataría de una interrupción temprana en el desarrollo emocional del niño que generaría una predisposición a nivel cognitivo y afectivo. El segundo caso, en cambio, surge a partir de una situación de riesgo de la propia vida o ante alguna catástrofe. De este modo, se trata de un proceso reactivo ante la angustia generada por una situación traumática que puede ser transitorio –alexitimia secundaria aguda- o permanente –alexitimia secundaria crónica (Otero, 1999; Velasco, citado en Páez & Casullo, comp., 2000). Sin embargo, en un escrito Sifneos (1996) consideró que sólo existe la alexitimia primaria debido a que probablemente siempre esté presente una predisposición biológica. Ello sin desacreditar el poder de los elementos psicológicos sobre este síndrome.

Otro de los aspectos importantes que genera grandes debates está asociado a los distintos modelos explicativos sobre la alexitimia (véase Taylor & Bagby, 2004). En su propuesta, Sifneos se ubica en un modelo que rescata tanto lo biológico como lo psicológico. Si bien no se profundizará en sus planteamientos, es interesante la diferenciación que hace entre afecto, emoción y sentimiento en una de sus hipótesis explicativas. Para él, las emociones están constituidas por las respuestas fisiológicas que se expresan a través de comportamientos y se vinculan con el sistema límbico. Los sentimientos, en cambio, son el correlato psicológico de las emociones, que requieren de un trabajo neocortical. El afecto engloba ambos fenómenos, se trata de un estado interno con componentes tanto biológicos como psicológicos; es decir, la conjunción entre las emociones y los sentimientos da lugar a los afectos. Según Sifneos, las personas con alexitimia presentan emociones pero son incapaces de expresar sus sentimientos, reflejando un problema en la conexión entre el sistema límbico y la neocorteza. Este sería el caso de una alexitimia primaria. En contraste, la alexitimia secundaria hallaría su etiología en fenómenos más psicológicos (Sivak & Wiater, 1998). Estas hipótesis permiten un primer acercamiento hacia este fenómeno en el que, al parecer, existe una división o desconexión entre los procesos que se ocupan de las representaciones mentales y los mecanismos encargados de los procesos corporales.

Otras propuestas dentro del modelo biológico son una falla en la transferencia de información entre el hemisferio derecho y el izquierdo (Ritcher, et. al., 2006; Romei, et. al., 2008); y un funcionamiento deficiente del hemisferio derecho (Sivak & Wiater, 1998). En el otro extremo, se ubica el modelo sociocultural, que propone a la alexitimia

como un fenómeno plenamente cultural, producto de un particular proceso de socialización. Algunas sociedades no recurren a la dimensión intrapsíquica de los afectos para comprenderlos. Por ejemplo, Kleinman (1986, citado en Páez, Fernández & Mayordomo, citado en Páez & Casullo, comp., 2000) señala que las culturas asiáticas de corte colectivista expresan un lenguaje somático para manifestar el malestar emocional. En otros casos, las sociedades presentan un lenguaje verbal reducido para expresar las emociones de una manera clara y diferenciada.

Además de sociedades enteras, también se han encontrado características alexitimicas en ciertos grupos dentro de las sociedades. Aquellos estarían constituidos por sectores sociales bajos, las minorías, los migrantes (Sivak & Wiater, 1998) y las personas con un bajo nivel de educación escolar (Tutkun, et. al., 2004). Es interesante notar que desde esta perspectiva se restaría el carácter psicopatológico implicado en el constructo de alexitimia.

Finalmente, el modelo psicoanalítico también ha presentado una propuesta explicativa sobre la alexitimia. Krystal (1979, citado en Sivak & Wiater, 1998) señala que se debe a una detención en el desarrollo del afecto por un trauma psíquico en la infancia o por una regresión en la vida adulta debida a un evento traumático. En el primer caso se trata de un problema en la relación madre-hijo, donde la madre no logra aliviar la angustia y el desamparo de su niño y éste, en consecuencia, no logra desarrollar una adecuada simbolización de sus afectos. En el segundo caso surge un bloqueo del área afectiva a partir de una catástrofe traumática.

Para McDougall (1994), la alexitimia también encuentra sus bases en una inadecuada relación madre-hijo. Por ejemplo, la madre podría imponer sus propios deseos a su hijo impidiéndole “escuchar” los mensajes que aquel emite. Ante la frustración y la rabia, el niño podría repudiar los afectos como un mecanismo defensivo frente al riesgo de desorganización a nivel de la fantasía. De este modo, la emoción queda escindida de su correlato psíquico, siguiendo su propio curso de acción desde la expresión puramente fisiológica. Al mismo tiempo, la representación psíquica de la situación afectiva queda desalojada de la conciencia dejando una especie de vacío en el individuo (Sivak & Wiater, 1998).

A diferencia de McDougall, que plantea un modelo defensivo, la Escuela Psicosomática de París propone un modelo de déficit que se expresa a través de un pensamiento operatorio. Los individuos con esta característica presentan un pensamiento que carece de actividad fantasmática; los problemas actuales ocupan toda la atención y las representaciones afectivas asociadas a recuerdos quedan excluidas del campo de la conciencia. Ellos proponen que aquello surge a partir de

problemas en la relación madre-hijo que originan una falla en dos tópicos: en la funcionalidad del preconciente y del Superyó (Sivak & Wiater, 1998). Además de problemas en la relación madre-hijo, una investigación con pacientes con Depresión Mayor ha encontrado que la alexitimia a largo plazo se asocia a una disciplina severa y a una infelicidad del hogar en la niñez (Honkalampi, et. al., 2004). Otra encontró en una muestra de 295 estudiantes universitarios que a menor expresividad afectiva en la familia de origen -en los años tempranos- mayores niveles de alexitimia (Yelsma, et. al., 2000). Adicionalmente, Taylor & Bagby (2004) señalan que varios estudios con adultos han encontrado que la alexitimia se asocia a patrones de apego inseguro.

Si bien existen diversas aproximaciones teóricas en relación al constructo de alexitimia, muchas de ellas aparentemente opuestas, es importante rescatar que todas desembocan en un mismo planteamiento: de alguna manera el campo emocional ha perdido su vínculo con las representaciones mentales; específicamente, se ha perdido una adecuada conexión entre las emociones –entendidas como el correlato biológico del afecto o su forma más primitiva- y el lenguaje.

La propuesta de McDougall (1994) refleja una visión bastante integradora – dado que no excluye las explicaciones biológicas e incluye las influencias culturales- e interesante al referirse a este fenómeno. Más allá de la etiología vincular que propone, el gran aporte de esta autora es el modo en que describe la escisión que se produce entre las emociones y las representaciones mentales. Para ella lo que sucede se asemeja a una situación de divorcio donde, además, se ha originado una especie de amnesia entre ambas partes. En algún momento se produjo una separación entre las emociones y las representaciones mentales y cada uno se olvidó del otro. De este modo, quedó excluida la necesidad de la búsqueda mutua; cada cual “sigue con su vida” y “soluciona sus problemas” de la manera que puede y sin recurrir al otro.

Aquella descripción que McDougall realiza con respecto a la alexitimia se asemeja a un fenómeno que se da en el Trastorno de ansiedad generalizada. La ansiedad ha perdido su propósito fundamental; ha perdido su carácter de señal, comprendida ésta como el aviso al individuo de que debe prepararse para afrontar una situación específica de amenaza. Para que la señal funcione como tal, es necesaria la participación no sólo de la información biológica de displacer sino también de los procesos cognitivos concientes que le dan una explicación lógica y permiten iniciar una acción de afronte. En el Trastorno de ansiedad generalizada pareciera haber un “exceso” de señales o, en todo caso, señales inadecuadas o desproporcionadas. Dada la prominente presencia de síntomas cognitivos expresados primordialmente mediante preocupaciones, el paciente logra asociar su ansiedad con diversos estímulos ambientales. No obstante, el principio del concepto de señal se pierde por la

desproporcionalidad y las numerosas asociaciones. El paciente se queda con una especie de ansiedad crónica y difusa que pareciera estar más orientada a buscar motivos para justificar su presencia que ser consecuencia de ciertas situaciones. Finalmente, queda la sensación de descontrol e incompreensión ante los síntomas somáticos originados por la ansiedad. Es importante resaltar que no se está planteando que los síntomas no sean una señal de conflicto intrapsíquico; lo que se intenta recalcar es la pérdida de la señal como elemento provocador de respuestas adecuadas ante situaciones específicas.

Desde la aparición del concepto de alexitimia -en 1972- hasta la actualidad, se han realizado diversas investigaciones relacionándolo con distintos trastornos mentales, incluidos los trastornos de ansiedad. Dentro de estos últimos, pareciera existir una gran relación entre la alexitimia y el Trastorno de angustia – denominado también Trastorno de pánico. De Berardis y sus colaboradores (2007) realizaron un estudio con 84 pacientes que padecían este trastorno. Aquellos debían presentar un inicio reciente, con una duración mayor de un mes y menor de un año. Asimismo, fueron reclutados en el primer contacto para el tratamiento. De los 84 pacientes, el 73.8% presentaba agorafobia y el 26.2% no. A través de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), los investigadores encontraron que el 38.1% del total de pacientes presentaba alexitimia. Además, hallaron una mayor prevalencia de agorafobia entre los pacientes alexitímicos en comparación con los pacientes no alexitímicos. Asimismo, los pacientes alexitímicos exhibían una mayor severidad del trastorno – número total mayor de crisis de angustia, tanto menores como mayores- y niveles más altos de ansiedad anticipatoria. Cabe resaltar que la severidad se asoció de manera significativa con los factores 1 y 2 de la escala; dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales y dificultad para describir los sentimientos, respectivamente. Por último, también encontraron que los alexitímicos mostraban mayores niveles de temor hacia las sensaciones corporales y una mayor amplificación somatosensorial, que consiste en la tendencia a experimentar las sensaciones corporales normales como muy intensas, nocivas y perturbadoras.

En otro estudio, esta vez longitudinal, los autores estaban interesados en investigar si los pacientes con Trastorno de pánico en remisión completa son más alexitímicos que las personas normales. Para ello, 52 pacientes fueron evaluados durante la fase aguda del trastorno y luego de la desaparición completa de ataques de pánico –crisis de angustia-, de ansiedad anticipatoria y de evitación fóbica. Adicionalmente se evaluó a un grupo control de 52 personas. Los resultados señalan que en la fase aguda los pacientes con Trastorno de angustia presentaron un mayor

número de casos con alexitimia (44.2%) en relación al grupo control (3.8%). Más adelante, en la fase de remisión total, el porcentaje de alexitímicos dentro del grupo de pacientes continuó siendo mayor, aunque éste disminuyó con respecto a la fase aguda: 21.2% en el grupo de pacientes y 3.8% en el grupo control (Marchesi, et. al., 2005). Una posible interpretación para este resultado podría ser la existencia de la alexitimia como rasgo.

En un estudio llevado a cabo no hace mucho, Silvana Galderesi y sus colaboradores (2008) encontraron que los pacientes con Trastorno de pánico presentaban una mayor frecuencia de alexitimia en comparación con sujetos normales, lo que concuerda con las investigaciones mencionadas anteriormente. Sin embargo, adicionalmente hallaron que los pacientes con Trastorno de pánico exhibían menores habilidades cognitivas verbales, lo que podría sugerir una reducida capacidad para la abstracción y la simbolización.

La alexitimia también ha sido estudiada en otros trastornos de ansiedad e, incluso, realizando comparaciones entre dos trastornos distintos dentro de esta categoría. Por ejemplo, en un estudio se comparó los niveles de alexitimia entre pacientes con Trastorno de pánico (n=30) y pacientes con Fobia simple (n=32). Los pacientes con Trastorno de pánico obtuvieron puntajes significativamente más elevados en la TAS-20 con respecto a los pacientes con Fobia simple. Además presentaron mayores niveles de ansiedad manifiesta, de dependencia y una mayor tendencia a experimentar quejas somáticas. El porcentaje de alexitímicos entre los pacientes con Trastorno de pánico fue de 46.7% mientras que el porcentaje entre los pacientes con Fobia simple fue de 12.5% (Parker et. al., 1993).

En otra investigación comparativa se estudió la alexitimia en pacientes con Trastorno de Pánico (n=27) y en pacientes con Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (n=31). Los resultados indican que los pacientes con Trastorno de pánico eran más alexitímicos que los pacientes con TOC y que presentaban una mayor sensibilidad a la ansiedad. La media de los puntajes de la TAS-26 para los pacientes con Trastorno de Pánico (=76.48) se ubicó por encima del punto de corte para realizar el diagnóstico de alexitimia, que es 74. En contraste, la media de los pacientes con TOC se situó por debajo del punto de corte (=61.16). El porcentaje de personas con alexitimia en el grupo con Trastorno de pánico fue de 67%, mientras que para los pacientes con TOC fue de 13% (Zeitlin & McNally, 1993). En un estudio más reciente, Grabe, H., y colaboradores (2006) encontraron puntajes más altos de alexitimia entre pacientes con Trastorno obsesivo compulsivo en comparación con un grupo control.

Finalmente, Gutiérrez & Arbej (2005) realizaron una investigación comparando los niveles de alexitimia entre pacientes con Trastorno de pánico (=13), pacientes con

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (=11) y un grupo control (=44). Los autores hipotetizaron que cuanto mayor sea el peso del componente fisiológico de la ansiedad y se experimente un temor mayor hacia las sensaciones corporales, más dificultades se originarían para la identificación y descripción de las emociones. De este modo, los investigadores esperaban que el grupo de pacientes con Trastorno de pánico exhiba puntuaciones más altas de alexitimia.

Los resultados confirmaron la hipótesis: los pacientes con Trastorno de pánico mostraron un mayor nivel de alexitimia que los sujetos control y que los pacientes con TAG. Asimismo, los pacientes con TAG obtuvieron puntajes más altos que el grupo control. Adicionalmente se exploraron las diferencias en los factores de la escala entre estos tres grupos. Para el factor 1, los pacientes con Trastorno de pánico obtuvieron puntajes más elevados que los pacientes con TAG y el grupo control. De igual modo, los pacientes con TAG mostraron puntajes más altos que el grupo control. Para el factor 2, los pacientes con Trastorno de pánico obtuvieron puntajes más altos que el grupo control. Sin embargo, no hubo una diferencia significativa entre los pacientes con Trastorno de pánico y los pacientes con TAG. Por último, para el factor 3 -pensamiento orientado hacia lo externo-, los pacientes con Trastorno de pánico presentaron puntajes más elevados en relación a los pacientes con TAG. No hubo una diferencia significativa entre estos últimos y el grupo control.

Para sus conclusiones los autores toman como referencia a Barlow, quien propone que las personas con Trastorno de pánico tratan de evitar las sensaciones corporales y reducen sus experiencias emocionales. Los autores señalan que el TAG se caracteriza por excesivas y recurrentes preocupaciones; sin embargo, los individuos no suelen presentar temor ante sus propias sensaciones corporales ni ante los signos de ansiedad. De esta manera, ellos presentan una baja sensibilidad a la ansiedad. En los pacientes con Trastorno de pánico sucede lo contrario, lo cual pareciera dificultar la identificación y descripción de las propias emociones. En consecuencia, estos pacientes tenderían a evitar más la activación emocional (Gutiérrez & Arbej, 2005).

### ***Planteamiento del problema***

Alexitimia es un constructo relativamente nuevo que en los últimos tiempos ha despertado un creciente interés. Se han realizado investigaciones en diversos países y se han traducido los instrumentos para su medición a varios idiomas. Sin embargo, en nuestro medio aún no se han llevado a cabo trabajos de este tipo, motivo por el cual

es necesario empezar a investigar. Además, aquello adquiere relevancia en tanto que algunos autores plantean que la alexitimia es un fenómeno socio-cultural.

Se ha elegido trabajar con pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada debido a que pareciera haber una dificultad en la conexión entre la sintomatología somática y el correlato cognitivo consciente. Dado que en la alexitimia existe una escisión entre las emociones y su correlato mental, es posible pensar que los pacientes con este trastorno presenten también rasgos alexitímicos. La selección del Trastorno de ansiedad generalizada responde a que, dada las grandes controversias que genera y su cualidad un tanto heterogénea, es un síndrome que ha sido en general poco investigado.

De este modo, el presente trabajo está orientado a comparar los niveles de alexitimia y sus características entre un grupo clínico conformado por pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada y un grupo de contraste sin trastornos mentales diagnosticados. A partir de la información obtenida de las distintas investigaciones, se presupone la existencia de un incremento en los niveles de alexitimia en los pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada.

En cuanto a los objetivos específicos, consisten en:

- a. Comparar los niveles de alexitimia entre los pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada y el grupo de contraste.
- b. Explorar la asociación entre alexitimia y variables sociodemográficas (sexo, edad, etc.) en ambos grupos de estudio.

## Capítulo 2

### Metodología

El diseño de la presente investigación es no experimental debido a que no se manipularon variables de manera deliberada. En lugar de ello, se estudió un fenómeno tal y como se da en su contexto natural. De este modo, se trata de una investigación descriptiva que busca proporcionar información sobre un fenómeno particular, rescatando las características y diferencias más resaltantes entre el grupo de pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada y el grupo de contraste. Por último, el estudio es transversal debido a que se recogieron los datos en un momento específico y una sola vez (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

#### ***Participantes***

La muestra estuvo constituida por un grupo clínico y un grupo de contraste de nivel socioeconómico medio-alto de Lima Metropolitana: 18 pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada y 18 personas sin trastornos mentales diagnosticados. Se consideró tanto a hombres como a mujeres y sus edades oscilaron entre los 20 y los 45 años.

Los pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada debían haber sido diagnosticados por un psiquiatra y haber seguido un tratamiento psiquiátrico por un periodo mínimo de 2 meses. De manera adicional a la evaluación psiquiátrica se aplicó el módulo O del Mini International Neuropsychiatric Interview (1990) con el fin de confirmar el diagnóstico. Por último, dado que es común la comorbilidad en este trastorno, se registró la presencia o ausencia de un diagnóstico clínico adicional con la finalidad primordial de excluir a los pacientes que presentaban, además, una sintomatología psicótica.

La selección de la muestra fue no probabilística debido a que no hubo una asignación aleatoria en la cual todos los integrantes de la población delimitada tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos. La muestra clínica estuvo constituida por pacientes que se atienden en un centro de atención psiquiátrica y psicológica ya determinado y el grupo de contraste fue reclutado mediante la técnica de apareamiento. Finalmente, en ambos casos la muestra fue de sujetos voluntarios ya que ellos decidieron participar por libre voluntad (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

De la muestra clínica, el 61.11% eran hombres, el 66.67% solteros y el 61.11 % había realizado estudios superiores completos. Asimismo, el 72.22% fue diagnosticado y medicado en un tiempo no mayor a los 6 meses. De otro lado, el 27.78% de los pacientes tuvo tratamientos previos y tomó medicación antes de la actual. Por último, el 33.33% de ellos tenía, además, tratamiento psicológico al momento de la aplicación. Con respecto a la comorbilidad, ningún paciente reportó un trastorno adicional diagnosticado clínicamente.

### ***Medición e instrumentos***

#### *Trastorno de ansiedad generalizada*

Para la confirmación del diagnóstico psiquiátrico y la exclusión del Trastorno de ansiedad generalizada en el grupo de contraste se usó el Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (1990), Versión en Español 5.0.0, que es un formato de entrevista que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y el ICD-10. Es el instrumento más usado en el mundo para este propósito; ha sido traducido a 43 idiomas y es utilizado en más de 100 países.

Se han realizado estudios de validez y confiabilidad comparando el M.I.N.I. con el Structure Clinical Interview for DSM diagnoses (SCID-P) en inglés y francés y con el Composite International Diagnostic Interview for ICD-10 (CIDI) en inglés, francés y árabe. Los resultados indican que el M.I.N.I. presenta una validez y confiabilidad aceptablemente altos. Adicionalmente, ha sido validado mediante la opinión de expertos de una amplia muestra de cuatro países europeos (Francia, Reino Unido, Italia y España).

El M.I.N.I. está dividido en una serie de módulos, cada uno identificado con una letra. Para el presente trabajo únicamente se hizo uso del módulo O para el diagnóstico del Trastorno de ansiedad generalizada (Anexo B).

### *Alexitimia*

Para la evaluación de alexitimia se utilizó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Este instrumento es el resultado de las adaptaciones realizadas a la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), que es la versión original creada en 1988. Esta primera escala fue producto del trabajo de Taylor, Ryan y Bagby, quienes a inicios de los años 80 decidieron crear una escala de autoinforme para evaluar la alexitimia (Martínez & Ortiz, citado en: Páez & Casullo, comp., 2000; Sivak & Wiater, 1998). Como punto de partida tomaron 5 áreas:

- a. Dificultad para explicar o describir sentimientos.
- b. Dificultad para distinguir los sentimientos de las sensaciones corporales.
- c. Falta de capacidad introspectiva.
- d. Tendencia al conformismo social.
- e. Vida fantasiosa empobrecida y fracaso en el recuerdo de sueños.

Al inicio redactaron 41 ítemes y emplearon un modelo Likert con 5 opciones de respuesta desde 'totalmente en desacuerdo' hasta 'totalmente de acuerdo'. La escala fue administrada a 542 estudiantes universitarios canadienses entre los 16 y los 61 años de edad. Luego de los análisis factoriales se eligieron 26 ítemes, quedando excluidos los temas referidos al recuerdo de los sueños y a la tendencia a emplear la acción más frecuentemente que la reflexión. Asimismo, se encontró que eran cuatro los factores congruentes con el constructo de alexitimia:

- a. Dificultad para identificar y describir los sentimientos y para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales.
- b. Dificultad para comunicar a las demás personas los propios sentimientos.
- c. Reducida capacidad para imaginar y fantasear.
- d. Tendencia a preocuparse más por los problemas externos que analizar las experiencias personales.

Esta escala de 26 ítemes obtuvo una consistencia interna adecuada ( $\alpha=0.75$ ) y una buena confiabilidad test-retest en intervalos de una semana ( $r=0.82$ ,  $p<0.001$ ), cinco semanas ( $r=0.75$ ,  $p<0.001$ ) y tres meses ( $r=0.77$ ,  $p<0.001$ ).

Una de las adaptaciones de habla hispana más mencionadas de la versión original (TAS) es la de Casullo, Wiater y Maristany, quienes elaboraron la Escala de Alexitimia UBA, en Buenos Aires (Argentina). Asimismo, la TAS ha sido traducida y aplicada a diversas poblaciones como la finlandesa, la india y la francesa.

Posteriormente, los autores de la prueba original elaboraron una versión revisada de la escala, la TAS-R, donde se fijaron 23 ítemes. En ella se eliminaron los ítemes que aludían a la ensoñación diaria o cualquier otra actividad imaginativa y se incluyeron más ítemes relacionados con el pensamiento orientado a lo externo (Martínez & Ortiz, citado en: Páez & Casullo, comp., 2000; Sivak & Wiater, 1998).

Por último, Taylor, Ryan y Bagby realizaron una nueva adaptación de la escala, en 1994, que se denominó TAS-20. Esta escala contiene 20 ítemes, 13 de los cuales pertenecen a la TAS inicial. También conserva el modelo Likert de 5 opciones de respuesta. La puntuación total de la escala oscila entre los 20 y los 100 puntos y una persona es considerada alexitímica si obtiene un puntaje igual o mayor a 61. Asimismo, las distintas investigaciones han demostrado que existen tres factores consistentes con el constructo:

- Factor 1. Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan la activación emocional.
- Factor 2. Dificultad para describir los sentimientos a los demás.
- Factor 3. Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo.

Las primeras investigaciones realizadas con esta escala indican que posee una buena consistencia interna ( $\alpha= 0.81$ ). Asimismo, presenta una buena confiabilidad test-retest en un intervalo de tres semanas ( $r=0.77$ ;  $p<0.01$ ). En general, los estudios muestran que esta escala presenta una consistencia interna superior a la de las versiones antiguas y que su estructura factorial es más estable (Martínez & Ortiz, citado en: Páez & Casullo, comp., 2000). Por ello, un gran número de investigaciones se han realizado haciendo uso de esta escala. La TAS-20 ha sido traducida a varios idiomas y ha sido aplicada en diversos países como Alemania, Estados Unidos, Francia, India, Argentina, España y México. En la mayoría de casos con resultados bastante satisfactorios.

Por último, se creó una ficha de datos en la que se recogió información personal como el sexo, la edad, el estado civil, las personas con quien vive el participante y su

nivel de instrucción. Además, para el grupo clínico se pidió el diagnóstico, la fecha en que fue establecido, los tratamientos previos y actuales, la medicación previa y actual y la existencia de otras enfermedades. Finalmente, se presentaron tres preguntas abiertas sobre los sentimientos del participante en sus momentos de ansiedad, su modo de afrontamiento y sus creencias sobre la causa de su ansiedad (Anexo B).

### ***Procedimiento***

La presente investigación se llevó a cabo en un centro de atención psiquiátrica y psicológica. Para ello, se conversó sobre el trabajo y se obtuvo la colaboración del médico psiquiatra. Las personas con Trastorno de ansiedad generalizada son pacientes que han asistido, por un periodo mínimo de dos meses, a reiteradas consultas con el médico para realizar un seguimiento de su problema. En una de dichas visitas, los pacientes fueron enviados por el médico al área de evaluación donde se les explicó el estudio luego de la entrega del consentimiento informado (Anexo A). Con la aceptación a participar por parte de la persona, se aplicaron los instrumentos detallados en el apartado anterior. Posteriormente se reclutó al grupo de contraste mediante la técnica de apareamiento, tomando en consideración el sexo, la edad y el grado de instrucción de los individuos. A ellos también se les aplicó los instrumentos luego de haber firmado el consentimiento informado.

En relación al trabajo estadístico con los datos, básicamente se utilizó la U de Mann-Whitney para llevar a cabo las comparaciones de grupos. Con respecto a las preguntas abiertas, fue necesario agruparlas primero en categorías para poder trabajar estadísticamente con esos datos. Inicialmente se creó un grupo de categorías; no obstante, hubo que unir algunas de ellas para formar nuevas categorías que incluyan un número de sujetos con el cual se pudiera trabajar.

## Capítulo 3

### Resultados

Antes de presentar los resultados se expondrán las modificaciones realizadas al instrumento y la información sobre la confiabilidad obtenida. Con respecto a lo primero, se realizó una adaptación lingüística de la versión propuesta por Martínez en 1996 (Anexo B), que es una traducción española de la TAS-20 (Páez & Casullo, comp., 2000). Se han llevado a cabo algunos ajustes en la redacción para lograr una mayor comprensión en la población limeña, en ciertos casos, y para conservar la fidelidad de la versión en inglés, en otros. Con ese objetivo se realizó una revisión con dos lingüistas expertos. Los cambios resultantes fueron:

- a. El ítem 10: “Es importante estar en contacto y sentir emociones o sentimientos” fue sustituido por “Estar en contacto con las emociones es esencial”.
- b. El ítem 13: “No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí” fue reemplazado por “No sé lo que pasa en mi interior, dentro de mí”.
- c. El ítem 16: “Prefiero ver en la TV programas superficiales de entretenimiento, en vez de complicados dramas psicológicos” fue sustituido por “Prefiero ver programas ligeros de entretenimiento, en vez de dramas psicológicos”.
- d. El ítem 17: “Me es difícil mostrar mis más profundos sentimientos, incluso a mis amigos íntimos” fue reemplazado por “Me es difícil mostrar mis sentimientos más profundos, incluso a mis amigos más íntimos”.
- e. El ítem 20: “Buscar el significado profundo de las películas impide la diversión que se pueda sentir viéndolas simplemente, sin complicarse” fue sustituido por “Buscar los significados ocultos en las películas u obras disminuye el placer de disfrutarlas”.

En segundo lugar, luego de haber aplicado la escala, se realizó una prueba de confiabilidad haciendo uso del Alpha de Cronbach. Para el Factor 1, se obtuvo un valor de 0.878; en el caso del Factor 2, el valor fue de 0.800 y para el Factor 3, se obtuvo un valor de 0.279. Finalmente, el valor para la escala total fue de 0.815.

Como se puede apreciar, la confiabilidad para el Factor 3 resultó demasiado baja. Con la finalidad de mejorarla se eliminó el ítem 5 -“Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos”- debido a que representaba la correlación elemento-total más baja tanto en el Factor 3 como en el Total. A continuación se eliminó el ítem 18 – “Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, aún en momentos de silencio”- dado que mejoraba significativamente la confiabilidad del Factor 3 aunque sólo levemente la del Total de la prueba. Debido a que la confiabilidad de la prueba total ya se encontraba en un nivel óptimo, se priorizó la mejoría de la confiabilidad del Factor 3 para que éste pueda ser incluido en el trabajo de los resultados con los demás factores. Otro ítem que no estaba funcionando muy bien era el 16 –“Prefiero ver programas ligeros de entretenimiento, en vez de dramas psicológicos”. Sin embargo, su eliminación no generaba cambios significativos en el Factor 3, por lo que se optó por mantenerlo.

Con la eliminación de los ítems 5 y 18 la confiabilidad del Factor 3 pasó a tener un valor aceptable de 0.507. Asimismo, la confiabilidad para la escala total de la prueba aumentó a 0.848 (Tabla 1 y Tabla 2). Es importante aclarar que para el posterior análisis de datos, los ítems 5 y 18 no fueron eliminados sino neutralizados. Es decir, se les adjudicó el puntaje medio en todos los casos.

Tabla 1: Confiabilidad de Factores.

Factor 1		Factor 2		Factor 3			
Ítem	r	Ítem	r	Ítem	r	r 2	r final
1	0.642	2	0.517	5	-0.308		
3	0.567	4	0.613	8	0.062	0.160	0.169
6	0.582	11	0.638	10	0.218	0.213	0.138
7	0.561	12	0.571	15	0.269	0.331	0.324
9	0.728	17	0.635	16	0.097	0.142	0.233
13	0.881			18	0.102	0.014	
14	0.668			19	0.432	0.535	0.511
				20	0.118	0.191	0.235
$\alpha = 0.878$		$\alpha = 0.800$		$\alpha = 0.279$		$\alpha = 0.464$	$\alpha = 0.507$

Tabla 2: Confiabilidad inicial y final del Total.

Ítem	Total		
	r	r 2	r final
1	0.548	0.526	0.532
2	0.576	0.583	0.594
3	0.515	0.507	0.532
4	0.586	0.583	0.557
5	-0.345		
6	0.393	0.386	0.394
7	0.563	0.567	0.564
8	0.063	0.094	0.096
9	0.551	0.570	0.573
10	0.237	0.232	0.208
11	0.697	0.708	0.698
12	0.510	0.525	0.519
13	0.713	0.701	0.712
14	0.714	0.710	0.714
15	0.054	0.074	0.068
16	-0.050	-0.033	-0.010
17	0.592	0.615	0.595
18	0.143	0.111	
19	0.630	0.648	0.643
20	0.241	0.259	0.273
	$\alpha = 0.815$	$\alpha = 0.842$	$\alpha = 0.848$

A continuación los resultados de la investigación serán presentados en el orden planteado por los objetivos mencionados anteriormente. En primer lugar, se expondrán los hallazgos a partir de la comparación de los niveles de alexitimia entre los pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada y el grupo de contraste. Asimismo, se compararán los grupos para cada uno de los tres factores. Adicionalmente a ello, se indicarán los ítemes en los que se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos mediante la U de Mann-Whitney. En segundo lugar, se presentarán los hallazgos a partir de los datos personales y las preguntas abiertas realizadas al grupo de estudio.

Con respecto al objetivo principal, se encontró que existen diferencias significativas entre los niveles totales de alexitimia de los pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada y el grupo sin trastornos mentales diagnosticados (Tabla 3).

Tabla 3: Alexitimia en el grupo clínico y el grupo de contraste.

	Grupo clínico (N=18)		Grupo de contraste (N=18)		U	p	d
	Media	D. E	Media	D. E			
Factor 1	<b>15.72</b>	7.30	<b>10.11</b>	4.64	73.000	<b>0.005</b>	0.94
Factor 2	10.33	4.64	9.33	4.26	140.500	0.493	
Factor 3	14.39	4.29	13.83	3.84	154.500	0.812	
Total	<b>40.44</b>	12.48	<b>33.28</b>	9.98	98.000	<b>0.043</b>	0.64

Los pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada puntúan más alto en la escala de alexitimia que los individuos del grupo de contraste. Además, la diferencia es mediana según el tamaño del efecto de Cohen. Es importante mencionar que no es posible afirmar que los pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada son alexitímicos mientras que las personas del grupo de contraste no lo son. Si bien existen baremos –creados con otras poblaciones- para hacer esta afirmación a partir de los puntajes obtenidos, en la actualidad no los hay con nuestra población. Debido a ello, únicamente se puede afirmar que los pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada se acercan más a las características presentes en una persona alexitímica que las personas del grupo de contraste.

De otro lado, al comparar los puntajes obtenidos en los tres factores que constituyen el constructo de alexitimia, se encontró que sólo existe una diferencia significativa y grande en el Factor 1 entre estos dos grupos. De esta manera, las personas con Trastorno de ansiedad generalizada presentan una mayor dificultad que las del grupo de contraste para identificar sus sentimientos y distinguir entre éstos y las sensaciones corporales de reacción emocional. En contraste, no hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto a la capacidad para comunicar los propios sentimientos a los demás ni al pensamiento orientado a lo externo.

Adicionalmente se realizó una comparación para cada ítem entre el grupo clínico y el de contraste. Cuatro fueron los ítemes que resultaron significativos y mostraron diferencias grandes; todos ellos del Factor 1 (Tabla 4).

*Tabla 4: Comparación de ítemes entre el grupo clínico y el grupo de contraste.*

	Grupo clínico (N=18)		Grupo de contraste (N=18)		U	p	d
	Media	D. E.	Media	D. E.			
Ítem 1	2.39	1.29	1.44	0.86	91.000	0.014	0.88
Ítem 3	1.89	1.49	1.11	0.47	116.000	0.035	0.80
Ítem 13	2.39	1.65	1.22	0.73	95.500	0.010	0.98
Ítem 14	2.44	1.42	1.33	0.84	87.000	0.007	0.98

Como se puede observar en la tabla, los pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada exhiben un puntaje significativamente mayor al de los individuos del grupo de contraste en los siguientes ítemes:

Ítem 1: “A menudo me encuentro confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo.”

Ítem 3: “Tengo sensaciones físicas que ni los médicos las entienden.”

Ítem 13: “No sé lo que pasa en mi interior, dentro de mí.”

Ítem 14: “A menudo no sé por qué estoy enojado.”

A continuación se presentará la información obtenida de las preguntas abiertas formuladas al grupo clínico. Para ser analizadas se revisó cada una de las respuestas y se las agrupó bajo categorías; es decir, bajo conceptos más generales en los cuales podían ser incluidas. Los números en los gráficos indican la cantidad de personas que mencionaron la categoría correspondiente. Cabe resaltar que cada individuo pudo haber señalado más de una. Con respecto a los sentimientos del paciente en sus momentos de ansiedad se encontró, a nivel de frecuencias, que las características predominantemente mencionadas fueron los pensamientos anticipatorios negativos y las sensaciones fisiológicas (Gráfico 1).

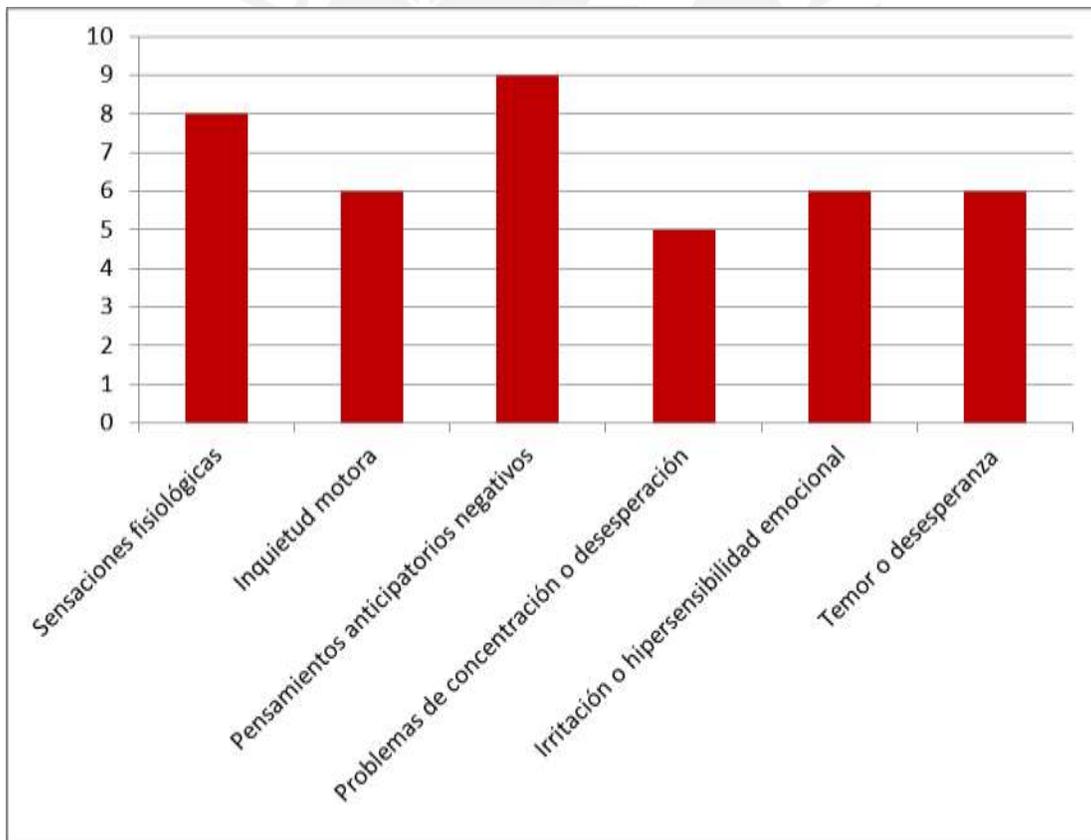


Gráfico 1: Sentimientos en momentos de ansiedad en el grupo clínico.

Al realizar las comparaciones a nivel estadístico se encontró que existen diferencias significativas y grandes entre los pacientes que presentan pensamientos anticipatorios negativos y los que no (Tabla 5).

*Tabla 5: Pacientes que refieren pensamientos anticipatorios negativos.*

	Presencia (N=9)		Ausencia (N=9)		U	p	d
	Media	D. E.	Media	D. E.			
Factor 1	12.44	4.93	19.00	8.05	20.000	0.067	
Factor 2	9.11	4.83	11.56	4.36	25.000	0.168	
Factor 3	13.89	4.51	14.89	4.26	36.500	0.722	
Total	<b>35.44</b>	12.04	<b>45.44</b>	11.39	18.000	<b>0.047</b>	0.85

Como se observa en la tabla 5, los pacientes que no reportaron pensamientos anticipatorios negativos exhiben puntuaciones más altas de alexitimia en la escala total que las personas que sí lo hicieron. Asimismo, los pacientes que reportaron experimentar temor o desesperanza en sus momentos de ansiedad presentan puntuaciones más elevadas en el Factor 2, que se refiere a la dificultad para comunicar los propios sentimientos a los demás (Tabla 6). En este caso la diferencia también es grande.

*Tabla 6: Pacientes que refieren temor o desesperanza en sus momentos de ansiedad.*

	Presencia (N=6)		Ausencia (N=12)		U	p	d
	Media	D. E.	Media	D. E.			
Factor 1	18.67	7.20	14.25	7.19	19.000	0.107	
Factor 2	<b>13.67</b>	4.18	<b>8.67</b>	4.03	12.000	<b>0.023</b>	1.22
Factor 3	14.33	4.13	14.42	4.54	34.000	0.851	
Total	46.67	12.89	37.33	11.56	19.000	0.111	

En la segunda pregunta, asociada a los modos de afrontamiento, se encontró que varios pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada reportan una conducta activa, optando por cambiar de actividad (Gráfico 2).

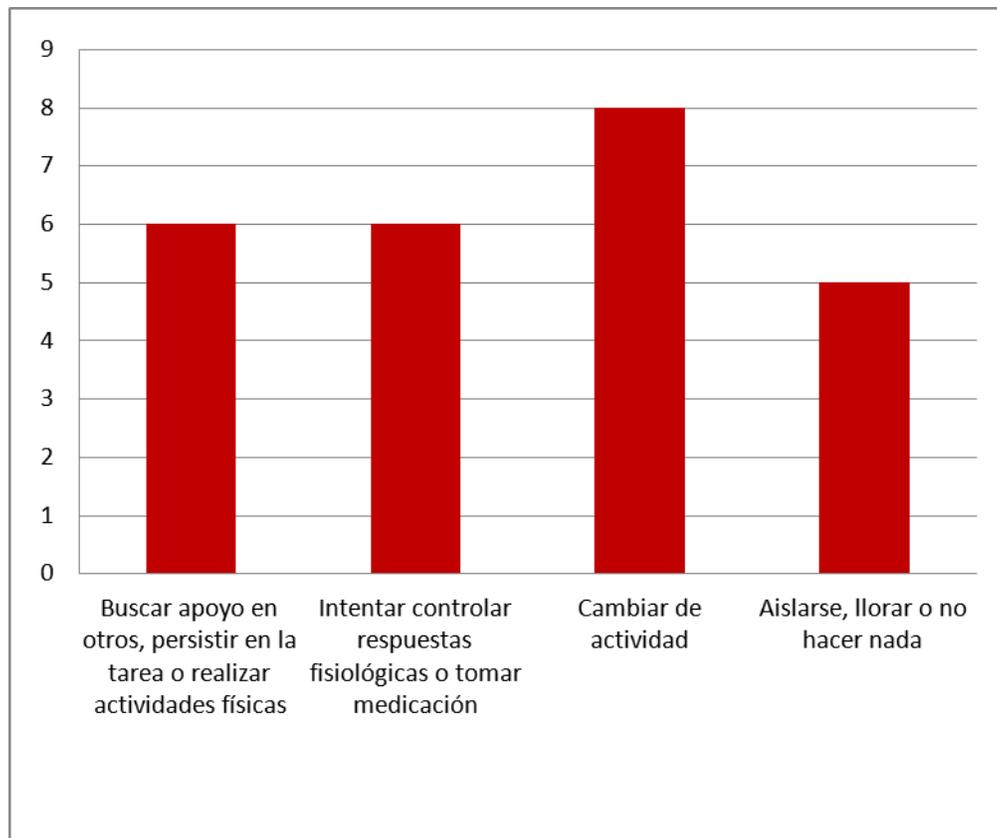


Gráfico 2: Modos de afrontamiento en momentos de ansiedad en el grupo clínico.

En este caso, a nivel estadístico, se halló que las personas que se aíslan, lloran o no hacen nada cuando experimentan ansiedad exhiben un pensamiento más orientado a lo externo que aquellos que no reaccionan de ese modo (Tabla 7). La diferencia entre ambos grupos es grande.

Tabla 7: Pacientes que se aíslan, lloran o no hacen nada en sus momentos de ansiedad.

	Presencia (N=5)		Ausencia (N=13)		U	p	d
	Media	D. E.	Media	D. E.			
Factor 1	19.40	9.45	14.31	6.16	23.000	0.343	
Factor 2	14.00	5.10	8.92	3.75	14.500	0.074	
Factor 3	<b>18.20</b>	4.27	<b>12.92</b>	3.40	11.500	<b>0.037</b>	1.38
Total	51.60	14.74	36.15	8.75	15.000	0.084	

Finalmente, con respecto a las creencias de los pacientes sobre las causas de su ansiedad se obtuvo las frecuencias mostradas en el Gráfico 3.

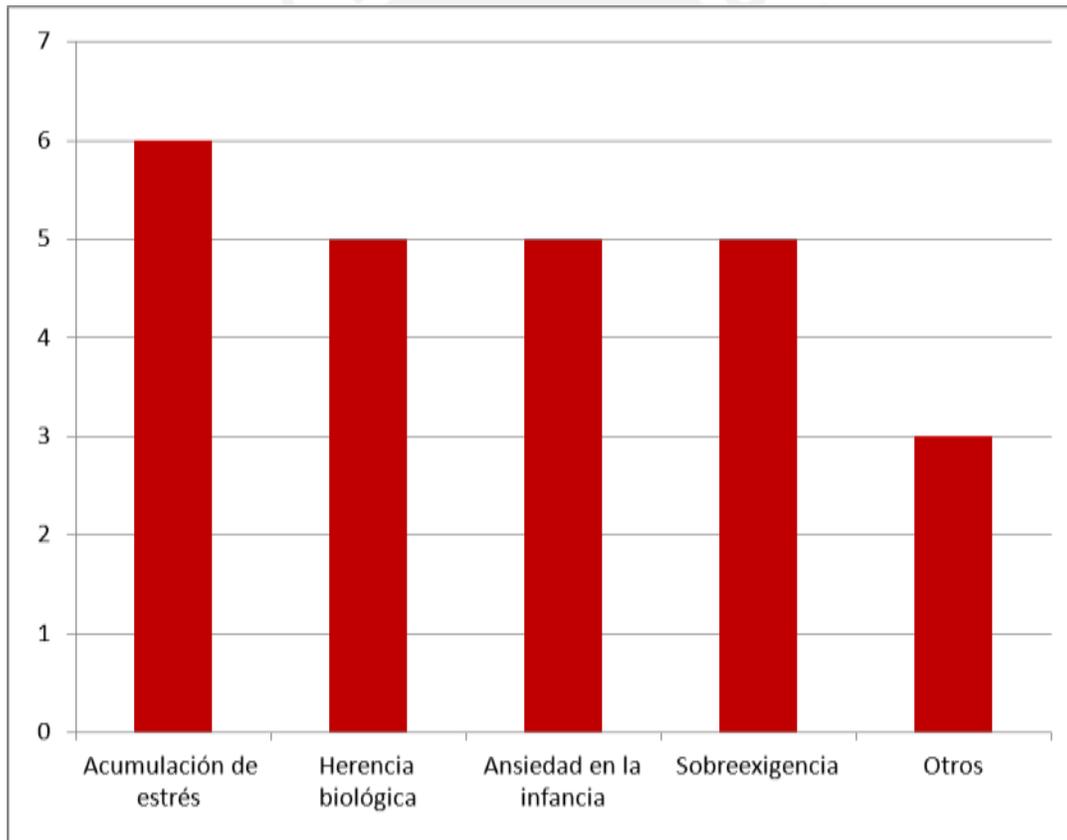


Gráfico 3: Creencias sobre las causas de su ansiedad en el grupo clínico.

Como se puede observar, no hubo mayores diferencias a nivel muestral a excepción de la categoría *Otros*, que incluye respuestas que aluden a la desesperanza, el vacío y el no saber los motivos causantes de la propia ansiedad. En este caso, una menor cantidad de individuos eligió esta opción. A nivel estadístico, las personas ubicadas en esta categoría mostraron puntuaciones más elevadas en la escala total de alexitimia que aquellas que no reportaron el tipo de respuestas mencionadas. Asimismo, se encontró que exhiben mayores dificultades para comunicar sus sentimientos a los demás, lo que corresponde al Factor 2 (Tabla 8). En ambos casos las diferencias son grandes.

Tabla 8: Pacientes ubicados en la categoría *Otros*.

	Presencia (N=3)		Ausencia (N=15)		U	p	d
	Media	D. E.	Media	D. E.			
Factor 1	21.33	8.62	14.60	6.78	11.500	0.187	
Factor 2	<b>16.00</b>	1.00	<b>9.20</b>	4.21	5.000	<b>0.037</b>	2.62
Factor 3	22.00	4.58	18.13	4.39	13.000	0.259	
Total	<b>59.33</b>	7.23	<b>41.93</b>	11.00	6.000	<b>0.050</b>	1.91

Por otro lado, se compararon las puntuaciones de alexitimia de ambos grupos con los distintos datos personales y sólo una de las variables resultó significativa. Los pacientes que han recibido tratamientos previos, ya sean psicológicos o psiquiátricos, exhiben mayor dificultad para comunicar sus sentimientos a los demás y, en general, puntúan más alto en la escala total de alexitimia que aquellos que no han recibido tratamientos previos. Además, si bien no se puede afirmar que existe una diferencia significativa –dado que la significancia es de 0.058 en el Factor 1- se observa una tendencia a que los pacientes con tratamientos previos presenten mayor dificultad para identificar sus sentimientos y distinguir entre éstos y sus sensaciones corporales que los pacientes sin dichos tratamientos (Tabla 9).

Tabla 9: Pacientes que han recibido tratamientos previos.

	Presencia (N=5)		Ausencia (N=13)		U	p	d
	Media	D. E.	Media	D. E.			
Factor 1	22.20	8.79	13.23	5.05	13.500	0.058	
Factor 2	<b>14.00</b>	4.12	<b>8.92</b>	4.13	8.500	<b>0.017</b>	1.23
Factor 3	15.20	4.66	14.08	4.29	29.500	0.766	
Total	<b>51.40</b>	10.95	<b>36.23</b>	10.56	9.000	<b>0.020</b>	1.41

En resumen, los pacientes con Trastorno de ansiedad generalizada se acercan más a las características presentes en las personas alexitímicas que los individuos sin trastornos mentales diagnosticados. De igual manera, el grupo clínico exhibe mayores dificultades para identificar sus sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales.

De otro lado, los pacientes que no reportaron pensamientos anticipatorios puntúan más alto en la escala total de alexitimia. Asimismo, aquellos que experimentan temor o desesperanza en sus momentos de ansiedad tienen mayor dificultad para comunicar sus sentimientos a los demás. Por otro lado, los pacientes que se aíslan, lloran o no hacen nada cuando experimentan ansiedad presentan un pensamiento más orientado a lo externo. Por último, los pacientes que reportaron desesperanza o vacío como la causa de su ansiedad; o no saber los motivos de su presencia, puntuaron más alto en la escala total de alexitimia y presentan mayores dificultades para comunicar sus sentimientos a los demás.

Finalmente, se encontró que los pacientes que han recibido tratamientos previos, ya sean psicológicos o psiquiátricos, exhiben mayores niveles de alexitimia que aquellos que no han recibido tratamiento alguno. Además, presentan una mayor dificultad para comunicar sus sentimientos a los demás.

## Capítulo 4

### Discusión

Antes de pasar a discutir los resultados se hará referencia al instrumento empleado para medir la alexitimia: la TAS-20. Si bien esta escala ha mostrado adecuados niveles de validez y confiabilidad en estudios dentro y fuera de Latinoamérica, en la presente investigación se encontraron dificultades con algunos ítemes. Tanto el ítem 5 como el ítem 18 resultaron no ser muy adecuados como medidas para evaluar el pensamiento orientado hacia lo externo (Factor 3); no son muy claros en relación al constructo y tienen una menor calidad en comparación con los demás ítemes.

En el ítem 5 -“Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos”- el acto de analizar se contrapone al acto de describir o explicar. Si bien son procesos distintos, no son necesariamente opuestos. Uno podría pensar, como comentaron varios de los participantes, que para explicar algo primero es necesario analizarlo, aunque sea someramente. Es decir, el primer proceso podría asumirse como implicado en el segundo. Debido a ello, les resultaba extraña la oposición. Ahora, si bien en el pensamiento orientado hacia lo externo se suelen narrar hechos -describirlos- pero sin aludir a la dimensión afectiva (Fernández-Montalvo & Yáñez, 1994), lo que podría reflejar una deficiencia en el análisis de una situación debido a una visión parcializada de la misma, esa sutileza no es lo suficientemente clara en la frase ni fue captada por los individuos que respondieron la encuesta.

Con respecto al ítem 18 -“Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, aún en momentos de silencio”-, pareciera aludir a una capacidad empática, a un poder ‘captar’ al otro, ‘leerlo’ -en este caso- sin necesidad del uso del lenguaje. En este sentido, se aleja un poco del constructo que quiere medir, que es el pensamiento orientado hacia lo externo. Si bien para la empatía tiene que haber una conexión con los propios afectos, tema que se vincula con el pensamiento orientado hacia lo externo, ésta

está un paso más allá y constituye un proceso más complejo. La situación que configura la afirmación no es fácil para la mayoría de personas, alexitímicas o no, con pensamiento orientado hacia lo externo o no, por lo que es muy probable que no sea un buen diferenciador. Por otro lado, probablemente no sea muy conveniente hacer referencia a terceras personas para evaluar este constructo porque el otro podría funcionar como un distractor de uno mismo; uno podría mirar al otro para no mirarse a sí mismo.

Por otro lado, si bien se conservó el ítem 16 -“Prefiero ver programas ligeros de entretenimiento, en vez de dramas psicológicos”-, tampoco resultó ser una buena medida para el Factor 3. Una razón para ello puede ser que en la actualidad mucha gente ve televisión por periodos largos de tiempo. Al plantearseles la pregunta, aunque les gusten los dramas psicológicos, es probable que concluyan que prefieren los programas ligeros porque los ven más a menudo o por más tiempo. Esto porque usualmente uno no se expondría por tanto tiempo a estímulos capaces de movernos afectivamente. Entonces, y como se observó en los comentarios de los participantes al momento de la aplicación, el tiempo empleado sería lo que guiaría las respuestas más que las preferencias individuales.

En relación a los resultados los pacientes con TAG obtuvieron puntuaciones más altas en la escala de alexitimia en comparación con el grupo de contraste. Aquello concuerda con lo hallado en investigaciones realizadas en otros países que señalan una asociación entre alexitimia y ansiedad (Tutkun, et. al., 2004) y entre alexitimia y algunos trastornos de ansiedad (De Berardis, et. al., 2007; Marchesi, et. al., 2005; Galderesi, et. al., 2008; Grabe, et. al., 2006; Parker, et. al., 1993). Una buena parte de las investigaciones se ha dedicado a estudiar el síndrome en el Trastorno de Pánico debido a su notable sintomatología somática. En contraste, son pocos los estudios orientados a explorar la alexitimia en pacientes con TAG. No obstante, en una investigación realizada hace unos años (Gutiérrez & Arbej, 2005) se encontró que pacientes con TAG puntuaban más alto en alexitimia que un grupo control.

Si bien es cierto que el TAG presenta un componente cognitivo muy fuerte, constituido principalmente por preocupaciones recurrentes, ello no lo exime de presentar también síntomas somáticos, tal como se explicita en el DSM-IV-TR. Aquello se aprecia claramente en la muestra del presente trabajo, donde los participantes señalaron como los síntomas más importantes los pensamientos anticipatorios negativos y las sensaciones fisiológicas. Efectivamente, la ansiedad –y sin ubicarla en un plano patológico- conlleva ciertas sensaciones a nivel físico pues el cuerpo se está preparando

para huir, atacar o actuar de algún modo; la sangre se dirige hacia las extremidades, la respiración y el ritmo cardíaco aumentan, entre otros. De hecho, no es casual que los participantes hayan señalado con más frecuencia que cuando se sienten ansiosos lo que normalmente hacen es cambiar de actividad. El cuerpo necesita hacer algo para liberar la tensión generada por la ansiedad; necesita actuar. Ahora, si a ello le sumamos un desorden como el TAG -en el cual el llamado de alerta no se 'apaga' cuando el peligro ya pasó o la alarma se activa en ausencia de peligro real o la señal es demasiado intensa en relación al peligro- no debiera sorprender un incremento en los tipos de reacciones fisiológicas y en su intensidad, aunque no se trate de lo que más caracteriza a este trastorno. Esto es importante en la medida en que permite vincular los hallazgos con las investigaciones llevadas a cabo con pacientes con Trastorno de Pánico y, lo más importante, con la alexitimia.

Independientemente del origen o causa del TAG y de la alexitimia, ambos comparten un déficit similar que consiste en una falla en la conexión entre las emociones -dimensión biológica del afecto- y las representaciones mentales (McDougall, 1994; Sivak & Wiater, 1998; Ritcher, et. al., 2006; Romei, et. al., 2008). Así como el alexitímico no logra definir adecuadamente lo que siente, los pacientes con TAG tampoco logran comprender o identificar a cabalidad lo que sucede dentro de ellos. Hay un malestar continuo y difuso que se acompaña de una sensación de poco control al que difícilmente se puede dar un nombre por más que se le relacione con diversas preocupaciones. Los resultados parecen apoyar este razonamiento; no solo por los puntajes totales en alexitimia sino también porque de los tres factores únicamente el primero resultó significativo -dificultad para identificar los sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales. Es importante aclarar una vez más que no se está planteando que hay más alexitímicos dentro del grupo de pacientes en comparación al grupo de contraste; lo que se sugiere es que los pacientes con TAG se aproximan más a las características que presentan las personas alexitímicas que los individuos sin trastornos mentales diagnosticados.

Otro hallazgo en la investigación indica que los pacientes que no reportaron pensamientos anticipatorios negativos presentan mayores niveles de alexitimia que aquellos que sí lo hicieron. La pregunta al momento de la aplicación estaba orientada a averiguar cuáles eran los síntomas que el paciente consideraba más representativos en sus momentos de ansiedad. Una posible explicación para este resultado es que aquellas personas que presentan preocupaciones -así sean desproporcionadas, desadaptativas o

constituyan un simple medio para justificar las sensaciones a nivel corporal- logran asociar su malestar físico a un pensamiento con mayor facilidad. Ello apuntaría a una mayor capacidad, aunque inadecuada, para relacionar emociones con representaciones mentales. En el otro extremo, aquel individuo con menos preocupaciones probablemente queda con una sensación de mayor incompreensión con respecto a su estado interno, por lo que se asemeja más a una persona alexitímica. Considerando esto, es más fácil comprender por qué los pacientes con Trastorno de Pánico presentan niveles más elevados de alexitimia que los pacientes con TAG (Gutiérrez & Arbej, 2005), porque no logran vincular su ansiedad con una preocupación o representación mental particular. La brecha entre las emociones y el pensamiento resulta así mayor. Otro resultado que apoya lo anterior consiste en que, al ser preguntados por los factores que consideran causantes de su ansiedad, los pacientes que dieron respuestas que denotaban desesperanza, vacío o desconocimiento puntuaron más alto en la escala total de alexitimia y en el Factor 2, que se refiere a las dificultades para comunicar los propios sentimientos a los demás. Nuevamente aquí no hay una representación mental clara -sino más bien difusa- con respecto a lo que les sucede.

De otro lado, se halló que aquellos que experimentan temor o desesperanza en sus momentos de ansiedad tienen mayor dificultad para comunicar sus sentimientos a los demás. En estas personas probablemente exista una sensación intensa de no poder ser ayudado. Uno podría estar confundido con respecto a sí mismo, pero si además siente que no está logrando explicarse ante un otro, así la explicación gire en torno a su propia confusión, posiblemente tenga un sentimiento de aislamiento y soledad significativo. El temor y la desesperanza son, aunque de manera distinta, afectos sobrecogedores que podrían inundar a la persona y dejarla de algún modo paralizada. Ello quizás hace que resulte más difícil la explicación de lo que sucede a nivel interno. Además, posiblemente afecten el esfuerzo o la motivación del individuo para intentar hacerse comprender pues en el fondo no le encuentra utilidad.

Adicionalmente se halló que los pacientes que se aíslan, lloran o no hacen nada cuando experimentan ansiedad muestran un estilo de pensamiento orientado hacia lo externo. Las tres conductas mencionadas apuntan a una actitud pasiva, donde pareciera ser imprescindible la intervención de un otro para que la persona halle solución a su problema. Quizá albergue esa fantasía, con lo cual se libera de la responsabilidad de dirigirse a sí misma en busca de alternativas, o quizá considera que no cuenta con los

recursos suficientes para hacer frente a ciertas situaciones, por lo que centrarse en sí misma sería inútil.

Finalmente, se halló que los pacientes que han recibido tratamientos previos presentan mayor dificultad para comunicar sus sentimientos a las demás personas y, en general, exhiben mayores niveles de alexitimia que aquellos que no han recibido tratamientos previos. Esto podría estar en relación a lo que se ha denominado como alexitimia primaria (véase Otero, 1999; Velasco, en: Páez & Casullo, comp., 2000), donde el síndrome constituye un rasgo relativamente estable de la personalidad y, como las fallas en los antiguos tratamientos lo sugieren, se trataría de una situación difícil de revertir pues la persona estaría predispuesta a ello.

La presente investigación constituye un aporte para el cuerpo de conocimiento sobre el Trastorno de ansiedad generalizada y la alexitimia en nuestro país. Si bien es cierto que estudios similares se han realizado en varios lugares, en el Perú existe poca información sobre ambos síndromes. Tal vez porque se trata de dos fenómenos que generan controversia: en ambos casos algunos profesionales postulan que son categorías válidas y útiles y otros opinan de deberían ser anuladas o modificadas. Dentro de las opiniones de los últimos, en el caso de la alexitimia por ejemplo, refieren que se trataría de un subgrupo de síntomas presentes en más de un trastorno y que por ello no tendría mayor relevancia; en el caso del TAG, algunos sostienen que se trataría de un trastorno de ansiedad indiferenciado en lugar de un trastorno específico (Barlow, et. al., 1986). Ello por la heterogeneidad en su expresión y por la presencia de varios de sus síntomas en otros trastornos de ansiedad.

Probablemente esa es una de las razones por las que no se han hecho muchos estudios sobre el TAG. Así, es siempre valioso trabajar distintos temas en asociación a este trastorno que es quizá el menos estudiado de los trastornos de ansiedad. A partir de la presente investigación se aprecia que los pacientes con TAG, con buena educación y posición económica presentan mayores niveles de alexitimia que las personas sin trastornos mentales con esas mismas características. Aunque no se puede generalizar al grueso de la población, ya se tiene un poco más de información sobre algunos elementos que se podrían presentar en el TAG. Sería interesante, por ejemplo, que estudios posteriores investiguen con pacientes con menos recursos económicos y educativos; ver si sucede lo que al parecer se da en otros lugares con respecto a este tipo de población: niveles más elevados de alexitimia en comparación a aquellos con mayores recursos (Tutkun, et. al., 2004).

Finalmente, dado que en la actualidad existen iniciativas con el objetivo de implementar técnicas terapéuticas para gente con alexitimia (véase Grabe, et. al., 2008; Kennedy & Franklin, 2002), y dado que se ha encontrado niveles más altos de alexitimia en pacientes con TAG que en personas sin trastornos mentales diagnosticados, los pacientes con TAG podrían beneficiarse de estas técnicas una vez verificada la presencia de características alexitímicas.

Una de las limitaciones importantes de esta investigación es no contar con baremos adecuados de la TAS-20 para la población peruana pues, debido a ello, es imposible determinar si los pacientes con niveles elevados de alexitimia podrían, en efecto, ser considerados como alexitímicos. Posiblemente en nuestro medio el punto de corte no sería el mismo por temas culturales. Sería importante que en un futuro se generen baremos propios que permitan determinar una presencia significativa o no de este síndrome.

Otra dificultad que se encontró fue conseguir una muestra más grande. Ello genera ciertas limitaciones; por ejemplo, en este caso no se pudo dividir la muestra por rangos de edades más pequeños para ver si aparecía alguna diferencia en los resultados asociada a esta variable. Además, con un mayor número de participantes las preguntas abiertas se hubieran podido organizar en categorías de una mejor manera. Posiblemente no hubiera habido una necesidad de agrupar categorías similares sino que se hubiera trabajado con constructos más específicos.

Por último, debido a que en la mayoría de teorías se señala el vínculo madre-hijo al referirse a las posibles causas de alexitimia, y dado que en la muestra surgieron respuestas que relacionaban la ansiedad adulta con ansiedad en la infancia, sería interesante que en estudios futuros se recoja y analice mayor información sobre la historia familiar y las experiencias tempranas de cada participante.

## Referencias bibliográficas

- Barlow, D., Blanchard, E., Vermilyea, J., Vermilyea, B. & DiNardo, P. (1986). Generalized Anxiety and Generalized Anxiety Disorder: Description and Reconceptualization. *The American Journal of Psychiatry*, 143(1). 40-44.
- Beck, A., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective*. Estados Unidos de América: Basic Books.
- De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., Sepede, G., Salini, G., Carano, A. et. al. (2005). Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(5). 350-358.
- De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., La Rovere, R., Sepede, G., Core, L. et. al. (2007). Alexithymia, Fear of Bodily Sensations and Somatosensory Amplification in Young Outpatients with Panic Disorder. *Psychosomatics*, 48(3). 239 - 246.
- Fernández-Montalvo, J. & Yárnoz, S. (1994). Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento. *Psicothema*, 6(3). 357-366.
- Freud, S. (1916). 25ª conferencia. La angustia. En: Freud, S. (1999-2002). *Obras completas*. Vol.16. Amorrortu ediciones.
- Freud, S. (1925). Inhibición, síntoma y angustia. En: Freud, S. (1999-2002). *Obras completas*. Vol.20. Amorrortu ediciones.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Madrid, Sao Paulo: Editorial Médica Panamericana.
- Galderesi, S., Mancuso, F., Mucci, A., Garramone, S., Zamboli, R. & Maj, M. (2008). Alexithymia and Cognitive Dysfunctions in patients with Panic Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(3). 182-188.
- Grabe, H., Spitzer, C. & Freyberger, H. (2001). Alexithymia and the Temperament and Character Model of Personality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5). 261-267.

- Grabe, H., Ruhmann, S., Ettelt, S., Muller, A., Buhtz, F., Hochrein, A. et. al. (2006). Alexithymia in Obsessive-Compulsive Disorder – Results from a Family Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(5). 312-318.
- Grabe, H., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Grogër, R., Franke, G. et. al. (2008). Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 77(3). 189-194.
- Gutierrez. J. & Arbej, J. (2005). Alexitimia y amplificación somatosensorial en el trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada. *Psicothema*, 17(1). 15–19.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Haatainen, K., Hintikka, J. & Viinamäki, H. (2004). Relationships Among Alexithymia, Adverse Childhood Experiences, Sociodemographic Variables, and Actual Mood Disorder: A 2-Year Clinical Follow-Up Study of Patients With Major Depressive Disorder. *Psychosomatics*, 45(3). 197-204.
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. (2002). *Anales de Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002*. Vol. XVIII(1 y 2).
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. (2003). *Anales de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003*. Vol. XIX(1 y 2).
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. (2005). *Anales de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004*. Vol. XXI(1 y 2).
- Kennedy, M. & Franklin, J. (2002). Skills-based Treatment for Alexithymia: An Exploratory Case Series. *Behaviour Change*, 19(3). 158-171.
- López, J. & Aliño, I. (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, España: Masson.
- Marchesi, C., Fonto, S., Balista, C., Cimmino, C. & Maggini, C. (2005). Relationship between Alexithymia and Panic Disorder: A Longitudinal Study to Answer an Open Question. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1). 56-60.
- McDougall, J. (1994). *Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. Argentina: Julian Yébenes.
- Moriguchi, Y., Decety, J., Ohnishi, T., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K. et. al. (2007). Empathy and Judging Other’s Pain: An fMRI Study of Alexithymia. *Cerebral Cortex*, 17(9). 2223-2234.
- Otero, J. (1999). Alexitimia, una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(72). 587-596.

- Páez, D. & Casullo, M., comp. (2000). *Cultura y alexitimia ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* Argentina: Paidós.
- Parker, J., Taylor, G., Bagby, R. & Acklin, M. (1993). Alexithymia in Panic Disorder and Simple Phobia: A Comparative Study. *The American Journal of Psychiatry*, 150(7). 1105-1107.
- Richter, J., Möller, B., Spitzer, C., Letzel, S., Bartols, S. & Barnow, S. (2006). Transcallosal Inhibition in Patients with and without Alexithymia. *Neuropsychobiology*, 53(2). 101-107.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Colombia: Norma.
- Romei, V., De Gennaro, L., Fratello, F., Curcio, G., Ferrara, M. & Pascual-Leone, A. (2008). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(3). 175-181.
- Sifneos, P. (1996). Alexithymia: Past and Present. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7). 137-142.
- Sivak, R. & Wiater, A. (1998). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica*. Argentina: Paidós.
- Spitzer, C., Siebel-Jürges, U., Barnow, S., Grabe, H. & Freyberger, H. (2005). Alexithymia and Interpersonal Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4). 240-246.
- Taylor, G. & Bagby, M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2). 68-77.
- Tutkun, H., Savas, H., Zoroglu, S., Esgi, K., Herken, H. & Tiryaki, N. (2004). Relationship between Alexithymia, Dissociation and Anxiety in Psychiatric Outpatients from Turkey. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 41(2). 118-124.
- Yelsma, P., Hovestadt, A., Anderson, W. & Nilsson, J. (2000). Family of Origin expressiveness: Measurement, meaning, and relationship to Alexithymia. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(3). 353-363.
- Zeitlin, S. & McNally, R. (1993). Alexithymia and Anxiety Sensitivity in Panic Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(4). 658-660.



## ANEXOS



**Anexo A**  
**Consentimiento informado**



**Anexo B**  
**Instrumentos**



**Anexo C**  
**Análisis estadísticos**

## Consentimiento informado

El propósito de la presente ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La investigación es conducida por Carolina Romero Watson, estudiante de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, bajo la dirección de la asesora Patricia Martínez. El objetivo del estudio es la exploración de los niveles de alexitimia y sus características en pacientes con Trastorno de angustia y Trastorno de ansiedad generalizada. Aquello permitirá un mayor conocimiento sobre los trastornos, lo cual además podría contribuir con la mejora en sus actuales tratamientos.

Si usted accede a participar en esta investigación se le pedirá responder a un protocolo que consta de tres partes, donde encontrará preguntas de diversa índole.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas en el protocolo serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Adicionalmente, es importante resaltar que los participantes no recibirán ninguna información acerca de su desempeño en este estudio o sobre los resultados del mismo. Aquellos serán luego publicados en la Tesis una vez concluida la investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algunas de las preguntas del protocolo le resultan incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos por su tiempo y participación.

---

Nombre del Participante

---

Firma del Participante

---

Fecha

Nº

Sexo: .....

Edad: .....

Estado civil: .....

Vive con:

.....  
.....

Nivel de instrucción: .....

Diagnóstico: .....

Fecha del diagnóstico: .....

¿Ha tenido tratamientos previos al actual? Especifique.

.....  
.....  
.....

Sin contar con el tratamiento actual, ¿alguna vez tomó medicamentos para su problema de ansiedad? Especifique.

.....  
.....

¿Actualmente toma algún medicamento para su problema de ansiedad? Especifique.  
¿Hace cuánto tiempo lo toma?

.....  
.....

¿Tiene algún otro tratamiento adicional actualmente? Especifique.

.....  
.....

¿Presenta otras enfermedades actualmente? Especifique.

.....  
.....

A continuación encontrará tres preguntas. Por favor, tómese su tiempo para responder y hágalo de la manera más sincera posible.

1. Piense en momentos de ansiedad que ha tenido, ¿cómo se sentía?

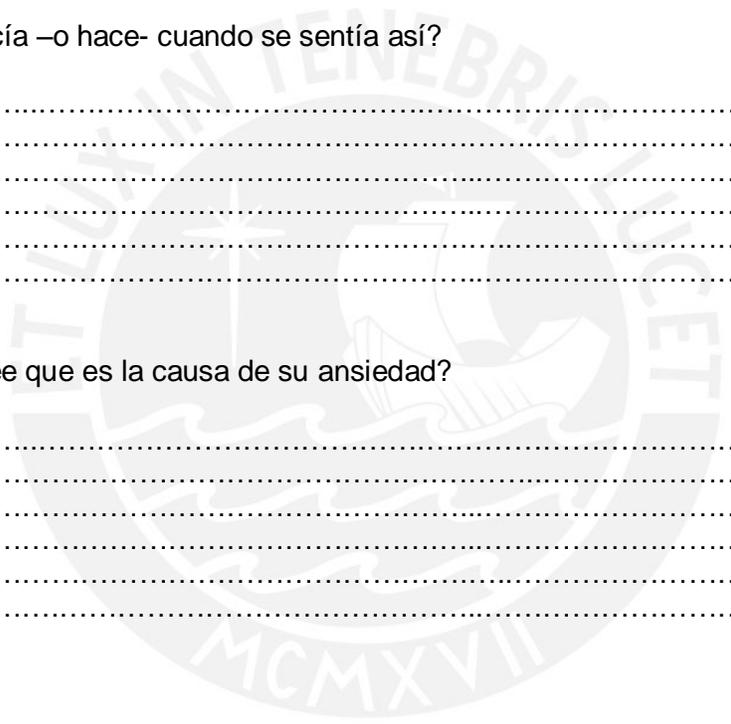
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. ¿Qué hacía –o hace- cuando se sentía así?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. ¿Cuál cree que es la causa de su ansiedad?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



## O. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

( SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1 a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	NO	SÍ	1
b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	NO	SÍ	2
	MARCAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	SÍ	3
O2	¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	NO	SÍ	4
O3	MARQUE <b>NO</b> SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.			
	<b>En los últimos seis meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:</b>			
a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
c	¿Se sentía cansado, débil o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
f	¿Tenía dificultad durmiendo ( dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10

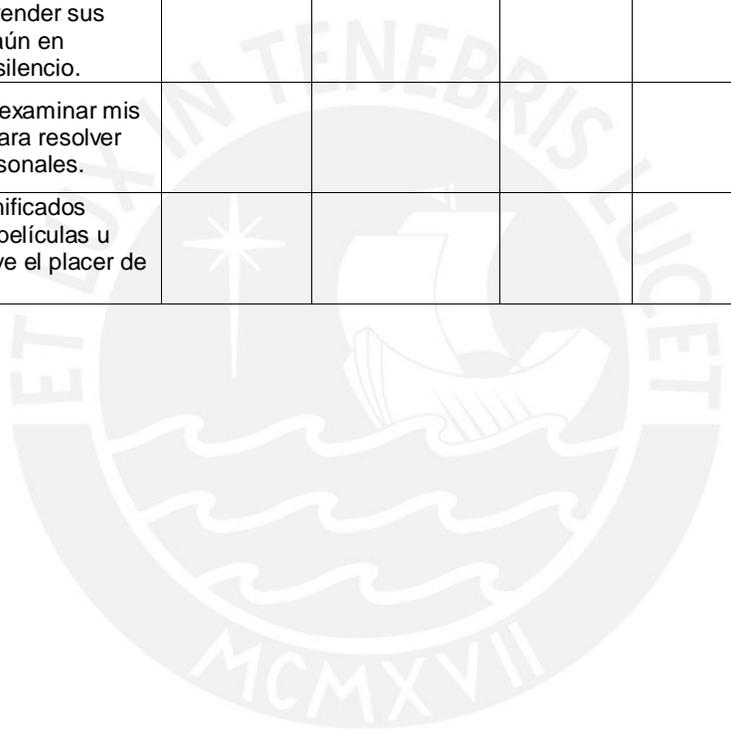
¿MARCÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO	SÍ
<b>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL</b>	

Por favor, lea atentamente cada una de las afirmaciones y marque con una “X” en qué medida está o no de acuerdo con cada una de ellas.

	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1) A menudo me encuentro confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo.					
2) Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos.					
3) Tengo sensaciones físicas que ni los médicos las entienden.					
4) Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad.					
5) Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos.					
6) Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustado o enojado.					
7) A menudo estoy confundido con las sensaciones que noto en mi cuerpo.					
8) Prefiero dejar que pasen las cosas, en vez de analizar por qué han ocurrido así.					
9) Tengo sentimientos que no puedo identificar.					
10) Estar en contacto con las emociones es esencial.					
11) Me es difícil describir o explicar lo que siento sobre la gente.					
12) La gente me pide que explique con más detalle mis sentimientos.					
13) No sé lo que pasa en mi interior, dentro de mí.					

14) A menudo no sé por qué estoy enojado.					
15) Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos.					
16) Prefiero ver programas ligeros de entretenimiento, en vez de dramas psicológicos.					
17) Me es difícil mostrar mis sentimientos más profundos, incluso a mis amigos más íntimos.					
18) Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, aún en momentos de silencio.					
19) Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.					
20) Buscar los significados ocultos en las películas u obras disminuye el placer de disfrutarlas.					



## Datos personales: muestra completa

		Sexo			
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Total
Masculino (N=22)	Media	12.50	9.73	14.55	36.77
	D.E.	6.38	4.63	4.02	12.72
Femenino (N=14)	Media	13.57	10.00	13.43	37.00
	D.E.	7.29	4.22	4.07	10.40
	U	131.500	145.500	130.500	146.000
	<i>p</i>	0.462	0.781	0.444	0.795
		Estado civil			
Soltero (N=24)	Media	12.33	9.88	13.54	35.75
	D.E.	5.58	3.92	3.78	10.26
Casado (N=12)	Media	14.08	9.75	15.25	39.08
	D.E.	8.61	5.48	4.41	14.44
	U	140.000	129.500	104.000	124.000
	<i>p</i>	0.892	0.624	0.178	0.501
		Vive con			
Padre y/o hermanos (N=20)	Media	11.60	9.85	14.10	35.55
	D.E.	4.73	3.87	3.89	9.77
Pareja y/o hijos (N=10)	Media	14.60	9.50	15.10	39.20
	D.E.	9.42	5.54	4.65	15.45
Familia extensa (N=6)	Media	14.50	10.33	12.50	37.33
	D.E.	7.12	4.89	3.39	12.28
	Chi	1.338	0.499	2.491	0.299
	<i>p</i>	0.512	0.779	0.288	0.861
		Nivel de instrucción			
Superior completa (N=22)	Media	12.91	9.68	12.95	35.55
	D.E.	6.86	4.82	3.62	11.61
Otros (N=14)	Media	12.93	10.07	15.93	38.93
	D.E.	6.60	3.85	4.07	12.02
	U	148.500	134.000	99.000	124.500
	<i>p</i>	0.857	0.513	0.073	0.338

## Datos personales: pacientes con TAG

		Fecha de diagnóstico			
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Total
Hasta los 6 meses (N=13)	Media	16.31	11.08	13.85	41.23
	D.E.	7.87	4.77	4.22	12.84
Mayor a los 6 meses (N=5)	Media	14.20	8.40	15.80	38.40
	D.E.	6.06	4.10	4.60	12.66
	U	30.000	21.000	24.500	28.000
	<i>p</i>	0.803	0.253	0.428	0.657
		Tratamientos previos			
Afirmativo (N=5)	Media	22.20	14.00	15.20	51.40
	D.E.	8.79	4.12	4.66	10.95
Negativo (N=13)	Media	13.23	8.92	14.08	36.23
	D.E.	5.05	4.13	4.29	10.56
	U	13.500	8.500	29.500	9.000
	<i>p</i>	0.058	0.017	0.766	0.020
		Medicación anterior			
Afirmativo (N=5)	Media	18.80	13.00	14.40	46.20
	D.E.	8.79	5.34	6.50	15.87
Negativo (N=13)	Media	14.54	9.31	14.38	38.23
	D.E.	6.65	4.11	3.45	10.85
	U	22.500	17.500	31.500	21.000
	<i>p</i>	0.318	0.136	0.921	0.257
		Tiempo de medicación en meses			
Hasta los 6 meses (N=13)	Media	16.31	11.08	13.85	41.23
	D.E.	7.87	4.77	4.22	12.84
Mayor a los 6 meses (N=5)	Media	14.20	8.40	15.80	38.40
	D.E.	6.06	4.10	4.60	12.66
	U	30.000	21.000	24.500	28.000
	<i>p</i>	0.803	0.253	0.428	0.657
		Tratamiento psicológico			
Afirmativo (N=6)	Media	13.17	9.50	11.67	34.33
	D.E.	4.92	3.45	3.83	9.67
Negativo (N=12)	Media	17.00	10.75	15.75	43.50
	D.E.	8.12	5.22	3.96	12.95
	U	24.500	31.500	17.500	23.500
	<i>p</i>	0.276	0.671	0.081	0.241



## Comparaciones de grupos para cada ítem

	Grupo clínico (N=18)		Grupo de contraste (N=18)		U	p
	Media	D. E.	Media	D. E.		
Ítem 1	2.39	1.29	1.44	0.856	91.000	0.014
Ítem 2	2.22	1.263	1.83	1.15	132.000	0.308
Ítem 3	1.89	1.491	1.11	0.471	116.000	0.035
Ítem 4	1.67	0.594	1.83	1.098	162.000	1.000
Ítem 6	2.28	1.32	1.83	1.15	128.000	0.254
Ítem 7	1.94	1.211	1.44	1.149	113.000	0.063
Ítem 8	1.78	1.166	2.06	1.11	127.500	0.241
Ítem 9	2.39	1.42	1.72	1.127	118.000	0.132
Ítem 10	1.89	1.278	1.67	0.907	155.000	0.806
Ítem 11	2.5	1.543	1.72	0.895	122.000	0.178
Ítem 12	1.67	0.907	2	1.138	137.000	0.391
Ítem 13	2.39	1.65	1.22	0.732	95.500	0.010
Ítem 14	2.44	1.423	1.33	0.84	87.000	0.007
Ítem 15	2.61	1.42	3.06	1.349	130.500	0.307
Ítem 16	3.39	1.42	3.17	1.425	147.000	0.627
Ítem 17	2.28	1.565	1.94	1.305	142.000	0.495
Ítem 19	2	1.188	1.83	0.924	156.000	0.839
Ítem 20	2.72	1.638	2.06	0.938	129.000	0.279

## Preguntas abiertas

## ¿Qué sentía?

		Sensaciones fisiológicas			
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Total
Presencia (N=8)	Media	14.63	9.13	13.00	36.75
	D.E.	4.00	3.98	2.62	7.81
Ausencia (N=10)	Media	16.60	11.30	15.50	43.40
	D.E.	9.29	5.10	5.13	15.00
	U	36.500	31.000	25.500	30.500
	p	0.753	0.420	0.195	0.398
		Inquietud motora			
Presencia (N=6)	Media	17.00	9.00	11.50	37.50
	D.E.	8.10	2.61	3.73	11.00
Ausencia (N=12)	Media	15.08	11.00	15.83	41.92
	D.E.	7.15	5.36	3.90	13.37
	U	32.500	31.000	15.500	34.000
	p	0.740	0.637	0.053	0.851
		Pensamientos anticipatorios negativos			
Presencia (N=9)	Media	12.44	9.11	13.89	35.44
	D.E.	4.93	4.83	4.51	12.04
Ausencia (N=9)	Media	19.00	11.56	14.89	45.44
	D.E.	8.05	4.36	4.26	11.39
	U	20.000	25.000	36.500	18.000
	p	0.067	0.168	0.722	0.047

<b>Problemas de concentración o desesperación</b>					
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Total
Presencia (N=5)	Media	15.40	12.80	13.80	42.00
	D.E.	7.99	5.50	5.07	14.09
Ausencia (N=13)	Media	15.85	9.38	14.62	39.85
	D.E.	7.36	4.11	4.15	12.38
U		29.000	19.000	32.000	29.000
<i>p</i>		0.727	0.180	0.960	0.730
<b>Irritación o hipersensibilidad emocional</b>					
Presencia (N=6)	Media	16.67	11.00	14.00	41.67
	D.E.	10.11	4.60	3.85	11.81
Ausencia (N=12)	Media	15.25	10.00	14.58	39.83
	D.E.	5.93	4.82	4.64	13.27
U		35.000	28.500	32.000	33.000
<i>p</i>		0.924	0.479	0.706	0.779
<b>Temor o desesperanza</b>					
Presencia (N=6)	Media	18.67	13.67	14.33	46.67
	D.E.	7.20	4.18	4.13	12.89
Ausencia (N=12)	Media	14.25	8.67	14.42	37.33
	D.E.	7.19	4.03	4.54	11.55
U		19.000	12.000	34.000	19.000
<i>p</i>		0.107	0.023	0.851	0.111

## ¿Qué hacía?

<b>Buscar apoyo en otros, persistir en la tarea o realizar actividades físicas</b>					
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Total
Presencia (N=6)	Media	15.00	7.67	13.17	35.83
	D.E.	9.40	3.20	2.93	10.61
Ausencia (N=12)	Media	16.08	11.67	15.00	42.75
	D.E.	6.46	4.77	4.82	13.12
U		27.500	18.000	26.500	22.000
<i>p</i>		0.420	0.089	0.371	0.190
<b>Intentar controlar respuestas fisiológicas o tomar medicación</b>					
Presencia (N=6)	Media	13.83	9.00	13.00	35.83
	D.E.	2.23	4.15	3.10	6.74
Ausencia (N=12)	Media	16.67	11.00	15.08	42.75
	D.E.	8.78	4.90	4.74	14.24
U		33.000	29.000	24.500	26.500
<i>p</i>		0.776	0.509	0.279	0.373
<b>Cambiar de actividad</b>					
Presencia (N=8)	Media	15.13	10.00	12.13	37.25
	D.E.	6.53	3.78	3.44	9.27
Ausencia (N=10)	Media	16.20	10.60	16.20	43.00
	D.E.	8.18	5.42	4.16	14.53
U		39.000	38.500	19.000	36.000
<i>p</i>		0.928	0.893	0.061	0.722
<b>Aislarse, llorar o no hacer nada</b>					
Presencia (N=5)	Media	19.40	14.00	18.20	51.60
	D.E.	9.45	5.10	4.27	14.74
Ausencia (N=13)	Media	14.31	8.92	12.92	36.15
	D.E.	6.16	3.75	3.40	8.74
U		23.000	14.500	11.500	15.000
<i>p</i>		0.343	0.074	0.037	0.084

## ¿Cuál cree que es la causa?

		Acumulación de estrés			
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Total
Presencia (N=6)	Media	15.50	8.33	17.83	41.67
	D.E.	9.22	3.08	5.04	10.44
Ausencia (N=12)	Media	15.83	11.33	19.25	46.42
	D.E.	6.60	5.07	4.41	13.21
U		33.500	24.000	28.000	27.500
p		0.813	0.257	0.452	0.426
		Herencia biológica			
Presencia (N=5)	Media	17.20	9.40	18.00	44.60
	D.E.	8.87	3.51	5.48	13.90
Ausencia (N=13)	Media	15.15	10.69	19.08	44.92
	D.E.	6.93	5.09	4.33	12.19
U		31.000	30.500	28.500	31.500
p		0.881	0.842	0.692	0.921
		Ansiedad en la infancia			
Presencia (N=5)	Media	15.20	10.20	18.00	43.40
	D.E.	6.42	6.26	5.79	16.32
Ausencia (N=13)	Media	15.92	10.38	19.08	45.38
	D.E.	7.85	4.17	4.19	11.09
U		32.500	30.000	29.000	29.000
p		1.000	0.804	0.729	0.730
		Sobrexigencia personal			
Presencia (N=5)	Media	12.80	9.00	18.20	40.00
	D.E.	2.77	3.00	1.79	4.18
Ausencia (N=13)	Media	16.85	10.85	19.00	46.69
	D.E.	8.24	5.15	5.28	13.92
U		25.500	27.500	30.000	24.500
p		0.485	0.619	0.805	0.430
		Otros			
Presencia (N=3)	Media	21.33	16.00	22.00	59.33
	D.E.	8.62	1.00	4.58	7.23
Ausencia (N=15)	Media	14.60	9.20	18.13	41.93
	D.E.	6.78	4.21	4.39	11.00
U		11.500	5.000	13.000	6.000

---

$p$	0.187	0.037	0.259	0.050
-----	-------	-------	-------	-------

---

