

ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD, ANSIEDAD Y SINTOMATOLOGÍA SOMÁTICA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE PANICO E HIPOCONDRIA

Paloma Chorot, Bonifacio Sandín, Rosa M^a Vallente,
Miguel A. Santed y Miguel Romero
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

RESUMEN

El objetivo de esta investigación ha consistido en delimitar las diferencias entre el trastorno de pánico y la hipocondría a partir de una serie de variables relacionadas con la ansiedad (ansiedad somática y cognitiva, sensibilidad a la ansiedad y preocupación), la actitud hacia la enfermedad y la sintomatología somática, en orden a establecer los posibles patrones discriminativos entre ambos tipos de categorías diagnósticas. Se han utilizado dos grupos de sujetos clínicos (trastorno de pánico vs. hipocondría) y un grupo de sujetos normales (grupo de control). Los resultados tienden a indicar una cierta diferenciación entre los pacientes con pánico y los hipocondríacos en base a los síntomas y características asociadas a la activación autónoma (sensibilidad a la ansiedad, cardiovascular, etc.). Los grupos clínicos no han sido significativamente diferentes entre sí en las variables de ansiedad, aunque ambos difieren de los sujetos normales, exhibiendo éstos puntuaciones más bajas. En relación con las variables de actitud hacia la enfermedad, las subescalas correspondientes a preocupaciones corporales, fobia a la enfermedad, creencias hipocondríacas y experiencia de tratamiento, parecen representar las dimensiones que reflejan una mayor capacidad discriminativa entre el pánico y la hipocondría. Finalmente, nuestros datos han constatado factorialmente la separación entre dos dimensiones asociadas a la actitud hacia la enfermedad, esto es, la fobia a la enfermedad y la creencia de enfermedad. Mientras que la primera dimensión podría darse en ambos trastornos, la segunda parece más característica del trastorno hipocondríaco.

Palabras clave: Trastorno de pánico, hipocondría, actitud hacia la enfermedad, síntomas somáticos, sensibilidad a la ansiedad, ansiedad, preocupación (*worry*).

ABSTRACT

The phenomenon of co-occurrence between anxiety disorders and hypochondriasis has been widely documented by a number of authors, being identified hypochondriacal concerns in a lot of panic disorder patients. The present study seeks to compare hypochondriacal subjects with panic disordered patients on anxiety measures (somatic and cognitive anxiety, anxiety sensitivity and worry), illness attitude and somatic complaints, in order to delineate possible differences between these two diagnostic categories. The sample consisted of panic patients, hypochondriacal subjects and normal group. First of all, our data tend to show that panic disorder appears to be more characterized by fear of arousal symptoms. On the contrary, fears of arousal non-reactive symptoms are linked with hypochondriasis. No differences were found among clinical groups on worry and cognitive/somatic anxiety. The Illness Attitude Scales (IAS) appears to be able to discriminate hypochondriasis from panic disorder, specially body preoccupations, disease phobia, hypochondriacal beliefs, and treatment experience subscales. Finally, the findings are discussed according to the view reflecting two dimensions of hypochondriasis, i.e., illness phobia and conviction of having a disease.

Key words: Panic disorder, hypochondriasis, illness attitude, somatic symptoms, anxiety sensitivity, anxiety, worry.

INTRODUCCIÓN

Recientemente se ha producido un notable incremento en el interés por el estudio del trastorno hipocondríaco y, en ocasiones, se ha cuestionado la validez de este trastorno como entidad nosológica, sobre todo por su particular relación con la ansiedad y los trastornos de ansiedad (Chorot y Martínez, 1995; Chorot, Sandín, Santed y Jiménez, 1994; Martínez, 1997; Martínez, Belloch y Botella, 1996; Pilowsky, 1997). El grupo de Oxford (Warwick y Salkovskis, 1990; Salkovskis y Clark, 1993) ha propuesto separar la hipocondría del grupo de los trastornos somatoformes e incluirla en el grupo de los trastornos de ansiedad. Estos autores han señalado dos razones básicas que justificarían dicho cambio. En primer lugar, porque los pacientes hipocondríacos exhiben niveles elevados de ansiedad y, en segundo lugar, porque existen tasas muy elevadas de comorbilidad entre ambos trastornos. Tal y como ha referido Barsky (1992), el 86% de los sujetos hipocondríacos manifestaban también algún tipo de trastorno de ansiedad. En concreto, se ha enfatizado la posible vinculación de la hipocondría con el trastorno obsesivo-compulsivo (Barsky, 1992; Savron et al., 1996), con el trastorno de ansiedad generalizada (Starcevic, Fallon, Uhlenhuth y Pathak, 1994) y con el trastorno de pánico (Otto, Pollack, Sachs y Rosenbaum, 1992; Salkovskis y Clark, 1993; Taylor, 1994).

En concreto, el estudio de las relaciones entre el trastorno hipocondríaco y el trastorno de pánico ha despertado un especial interés debido a que se han observado ciertos solapamientos entre ambos trastornos, que vienen a reflejar un elevado nivel de comorbilidad tanto a nivel sintomatológico como a nivel diagnóstico. En relación con la comorbilidad de síntomas, algunos autores (Noyes, Reich, Clancy y O'Gorman, 1986; Fava, Kellner, Zielezny y Grandi, 1988) han identificado preocupaciones (quejas) hipocondríacas en aproximadamente entre un 50 y un 70% de los pacientes con trastorno de pánico. No obstante, en el reciente trabajo de Noyes, Wesner y Fisher (1992), los sujetos con fobia a la enfermedad (entendida como un subtipo de hipocondría) diferían de los sujetos con pánico en que no referían ataques de pánico espontáneos ni síntomas agorafóbicos. Estos autores vienen a concluir que la fobia a

la enfermedad habría que considerarla como una entidad clínica distinta del trastorno de pánico.

Por lo que respecta a la comorbilidad diagnóstica, el grupo de Oxford ha venido indicando que aproximadamente un 60% de los pacientes diagnosticados primariamente como hipocondríacos reunían también de forma secundaria los criterios diagnósticos para el trastorno de pánico. No obstante, los estudios centrados en la mera existencia de comorbilidad diagnóstica no sólo no han resuelto el problema sino que, a lo sumo, han servido para asumir la presencia de posibles factores comunes a ambos trastornos, algo semejante a lo que ha ocurrido al comparar los trastornos de ansiedad con los depresivos (véase Sandín, 1997; Sandín y Chorot, 1995a).

Una vía alternativa para abordar la problemática de la comorbilidad podría consistir en delimitar las posibles características comunes y/o diferenciales entre ambas categorías diagnósticas (Chorot, Sandín, Santed y Jiménez, 1994). En este sentido, cabría destacar como elementos comunes: a) el papel dominante de la sintomatología somática; b) la presencia de preocupación; y c) las interpretaciones erróneas/falsas de los signos y síntomas corporales (interpretaciones catastróficas) como mecanismo desencadenante en ambos trastornos (Salkovskis y Clark, 1993). No obstante, también se han referido ciertos aspectos diferenciales contextualizados en estos tres puntos así como en relación con otros fenómenos. Resumiendo, los elementos comparativos que se han tomado como referencia se han centrado básicamente en torno a la sintomatología somática, la ansiedad, el constructo de preocupación (*worry*), las interpretaciones catastróficas, y las creencias/actitudes (véase la Tabla 1).

En relación con la sintomatología somática, mientras que en el trastorno de pánico deberían predominar los síntomas de activación del sistema nervioso autónomo, tales como, taquicardia, palpitaciones, sudoración, sensaciones de ahogo, etc., en la hipocondría serían más frecuentes las manifestaciones somáticas más difusas y crónicas (p.ej., dolor) (Taylor, 1994). En consecuencia, en ambos tipos de trastornos se ha sugerido que existe un predominio de las manifestaciones de ansiedad somática. Sin embargo, asumiendo el propio constructo de ansiedad

Tabla 1. -Características diferenciales entre el trastorno de pánico y el trastorno hipocondríaco.

Modalidad	Trastorno de Pánico	Hipocondría
Sintomatología	Síntomas de activación	Manifestaciones somáticas de no activación
Ansiedad	Miedo a los síntomas somáticos de ansiedad sensibilidad a la ansiedad	Miedo a los síntomas somáticos de no activación
Preocupación	Preocupación circunscrita a la aparición de nuevos ataques	Preocupación general por la enfermedad
Interpretaciones catastróficas	Catástrofe inminente	Catástrofe a largo plazo
Creencias/actitudes	Creencia en las consecuencias peligrosas de los síntomas	Actitudes generales hacia la enfermedad (convicción de enfermedad)

cabría establecer una diferencia entre ambos trastornos en base al fenómeno de sensibilidad a la ansiedad (Sandín, Chorot y McNally, 1996). En particular, algunos autores que defienden dicha hipótesis (McNally, 1990; Taylor, 1994), sugieren que los pacientes con trastorno de pánico deberán presentar miedo a los síntomas somáticos de la ansiedad, esto es, miedo a los síntomas de activación, en contraste con el miedo a la sintomatología somática de no-activación asociado a la hipocondría (p. ej., síntomas dermatológicos o musculares). En esta misma línea, Clark y Salkovskis (1993) y Warwick y Salkovskis (1990) plantean el problema en términos de interpretaciones catastróficas de los síntomas, según el cual los pacientes con diagnóstico de pánico interpretan de forma errónea (como algo peligroso) los síntomas de carácter autónomo, los cuales llevan asociados respuestas de ansiedad elevadas. Se establece, de esta forma, un mecanismo de *feedback*, debido al cual la presencia de ansiedad evoca el incremento de síntomas que, a su vez, lleva

asociado el incremento de ansiedad. En el caso de la hipocondría, se malinterpretan los síntomas que no están sujetos a una amplificación (p. ej., la aparición de un bulto). El mecanismo de *feedback* es, probablemente, una conducta a largo plazo, tal como focalizar la atención en zonas específicas del cuerpo mediante chequeos repetidos. En opinión del grupo de Salkovskis, tanto el pánico como la hipocondría interpretan las sensaciones corporales como indicadores de una catástrofe (física o mental), pero mientras que en el trastorno de pánico la catástrofe tendría un carácter inminente (p. ej., ataque al corazón), en la hipocondría la catástrofe sería de tipo insidioso (crónico) o a largo plazo (p. ej., un cáncer).

Así mismo, las creencias y actitudes que subyacen a las interpretaciones catastróficas parecen ser diferentes en ambos trastornos. Tal y como se indica en la Tabla 1, los pacientes con trastorno de pánico asumen la creencia de que los síntomas somáticos tienen consecuencias peligrosas. Por otra parte, uno de los

modelos más aceptados sobre la hipocondría (Kellner, 1986) ha sugerido la relevancia de un conjunto de actitudes hacia la enfermedad que podrían ser responsables en último término de la conducta hipocondríaca. El modelo, sin embargo, ha planteado cierta controversia, puesto que surge como un modelo heterogéneo (no unitario) en el que podrían estar representados dos dimensiones o subtipos distintos de hipocondría (Kellner, 1986; Pilowsky, 1967). Por una parte, la convicción de enfermedad, cuya característica central se basaría en el miedo a los síntomas corporales múltiples y a diversidad de enfermedades, y sería típica de la hipocondría. Por otra parte, la fobia a la enfermedad, definida como el miedo focalizado en un síntoma o enfermedad única, estaría más vinculada con el trastorno de pánico.

El objetivo de la presente investigación se ha centrado en delimitar las posibles diferencias en ansiedad (sensibilidad a la ansiedad, ansiedad cognitiva-somática, y preocupación), quejas somáticas y actitudes hacia la enfermedad entre los pacientes con diagnóstico primario de trastorno de pánico y los pacientes con diagnóstico primario de hipocondría.

En relación con la sintomatología somática hipotetizamos que los pacientes con trastorno de pánico deberían exhibir una frecuencia más elevada en síntomas de activación que los pacientes hipocondríacos, mientras que estos últimos manifestarían un mayor predominio de los síntomas de enfermedad más general.

En segundo lugar, nos interesaba conocer si la sensibilidad a la ansiedad podía ser un elemento diferenciador entre pánico e hipocondría. Basándonos en los postulados de McNally (1990), cabría esperar que la sensibilidad a la ansiedad debería ser superior en el trastorno de pánico que en el hipocondríaco, ya que dicho constructo suele predecir la ocurrencia de los ataques de pánico.

En tercer lugar, pretendíamos delimitar la posible existencia de variaciones en las distintas modalidades de ansiedad (ansiedad cognitiva, ansiedad somática y preocupación). Hipotetizamos que en la escala de preocupación alcanzarían puntuaciones más elevadas los sujetos con hipocondría, dado que en este trastorno predomina un tipo de preocupación general frente a la preocupación focalizada en la aparición de nuevos ataques, típica del trastorno de pánico.

Finalmente, el cuarto objetivo ha consistido en determinar si existen diferencias en actitudes hacia la enfermedad en favor de la hipocondría, tal y como argumentó Kellner (1986), y si dicha variable discrimina claramente ambos grupos diagnósticos (trastorno de pánico versus hipocondría).

Adicionalmente, nos interesaba clarificar si es posible aislar factorialmente las dos dimensiones sobre convicción de enfermedad y fobia a la enfermedad, propuestas por Kellner (1986) como constitutivas del trastorno hipocondríaco.

MÉTODO

Participantes

Utilizamos una muestra de 58 participantes clínicos ambulatorios, constituida por un grupo de 30 pacientes con trastorno de pánico (20 mujeres y 10 varones) y un grupo de 28 pacientes hipocondríacos (13 varones y 15 mujeres). La edad media de la muestra era de 32,1 años (rango = 19-49 años). Ninguno de los pacientes poseía evidencia de presentar algún trastorno psicótico, abuso de drogas, o enfermedad médica. Además, los grupos de pacientes se establecieron de tal forma que los sujetos con diagnóstico de trastorno de pánico no poseyeran un trastorno secundario de hipocondría, y viceversa, los pacientes con diagnóstico de hipocondría no debían poseer un diagnóstico secundario de trastorno de pánico. Se utilizó también un grupo de control constituido por 25 participantes normales, los cuales estaban libres de cualquier trastorno psicológico o médico en el momento del estudio. La edad media de este grupo era de 29,8 años (rango = 19-43 años). Todos los sujetos fueron previamente informados de que se trataba de una investigación, y participaron voluntariamente en la misma sin que por ello recibiesen ningún tipo de compensación económica.

Procedimiento y medidas

Inicialmente los pacientes fueron diagnosticados en consulta ambulatoria en el Hospital General de Las Palmas de Gran Canaria, de acuerdo con los criterios del DSM-III-R (APA, 1987). Posteriormente, fueron entrevistados en el centro asistencial Asepeyo empleándose para ello la entrevista estructurada *Anxiety Disorders*

Interview Schedule-Revised (ADIS-R; Di Nardo y Barlow, 1988), a partir de la cual se establecieron los diagnósticos definitivos. La ADIS-R se aplicó también a los sujetos del grupo de control. Tras la aplicación de la entrevista ADIS-R, en una sesión aparte, los pacientes cumplimentaron las pruebas psicológicas que referimos a continuación.

Escala de Síntomas Somáticos (ESS) (Sandín y Chorot, 1991a). Se aplicó la forma abreviada del cuestionario, la cual consta de 54 ítems. El ESS fue diseñado para evaluar un amplio rango de síntomas y manifestaciones somáticas. Los sujetos estiman, en un rango que oscila entre 1 y 5, la frecuencia con que han experimentado cada uno de los síntomas durante el último año. Además de facilitar una puntuación general sobre la sintomatología somática, permite también obtener puntuaciones en relación con las subescalas siguientes: Inmunológico general (IG), Cardiovascular (CV), Respiratorio (RS), Gastrointestinal (GI), Neurológico-sensorial (NS), Piel y alergia (PA), Músculo-esquelético (ME), Genitourinario (GE) y Reproductor femenino (RF). Los datos relativos a la validez y fiabilidad (Sandín y Chorot, 1991a) han indicado que las propiedades psicométricas de esta escala son aceptables.

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (Anxiety Sensitivity Index, ASI) (Peterson y Reiss, 1987). Aplicamos la versión en español de Sandín y Chorot (1990a). Datos sobre la validación de esta escala con muestras españolas han sido referidos recientemente (Sandín, Chorot y McNally, 1996). En concreto, esta escala aporta una medida sobre el constructo de sensibilidad a la ansiedad. Consta de 16 ítems, que evalúan de forma conjunta el miedo asociado a las sensaciones corporales de la ansiedad (p.ej., "Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida"), así como la preocupación sobre las posibles consecuencias negativas de los síntomas de ansiedad (p.ej., "Cuando siento que mi corazón late muy de prisa, me preocupa que pudiera tener un ataque cardíaco").

Cuestionario de Ansiedad Cognitiva-Somática (Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire, CSAQ) (Schwartz, Davidson y Goleman, 1978). Este cuestionario está constituido por 14

reactivos, de los cuales 7 son de índole cognitivo (subescala cognitiva) y 7 representan manifestaciones somáticas de la ansiedad (subescala somática). Se utilizó la versión española de Sandín y Chorot, sobre la cual se han aportado datos psicométricos en favor de su fiabilidad y validez (Sandín, Chorot, Lostado, Santed y Valiente, 1996; Sandín, Chorot, Santed, Jiménez y Romero, 1994).

Cuestionario de Preocupación PSWQ (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Aplicamos la versión española (Sandín y Chorot, 1995b), cuyos datos sobre validez, fiabilidad y estructura factorial han sido demostrados (Chorot et al., 1997; Sandín et al., 1995). Se trata de un cuestionario de 16 ítems diseñado por el grupo de Borkovec para evaluar la frecuencia e intensidad del constructo de preocupación (*worry*) patológica. Indica el nivel general de ésta (no evalúa esferas específicas de preocupación) (p.ej., "Siempre estoy preocupado por algo").

Escalas de Actitud hacia la Enfermedad (Illness Attitude Scales, IAS) (Kellner, 1986). Consiste en un conjunto de escalas (3 ítems por escala) que evalúan los miedos, actitudes y creencias asociados con la hipocondría. Incluye las siguientes subescalas: Preocupación por la enfermedad (PE; p.ej., "¿Le preocupa su salud?"), Preocupación por el dolor (PD; p.ej., "Cuando tiene algún dolor, ¿le preocupa que pueda estar causado por alguna enfermedad grave?"), Hábitos saludables (HS; p.ej., "Suele examinar su cuerpo para ver si tiene algo mal?"), Creencias hipocondríacas (CH; p.ej., "¿Cree que tiene alguna enfermedad física pero que los médicos no se la han diagnosticado correctamente?"), Tanatofobia (TF; p.ej., "¿Le asusta pensar en la muerte?"), Fobia a la enfermedad (FE; "¿Le da miedo el que Ud. pueda tener una enfermedad del corazón?"), Preocupaciones corporales (PC; p.ej., "Cuando tiene alguna sensación en su cuerpo, ¿se preocupa Ud. por ello?"), Experiencia de tratamiento (ET; p.ej., "¿Con qué frecuencia visita al médico?"), y Efecto de los síntomas (ES; p.ej., "¿Sus síntomas corporales le impiden concentrarse o le obligan a dejar de hacer algo en que estaba ocupado/a?"). Aplicamos la versión española de Chorot y Sandín (1989), la cual posee aceptables datos sobre fiabilidad y validez (Chorot, Sandín, Santed y Jiménez, 1994).

RESULTADOS

Diferencias en sintomatología somática

En la Tabla 2 presentamos las medias y desviaciones típicas (DT) obtenidas por los tres grupos de participantes (pacientes con trastorno de pánico, pacientes hipocondríacos y sujetos no clínicos) para las 8 variables (subescalas) de la Escala de Síntomas Somáticos (ESS). Para constatar las posibles diferencias entre las medias de los diferentes grupos para las distintas variables de la ESS, en primer lugar aplicamos un análisis de varianza multivariado (MANOVA) de un factor (grupos) sobre las 8 subescalas de la ESS (variables dependientes), el cual resultó ser estadísticamente significativo [Hotelling $F(16, 164) = 6,1, P < 0,001$]. Posteriormente se aplicaron análisis de varianza univariados (ANOVA, variable independiente = grupos) para cada una de las subescalas del cuestionario ESS. Como puede apreciarse en la Tabla 2, todos los ANOVAs resultaron ser estadísticamente significativos excepto los correspondientes a las variables IG y PA.

Para poder constatar las posibles diferencias entre los grupos, tomados éstos de dos en dos, aplicamos la prueba de comparaciones múltiples LSD (*least significant difference*) modificada de acuerdo con la corrección de Bonferroni para eliminar el exceso de error Tipo I. En la Tabla 2 referimos los resultados de estas comparaciones, denotándose, como cabría esperar, diferencias significativas entre los participantes normales y los sujetos clínicos en la mayoría de las variables. Al comparar entre los dos grupos de pacientes, es decir, si los pacientes con trastorno de pánico y los pacientes hipocondríacos, obtenemos diferencias significativas entre ambos sólo para la variable ME (mayores puntuaciones en los hipocondríacos). Respecto a la variable CV se evidencia una tendencia hacia una mayor puntuación en los pacientes con pánico, si bien las diferencias no llegan a alcanzar el nivel de significación del 0,05. Finalmente, la variable GU está significativamente más elevada en los pacientes que en los sujetos del grupo de control, pero sólo en

Tabla 2.- Diferencias en sintomatología somática (ESS) entre los pacientes con trastorno de pánico, los hipocondríacos y el grupo de control (normales)

Variable ESS	Grupos			E (2,90)
	Trastorno de pánico	Hipocondría	Control	
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	
Inmunológico General (IG)	9,7 (2,4)	10,2 (3,0)	8,5 (2,1)	2,5
Cardiovascular (CV)	14,9 ^a (4,5)	12,6 ^a (5,0)	6,7 ^b (2,0)	27,6**
Respiratorio (RS)	13,7 ^a (3,5)	13,2 ^a (4,6)	8,5 ^b (2,6)	17,2**
Gastrointestinal (GI)	12,2 ^a (3,6)	12,9 ^a (4,9)	8,2 ^b (2,1)	14,8**
Neurológico/sensorial(NS)	14,0 ^a (4,5)	12,6 ^a (4,8)	7,2 ^b (2,7)	22,9**
Piel/alergia (PA)	12,5 (3,9)	12,2 (5,4)	10,6 (4,1)	1,7
Músculo/esquelético (ME)	14,2 ^a (5,1)	15,9 ^b (4,5)	9,8 ^c (3,4)	11,5**
Genitourinario (GU)	7,5 ^{a,b} (2,6)	9,5 ^a (4,4)	6,2 ^b (2,9)	6,5*

Nota. Las medias que comparten superíndice no son significativamente diferentes entre sí al nivel del 0,05 (LSD -*least significant difference*- modificada según corrección de Bonferroni).

*P < 0,01; **P < 0,001.

los pacientes hipocondríacos (no hay diferencias entre los pacientes con trastorno de pánico y los normales).

Diferencias en las variables de ansiedad

Para el análisis de las diferencias en las variables de ansiedad (sensibilidad a la ansiedad, ASI; ansiedad cognitiva y somática, CSAQ; y preocupación patológica, PSWQ) seguimos el mismo procedimiento estadístico referido para las variables de sintomatología somática. El MANOVA, aplicado sobre las 5 variables de ansiedad (variables dependientes) (véase la Tabla 3) resultó estadísticamente significativo [Hotelling $E(10, 170) = 14,4$, $P < 0,001$]. Los resultados de los ANOVAs, así como las medias y desviaciones típicas, aparecen indicados en la Tabla 3. Como puede observarse, existieron diferencias significativas en los 5 ANOVAs efectuados, tal y como se desprende de los valores y significación estadística de las pruebas de F . Las comparaciones entre pares de grupos reflejan que los pacientes, tanto hipocondríacos como con trastorno de pánico, poseen niveles significativamente superiores en todas las medidas de la ansiedad efectuadas. Aunque no parecen existir diferencias significativas entre

ambos grupos de pacientes, se observa que las medias son ligeramente superiores en el grupo de hipocondríacos, excepto en sensibilidad a la ansiedad donde las medias son más altas en el grupo de pacientes con trastorno de pánico.

Diferencias en actitud hacia la enfermedad (IAS)

En la Tabla 4 se indican las medias y desviaciones típicas que obtuvieron los tres grupos en las variables de actitud hacia la enfermedad. Al igual que para los anteriores grupos de variables dependientes, se aplicó un MANOVA para las 9 subescalas del IAS, resultando éste significativo [Hotelling $E(18, 162) = 12,6$, $P < 0,001$]. Los estadísticos F y la significación estadística correspondientes a los 9 ANOVAs están, así mismo, indicados en la Tabla 4. Todos los ANOVAs han resultado ser estadísticamente significativos, excepto el relacionado con la variable HS (Hábitos de salud).

Las comparaciones *post hoc* entre medias indican la existencia de patrones diferentes en función de las distintas variables del IAS. Un primer patrón se evidencia con respecto a las variables Preocupación por la enfermedad (PE), Preocupaciones corporales (PC), Experiencia

Tabla 3.- Diferencias entre los tres grupos de participantes en las variables de ansiedad

Variables de ansiedad	Grupos			E (2,90)
	Trastorno de pánico	Hipocondría	Control	
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	
Sensibilidad a la ansiedad (ASI)	34,5 ^a (12,1)	30,7 ^a (11,3)	11,1 ^b (6,1)	45,6 [*]
CSAQ-Cognitiva	19,8 ^a (6,5)	22,9 ^a (5,8)	11,8 ^b (2,9)	33,4 [*]
CSAQ-Somática	18,0 ^a (4,9)	19,7 ^a (5,5)	10,9 ^b (2,5)	31,6 [*]
CSAQ-General	37,8 ^a (10,2)	42,5 ^a (10,6)	22,7 ^b (6,5)	40,4 [*]
Preocupación (PSWQ)	56,1 ^a (7,5)	58,7 ^a (9,8)	42,0 ^b (8,2)	33,2 [*]

Nota. Las medias que comparten superíndice no son significativamente diferentes entre sí al nivel del 0,05 (LSD modificada según corrección de Bonferroni).

* $P < 0,001$.

Tabla 4.- Diferencias entre los tres grupos de participantes en las variables de actitud hacia la enfermedad (IAS)

Variable IAS	Grupos			E (2,90)
	Trastorno de pánico	Hipocondría	Control	
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	
Preocupación por la enfermedad (PE)	7,6 ^a (2,5)	9,5 ^b (2,8)	4,7 ^c (2,2)	25,5*
Preocupación por el dolor (PD)	5,6 ^a (3,0)	8,2 ^b (2,6)	3,9 ^a (2,6)	17,1*
Hábitos de Salud (HS)	5,7 (3,1)	7,4 (2,8)	6,0 (2,5)	3,2
Creencias Hipocondríacas (CH)	2,1 ^a (2,2)	5,9 ^b (2,8)	0,7 ^a (1,8)	43,2*
Tanatofobia (TF)	6,5 ^a (3,5)	8,4 ^a (3,6)	2,6 ^b (2,3)	24,9*
Fobia a la enfermedad (FE)	7,0 ^a (3,4)	8,7 ^a (3,5)	3,2 ^b (3,1)	20,4*
Preocupaciones corporales (PC)	5,3 ^a (2,8)	8,9 ^b (2,1)	2,8 ^c (1,4)	57,3*
Experiencia de tratamiento (ET)	5,9 ^a (2,0)	8,0 ^b (2,2)	3,4 ^c (2,1)	35,9*
Efecto de los síntomas (ES)	5,6 ^a (3,0)	7,5 ^b (2,9)	2,1 ^c (1,8)	32,2*

Nota. Las medias que comparten superíndice no son significativamente diferentes entre sí al nivel del 0,05 (LSD modificada según corrección de Bonferroni).
*P < 0,001.

de tratamiento (ET) y Efecto de los síntomas (ES). En las cuatro, los hipocondríacos puntúan más alto que los restantes grupos (pánico y control), y los pacientes con trastorno de pánico poseen puntuaciones más elevadas que los sujetos del grupo de control. Dicho de otra forma, los pacientes con pánico parecen situarse en un punto intermedio entre los normales y los hipocondríacos. En dos variables, Tanatofobia (TF) y Fobia a la enfermedad (FE), no existen diferencias significativas entre pánico e hipocondría, pero sí entre cualquiera de estos dos grupos y los participantes normales. Finalmente, hay dos variables para las cuales los pacientes con pánico parecen equiparse a los sujetos normales (no hay diferencias entre ellos), pero sí difieren ambos grupos de los pacientes hipocondríacos; estas variables son las creencias hipocondríacas (CH) y las preocupaciones por el dolor (PD).

Predicción del pánico e hipocondría

Dadas las diferencias que parecen existir entre ambos tipos de pacientes, así como también entre ellos y los sujetos normales, resultaba de interés, y a la vez necesario, analizar el poder discriminante que poseen las variables indicadas, especialmente las del cuestionario IAS, sobre los tres grupos de estudio, particularmente para determinar su capacidad de diferenciación entre ambos trastornos (i.e., trastorno de pánico vs. hipocondría). Para ello, efectuamos inicialmente un análisis de función discriminante canónica centrado específicamente en las variables del IAS (i.e., como variables independientes), y utilizando el método de inclusión por pasos (*stepwise*) basado en la minimización (reducción significativa) del coeficiente lambda de Wilks. Cinco variables fueron incluidas sucesivamente en el modelo discrimi-

Tabla 5.- Análisis de función discriminante canónica sobre los tres grupos. Se indican los valores correspondientes a las variables independientes estadísticamente significativas. Método de inclusión por pasos (*stepwise*)

Paso	Variable independiente	Lambda de Wilks	F	G.L.
1	Preocupaciones corporales (PC)	0,440	57,4*	2, 90
2	Sensibilidad a la ansiedad (ASI)	0,311	35,3*	4, 178
3	Creencias hipocondríacas (CH)	0,261	28,1*	6, 176
4	Cardiovascular(CV)	0,215	25,1*	8, 174
5	Experiencia de tratamiento (ET)	0,192	22,1*	10, 172

Nota. G.L. = grados de libertad.
* $P < 0,001$.

nante (según su nivel de significación) por el orden siguiente: PC, ET, FE, CH y ES, reduciéndose el coeficiente lambda hasta el valor de 0,254 (una reducción notoria, como puede observarse). El modelo permitía clasificar correctamente el 76,4% de todos los sujetos, el 80% de los hipocondríacos, el 60% de los pacientes con trastorno de pánico, y el 88,9% de los normales.

Puesto que el porcentaje predicho de sujetos con pánico resulta sólo moderado, aplicamos un segundo modelo de análisis discriminante múltiple, permitiendo inicialmente la posibilidad de inclusión de las restantes variables estudiadas (variables de sintomatología somática y de ansiedad). Un resumen de los resultados de este segundo análisis discriminante aparece indicado en la Tabla 5. Puede observarse la aparición de dos nuevas variables, la sensibilidad a la ansiedad y la dimensión cardiovascular de síntomas somáticos. Del modelo anterior se mantienen únicamente las variables del PC, CH y ET del cuestionario IAS (ahora dejan de ser significativas las variables FE y ES) (véase la Tabla 5). Según se desprende de la notable reducción del lambda, el modelo parece poseer mayor poder explicativo que el anterior basado exclusivamente en las variables del IAS. De acuerdo con este último análisis discriminante, a partir de las cinco variables indicadas en la Tabla 5 es posible clasificar correctamente el

87,1% de todos los sujetos, el 82,1% de los hipocondríacos, el 80% de los pacientes con trastorno de pánico y el 100% de los normales, lo cual denota una importante mejora con respecto al primer modelo.

Mediante este segundo modelo resultaron dos funciones discriminantes canónicas. De acuerdo con los coeficientes estandarizados de función discriminante, la primera función (Función 1) estaba determinada principalmente por las variables PC, ET y CH, y la segunda (Función 2) por las variables CV y ASI (y negativamente por CH). Correlacionaban de modo destacado con la Función 1 las variables (por el siguiente orden) PC, CH y ET, y en menor grado ES, PD, CSAQ-somático, CSAQ-cognitivo y ME. Las correlaciones con la Función 2 eran particularmente elevadas para las variables discriminantes CV, ASI, RS y FE. Evaluadas las funciones discriminantes a nivel de medias de grupo (centroides de grupo), evidenciamos una mayor vinculación del grupo hipocondríaco con la Función 1 y del pánico con la Función 2, mientras que los normales se asocian negativamente a ambas funciones discriminantes. En la Figura 1 pueden observarse los centroides de cada grupo, así como también las puntuaciones discriminantes obtenidas por los 93 sujetos. Como puede apreciarse, la figura denota una interesante separación entre los tres grupos de sujetos de acuerdo a las puntuaciones discriminantes que exhiben para ambas funciones.

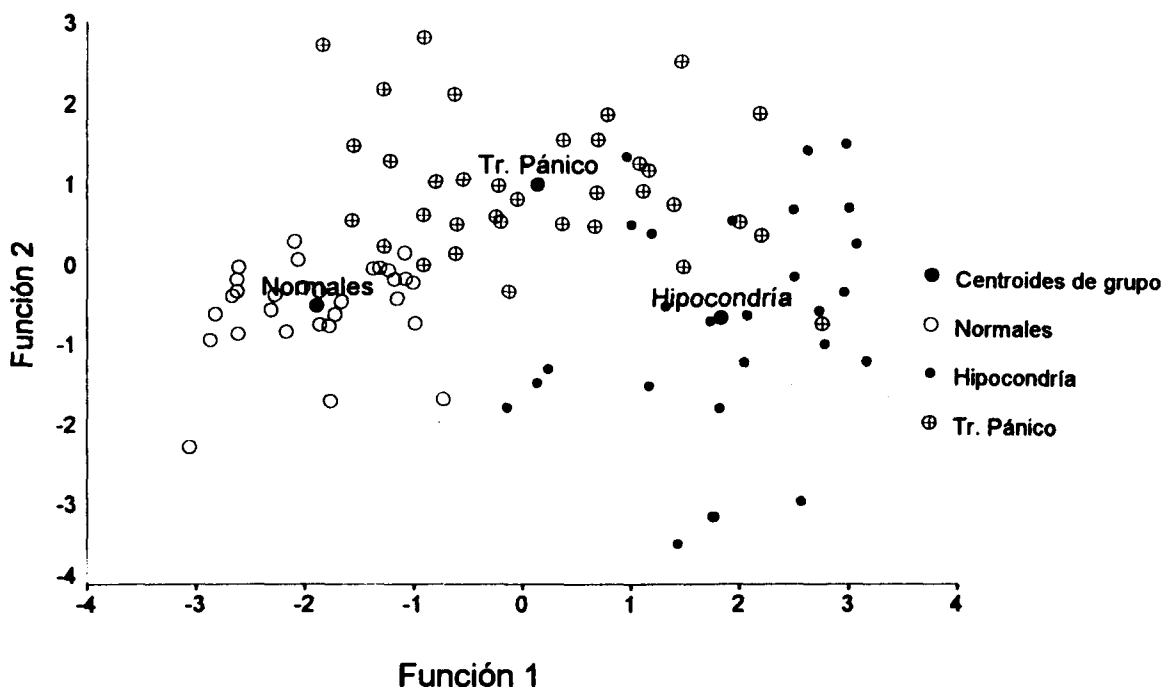


Figura 1.- Puntuaciones discriminantes para los tres grupos de sujetos (trastorno de pánico, hipocondría y normales), con indicación de los centroides de cada grupo

Análisis factorial del IAS

Con objeto de determinar empíricamente la posible existencia de las dos dimensiones asociadas al IAS (y, por tanto, al modelo de actitud hacia la enfermedad) que habíamos predicho, esto es, las dimensiones de creencia/convicción de enfermedad y de fobia a la enfermedad, factorizamos las nueve subescalas del IAS empleando la muestra total de participantes. Como método de extracción utilizamos el método de análisis de componentes principales (PCA). Por tratarse de un análisis exploratorio, para la retención del número de factores aplicamos el método de Kaiser (1961) y la prueba de sedimentación (test de *scree*; Cattell, 1966).

De acuerdo con estos criterios, aislamos dos factores, los cuales explicaban el 66% de la varianza total. Dadas las características de las variables implicadas en el análisis, los dos factores fueron rotados mediante rotación oblicua (oblimín) (véase la Tabla 6). Como puede apreciarse en la tabla, los marcadores del primer factor vienen dados por las variables ET, CH y ES, mientras que los marcadores del segundo factor están representados por las variables FE

y TF (y en menor grado, por la variable PE). La variable PD, aunque posee mayor saturación en el segundo factor, participa de forma notable en la configuración de ambos factores. La variable menos relevante, a este respecto, parece ser la relativa a los hábitos de salud (HS), pues sólo satura 0,38 en el primer factor. Nótese, así mismo, que la comunalidad de esta variable es demasiado baja.

Adicionalmente, calculamos los coeficientes alfa (de Cronbach) para ambas dimensiones del IAS, excluyendo la variable HS. Es decir, de acuerdo con los resultados del análisis factorial, calculamos la consistencia interna (coeficiente alfa) para las cuatro variables relevantes en el Factor 1 (i.e., dimensión de "convicción de enfermedad"), esto es, para las variables ET, CH, ES y PC, así como también para las cuatro variables más relevantes en el Factor 2 (i.e., dimensión de "fobia a la enfermedad"), esto es, para las variables FE, TF, PE y PD. Como puede apreciarse, los coeficientes alfa para cada una de estas dos dimensiones son elevados (0,92 y 0,93 respectivamente), lo cual es importante si tenemos en cuenta que el número de

Tabla 6.- Análisis factorial de las subescalas del IAS, rotación oblicua (oblimín) (N = 93)

	Factor 1	Factor 2	Comunalidad
<i>VARIABLES IAS:</i>			
Preocupación por la enfermedad (PE)		0,79	0,75
Preocupación por el dolor (PD)	0,41	0,49	0,62
Hábitos de salud (HS)	0,38		0,16
Creencias hipocondríacas (CH)	0,81		0,69
Tanatofobia (TF)		0,90	0,82
Fobia a la enfermedad (FE)		0,96	0,82
Preocupaciones corporales (PC)	0,69	0,28	0,76
Experiencia de tratamiento (ET)	0,89		0,68
Efecto de los síntomas (ES)	0,81		0,66
Autovalor	4,83	1,12	
Varianza explicada (%)	53,6%	12,4%	
Coeficiente α de Cronbach	0,92	0,93	
Nota. No se incluyen los pesos factoriales inferiores a 0,25.			

items es más bien moderado (12 items para cada dimensión). Esto sugiere que ambas dimensiones poseen una gran consistencia interna y, posiblemente, podrían ser utilizadas en un futuro como dimensiones alternativas del IAS (en lugar de emplear las clásicas 9 dimensiones de tres items).

DISCUSIÓN

Los resultados que presentamos en este estudio tienden a sugerir la existencia de ciertos aspectos comunes al trastorno de pánico y a la hipocondría que podrían explicar la elevada comorbilidad entre ambos trastornos. No obstante, los datos también reflejan algunos elementos diferenciales importantes entre dichos trastornos. En cuanto a las diferencias, en primer lugar una posible diferenciación podría venir dada por la sintomatología somática que predomina en uno u otro cuadro patológico, ya que nues-

tros datos sugieren que los síntomas cardiovasculares (p. ej., taquicardia) y neurosensoriales (p. ej., mareos y vértigos) tienden a ser más elevados en el trastorno de pánico, mientras que los síntomas músculo-esqueléticos parecen ser más típicos de los hipocondríacos (las diferencias entre medias, no obstante, no alcanzaron el nivel de significación estadística, por lo que deberían tomarse más bien como tendencias). Tales resultados apoyan parcialmente las predicciones publicadas en una serie de trabajos por Taylor (Taylor, 1994, 1995; Taylor et al., 1992) y McNally (1990), los cuales señalan que los síntomas físicos de activación juegan un papel importante en el trastorno de pánico, en contraste con la hipocondría que estaría más caracterizada por una tendencia a presentar síntomas físicos de no activación (p. ej., músculo-esqueléticos, etc.), síntomas más difusos, y que no implican respuestas de activación (Kellner, 1986; Warwick y Salkovskis, 1990).

En opinión de Taylor (1994), la dicotomización en cuanto al miedo a los síntomas de *arousal* y *no arousal* podría constituir dos dimensiones separadas para diferenciar el trastorno de pánico de la hipocondría. En contraste, la polémica surgida desde el grupo del Massachusetts General Hospital (Otto et al., 1992; Otto y Pollack, 1994) plantea que existe un solapamiento entre el trastorno de pánico y la hipocondría, dado que las quejas hipocondríacas, evaluadas mediante el IAS, que son indicativas de una tendencia al miedo a síntomas generales, parecen predecirse de forma importante a través del constructo de sensibilidad a la ansiedad. En esta misma línea de evidencia, Benedetti et al. (1997) han señalado la ausencia de diferencias en términos de características clínicas entre los pacientes con y sin hipocondría, durante el curso del trastorno de pánico.

Nuestros resultados han revelado que las variables de ansiedad no parecen ser suficientemente sensibles para diferenciar los dos grupos clínicos utilizados. Si bien, tal y como cabría esperar se encontraron diferencias significativas entre los sujetos normales y los sujetos clínicos en la totalidad de las variables de ansiedad, el grupo de pánico fue semejante al grupo hipocondríaco en dichas variables. Datos similares a éstos han sido referidos recientemente por Martínez et al. (1996) al comparar entre pacientes hipocondríacos y pacientes con trastorno de pánico en medidas de ansiedad-estado, ansiedad-rasgo y depresión.

Analizando las dimensiones de ansiedad por separado, observamos que las puntuaciones medias obtenidas en el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI) tienden a ser más elevadas en el pánico que en la hipocondría. En este sentido, aunque nuestros datos tenderían a sugerir que los pacientes con trastorno de pánico exhiben más miedo a los síntomas de activación (síntomas de ansiedad) que los hipocondríacos, las diferencias entre ambos no han sido significativas. Una posible explicación a dicho fenómeno podría radicar en un aspecto más metodológico que teórico, ya que en el grupo de hipocondríacos no se eliminaron aquellos sujetos que hubieran tenido algún ataque de pánico previo. En consecuencia, si bien nuestros resultados apoyan parcialmente la hipótesis de Otto et al. (1992) y de Otto y Pollack (1994) que establece que la ASI es una variable

predictora tanto del pánico como de la hipocondría, también poseen cierta congruencia con los postulados de Taylor (1994, 1995), con el modelo sobre la sensibilidad a la ansiedad (McNally, 1990, 1994; Reiss, 1991, 1997), así como con la hipótesis cognitiva desarrollada por Salkovskis y Clark (1993) en relación con la tendencia a malinterpretar ("interpretación catastrófica") las sensaciones corporales.

De forma similar a los datos referidos por Chorot et al. (1994) y Martínez et al. (1996), nuestros resultados han revelado que las puntuaciones medias de los hipocondríacos en las actitudes hacia la enfermedad, en general, son superiores a las obtenidas por los pacientes diagnosticados con trastorno de pánico y por el grupo de sujetos normales. Es de destacar las puntuaciones medias especialmente bajas de los pacientes con trastorno de pánico en la variable de creencias hipocondríacas (semejantes a los sujetos normales), así como la similitud entre los sujetos normales y los participantes clínicos (pánico e hipocondría) en la variable de hábitos de salud.

A partir de nuestro análisis factorial ha sido posible aislar las dos formas de hipocondría reconocidas por algunos autores (Chorot et al., 1994; Kellner, 1986; Marks, 1987; Pilowsky, 1967), esto es, el miedo irreal a la enfermedad (fobia a la enfermedad) y la convicción de tener una enfermedad (creencias hipocondríacas). Tras los resultados de nuestros análisis discriminantes se podría hipotetizar que mientras el primer tipo podría estar más estrechamente vinculado con el trastorno de pánico (o al menos compartido por ambos trastornos), el segundo sería más característico de la hipocondría. Este extremo podría verse reflejado en nuestros datos, además, si tenemos en cuenta que en las subescalas del IAS, el grupo de sujetos con trastorno de pánico ha puntuado especialmente alto en creencias hipocondríacas (CH), experiencia de tratamiento (ET), preocupaciones corporales (PC) y efecto de los síntomas (ES).

Los resultados presentados en este estudio aportan nueva evidencia relacionada con las similitudes y diferencias entre el trastorno de pánico y la hipocondría. Los datos confirman nuestras hipótesis iniciales respecto a la implicación de ciertas dimensiones psicológicas y psicosomáticas, tales como la sensibilidad a la ansiedad y la sintomatología fisiológica (sínto-

mas de activación autónoma versus síntomas somáticos de no activación). Así mismo, hemos delimitado dos posibles dimensiones asociadas a las actitudes hacia la enfermedad (descritas en el modelo de Kellner), esto es, una dimensión asociada al concepto de miedo a la enfermedad y la muerte, y una segunda dimensión representativa del concepto clásico de convicción de enfermedad. Finalmente, hemos puesto de relieve cómo algunas de estas variables podrían ser de valor para predecir la diferenciación entre el trastorno de pánico y el trastorno hipocondríaco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA) (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (*DSM-III-R*) (3ª ed. rev.). Washington, DC: Author.
- Barsky, A. J. (1992). Hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 791-801.
- Benedetti, A., Perugi, G., Toni, C., Simonetti, B., Mata, B., y Cassano, G.B. (1997). Hypochondriasis and illness phobia in panic-agoraphobia patients. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 124-131.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
- Chorot, P., y Martínez, P. (1995). Trastornos somatoformes. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 225-266). Madrid: McGraw-Hill.
- Chorot, P., y Sandín, B. (1989). *Escalas de Actitud hacia la Enfermedad de Kellner*. UNED, Madrid (no publicado).
- Chorot, P., Sandín, B., Santed, M.A., y Jiménez, P. (1994, septiembre). Comparison of panic disorder and hypochondriasis on somatic and cognitive anxiety. Póster presentado al 24th Congress of the European Association of Behaviour and Cognitive Therapies, Corfú, Grecia.
- Chorot, P., Sandín, B., Valiente, R. M., Santed, M. A., Lostao, L., y Jimenez, P. (1997, abril). *Estructura del worry patológico*. Póster presentado al I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, Madrid.
- Di Nardo, P. A., y Barlow, D. H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Graywind.
- Fava, G. A., Kellner, R., Zielezny, M., y Grandi, S. (1988). Hypochondriacal fears and beliefs in agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 14, 239-244.
- Kaiser, H. (1961). A note on Guttman's lower bound for the number of common factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 249-276.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and Hypochondriasis*. New York: Praeger.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals*. Oxford: Oxford University Press.
- Martínez, M.P. (1997). *Nuevas aproximaciones cognitivas a la conceptualización y al tratamiento de la hipocondría*. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia (no publicado).
- Martínez, M.P., Belloch, A., y Botella, C. (1996). Hipocondría y trastorno por angustia: ¿Dos perfiles distintos de actitudes y conductas de enfermedad?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 223-231.
- McNally, R.J. (1990). Psychological approaches to panic disorder: A review. *Psychological Bulletin*, 108, 403-419.
- McNally, R.J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. New York: Guilford Press.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., y Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Noyes, R., Reich, J., Clancy, J., y O'Gorman, T.W. (1986). Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 149, 631-635.
- Noyes, R., Wesner, R.B., y Fisher, M.M. (1992). A comparison of patients with illness phobia and panic disorder. *Psychosomatics*, 33, 92-99.
- Otto, M.W., y Pollack, M.H. (1994). Panic disorder and hypochondriacal concerns: A reply to Taylor. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 101-103.
- Otto, M.W., Pollack, M.H., Sachs, G.S., y Rosenbaum, J.F. (1992). Hypochondriacal concerns, anxiety sensitivity, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 93-104.
- Peterson, R.A., y Reiss, S. (1987). *Anxiety Sensitivity Index Manual*. Palo Heights: International Diagnostic Systems.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113, 88-93.
- Pilowsky, I. (1997). *Abnormal illness behaviour*. New York: Wiley.
- Reiss, S. (1991). Expectancy theory of fear, anxiety and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reiss, S. (1997). Trait anxiety: It's not what you think it is. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 201-214.

- Salkovskis, P.M., y Clark, D.M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances of Behaviour Research and Therapy*, 15, 23-48.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1990a). *Índice de Sensibilidad a la Ansiedad de Peterson y Reiss*. Madrid: UNED (no publicado).
- Sandín, B., y Chorot, P. (1991a). Escala de Síntomas Somáticos (ESS). *III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona, 23-25 de Septiembre.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1991b). *Cuestionario de Preocupación PSWQ*. Madrid: UNED (no publicado).
- Sandín, B., y Chorot, P. (1995a). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1995b). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 81-112). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., y McNally, R. J. (1996). Validation of the Spanish version of the Anxiety Sensitivity Index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 283-290.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Santed, M.A., y Valiente, R. (1996). Ansiedad cognitiva y somática: Estructura factorial del CSAQ. *Psiquis*, 17, 111-117.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Valiente, R., Jiménez, P., y Santed, M.A. (1995, julio). *Factor structure of the Spanish Penn State Worry Questionnaire*. Póster presentado al World Congress of Behavioural y Cognitive Therapies, Copenhagen, Dinamarca.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A., Jiménez, P., y Romero, M. (1994). Ansiedad Cognitiva y Somática: Relación con otras variables de ansiedad y psicósomáticas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 313-320.
- Savron, G., Fava, G. A., Grandi, S., Rafanelli, C., Raffi, A. R., y Belluardo, P. (1996). Hypochondriacal fears and beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 345-348.
- Schwartz, G.E., Davidson, R. J., y Goleman, D.J. (1978). Patterning of cognitive and somatic processes in the self-regulation of anxiety: Effects of meditation versus exercise. *Psychosomatic Medicine*, 40, 321-328.
- Starcevic, V., Fallon, S., Uhlenhuth, E. H., y Pathak, D. (1994). Generalized Anxiety Disorder, worries about illness and hypochondriacal fears and beliefs. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61, 93-99.
- Taylor, S. (1994). Comment on Otto et al. (1992): Hypochondriacal concerns, anxiety sensitivity, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 97-99.
- Taylor, S. (1995). Panic disorder and hypochondriacal concerns: Reply to Otto and Pollack (1994). *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 87-88.
- Taylor, S., Koch, W.J., y McNally, R.J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders?. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 249-259.
- Warwick, H.M.C., y Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 105-117.