

## **PERFIL DE CONDUCTA DE ENFERMEDAD EN PACIENTE CON CRISIS DE ANGUSTIA**

**Rafael Ballester Arnal  
Cristina Botella Arbona**

UNIVERSITAT JAUME I de CASTELLON.

### **RESUMEN**

*En este trabajo se presentan los resultados de dos estudios que tuvieron como objetivo la exploración del patrón de conducta de enfermedad que caracteriza a los pacientes con crisis de angustia frente a pacientes con otros problemas de ansiedad y un grupo control. Para ello se utilizó el cuestionario *Illness Behaviour Questionnaire* de Pilowsky. Los resultados muestran que los sujetos con crisis de angustia se caracterizan por un alto grado de hipocondría y preocupación somática, fuerte convicción de enfermedad y un elevado número de problemas afectivos.*

**Palabras clave:** *CRISIS DE ANGUSTIA, CONDUCTA DE ENFERMEDAD, ILLNESS BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE.*

### **SUMMARY**

*Results of two studies about abnormal illness behaviour profile of panic patients when compared with other anxiety patients and a control*

*group are presented in this paper. In order to that, Pilowsky's Illness Behaviour Questionnaire was used. Results point to a high level of hypochondriasis and somatic worries, a strong disease conviction and a great number of affective problems in panic patients.*

**Key words :** PANIC DISORDER, ILLNESS BEHAVIOR, ILLNESS BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE.

## INTRODUCCION

En 1962, Mechanic acuñó el concepto conducta de enfermedad como “el modo en que las personas perciben, evalúan e interpretan las sensaciones que provienen de sus cuerpos”, enfatizando el carácter activo de los sujetos en su experiencia de enfermedad y la existencia de multitud de factores biopsicosociales que pueden estar afectando el malestar subjetivo que siente el sujeto. Por otra parte, los trabajos de Pilowsky sobre la conducta anormal de enfermedad (Pilowsky, 1975) representan, sin duda alguna, una de las aportaciones más valiosas provenientes del ámbito de la Psiquiatría a este campo de estudio. Este autor definió el concepto de conducta anormal de enfermedad como “la persistencia de un modo inapropiado o desadaptativo de percibir, evaluar y actuar en relación al estado de salud de una persona, a pesar de que el médico (u otros agentes sociales adecuados) haya ofrecido una explicación razonablemente lúcida de la naturaleza de la enfermedad y del curso apropiado del tratamiento que debe ser seguido, con oportunidades para la discusión, negociación y clarificación con el paciente, basándose para ello en la evaluación de los parámetros de funcionamiento del sujeto (biológico, psicológico y social) y teniendo en cuenta la edad, y bagaje educativo y sociocultural del individuo” (Pilowsky 1969, 1987).

En opinión de este autor, resulta necesario analizar la predisposición de los pacientes a evaluar su funcionamiento en términos de salud o enfermedad, así como las necesidades básicas que llevan al sujeto a procesos perceptuales que distorsionan la realidad, sobre todo, cuando el resultado de este proceso es una desviación de la normalidad hasta un punto en que la conducta del sujeto puede ser considerada como neurótica o psicótica. Sería esta predisposición del sujeto y no sus síntomas, lo que daría origen a una determinada conducta de

enfermedad. Por otra parte, el origen de tal predisposición habría que encontrarlo en la propia historia del paciente y en los patrones socioculturales de socialización. (Pilowsky (1978, 1986)

Según Pilowsky, a partir de su concepto de conducta anormal de enfermedad podría, establecerse un continuo a lo largo del cual se situaran las categorías diagnósticas tradicionales, evitando así el solapamiento que se da entre distintos fenómenos psicopatológicos, especialmente los incluidos en los trastornos somatoformes (reacciones hipocondríacas, reacciones de conversión, dolor psicógeno, fingimiento, síndrome de Munchausen y otros. (Pilowsky, 1969, 1975).

En 1975, Pilowsky y Spence se propusieron crear un método que sirviera para explorar la naturaleza de la conducta de enfermedad, tal como había sido conceptualizada sobre la base de las observaciones psiquiátricas. Para ello, decidieron desarrollar un cuestionario que explorara las áreas afectivas, cognitivas y conductuales relevantes para la conducta anormal de enfermedad. Se trata del *Illness Behavior Questionnaire (IBQ)* o Cuestionario de Conducta de Enfermedad. Este instrumento es quizás uno de los más utilizados en las investigaciones que tienen como objetivo explorar la conducta de enfermedad en distintas poblaciones de enfermos.

Por otro lado, aunque en los últimos años se está observando un creciente interés en el trastorno por crisis de angustia o trastorno de pánico, son escasos los trabajos dirigidos a explorar la experiencia de enfermedad de estos pacientes. Bastan algunos datos para ilustrar lo que decimos. De los aproximadamente 2000 trabajos realizados en torno al trastorno por angustia desde 1983 hasta nuestros días, sólo 7 ponen en relación las crisis de angustia con aspectos de conducta de enfermedad y aún así, el contenido de éstos es muy disperso. Así, el trabajo de Elhayani, Yechezkel y Herman (1991) enfatiza la importancia de tener en cuenta los valores culturales del paciente con pánico de cara a alcanzar un buen resultado terapéutico. Fava y Grandi (1990) y Katon, Ries y Kleinman (1984) destacan la relación entre hipocondría y crisis de angustia, señalando que el concepto de conducta anormal de enfermedad de Pilowsky puede constituir un adecuado marco de referencia para distinguir estos trastornos y otros problemas de somatización. Schneier, Fyer, Martin y Ross (1991) comparan la conducta de búsqueda de ayuda en pacientes con crisis de angustia y agorafobia, con la de pacientes sin evitación agorafóbica, encontrando que los primeros informaban una mayor búsqueda de ayuda en respuesta a los ataques de pánico. Noyes, Reich, Clancy y O'Gorman (1986)

consiguen reducir la hipocondría (evaluada con el I.B.Q) en 60 pacientes con crisis de pánico sometidos a un tratamiento con alprazolam. Por último, se encuentra el trabajo de Vitaliano, Katon, Russo, Maiuro, Anderson y Jones (1987) que analiza las estrategias de afrontamiento características de pacientes con trastorno por angustia, comparados con otros tipos de pacientes, encontrando que los pacientes con crisis de angustia muestran un afrontamiento menos centrado en el problema, lo que les lleva a experimentar más ansiedad y distrés.

Dada la escasez de estudios en los que se aborda la problemática de las crisis de angustia desde la conducta de enfermedad, el presente trabajo pretende ser una incursión pionera en este campo aportando información sobre la experiencia de enfermedad de estos pacientes. Pensamos que esta información, además de ayudarnos a profundizar nuestra comprensión del trastorno por angustia, puede resultar de gran relevancia a la hora de elaborar un tratamiento psicológico cada vez más eficaz y comprehensivo para estos pacientes. Para ello, llevamos a cabo dos estudios que difieren únicamente en las características de la muestra utilizada. En este sentido, el segundo estudio intenta mejorar desde el punto de vista metodológico, las deficiencias del primero, como se verá a continuación.

## **ESTUDIO 1**

### **Muestra**

En el primer estudio (Ballester, 1992) utilizamos tres grupos de sujetos:

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

El proceso de selección de la muestra comenzó en otoño de 1989 dentro del Servicio de Asistencia Psicológica para Problemas de Ansiedad dirigido por la Dra. Botella Arbona dentro del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Valencia.

Todos los pacientes que acudían al Servicio, eran entrevistados en una

primera toma de contacto con el fin de explorar la problemática que presentaban. Una vez se encontraban indicios de que realmente el paciente presentaba un trastorno de ansiedad se le pasaba la entrevista estructurada de Spitzer y Williams (1987), en donde aparecen los criterios del DSM-III-R para el diagnóstico de los distintos problemas de ansiedad. A partir de estos criterios se establecía el diagnóstico de los pacientes, a los cuales se volvía a citar para comenzar el proceso de evaluación y, posteriormente, el tratamiento oportuno.

Además, se establecieron los siguientes criterios de admisión:

- No padecer problemas de alcoholismo, adicción a drogas, enfermedad orgánica severa, depresión mayor o psicosis.
- Estar dispuesto a dejar cualquier terapia psicológica o farmacológica al menos una semana antes de dar inicio el estudio.
- Estar disponible todo el tiempo que durara el estudio y aceptar ajustarse al programa de visitas semanales y las evaluaciones posteriores durante el período de seguimiento.
- Firmar una hoja de consentimiento acerca de la participación en el estudio una vez que la persona había sido suficientemente informada.

Tras este proceso de selección contamos para este trabajo con 32 pacientes diagnosticados de trastorno de pánico con o sin agorafobia y 24 pacientes con otros trastornos de ansiedad.

Por lo que respecta al proceso de selección del grupo control, hay que decir que éste se realizó entre alumnos de quinto curso de psicología en nuestra facultad en otoño de 1990. Se convocó a los alumnos a una primera reunión en la que se pedía su colaboración voluntaria y desinteresada en nuestra investigación para la realización de una serie de pruebas. Únicamente se les decía que esta investigación giraba en torno a los problemas de ansiedad, y que su tarea consistiría en el pase de dos pruebas y algunos cuestionarios en tres momentos a lo largo del curso, siendo la duración de cada pase de media hora. Como compensación por su tiempo, sólo se les prometía ofrecerles información en un seminario acerca del trastorno de pánico, su tratamiento y líneas actuales de investigación sobre el tema. Este seminario se impartiría una vez los estudiantes hubiesen realizado las pruebas.

En la primera entrevista individual mantenida antes del pase de las pruebas, se pedía a los estudiantes algunos datos personales como la edad y algunas situaciones, hechos, lugares o animales... que les causaban miedo o ansiedad, información que más tarde sería utilizada en otros trabajos de

investigación. La pregunta fundamental iba referida a la creencia subjetiva de padecer un trastorno de ansiedad y a la existencia de alguna enfermedad física grave o crónica.

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

	GR. PANICO	GR. ANSIEDAD	GR. CONTROL	TOTAL
PCA	23	0	0	23
PSA	9	0	0	9
ASP	0	8	0	8
FSO	0	3	0	3
FSI	0	10	0	10
TOC	0	0	0	0
TEP	0	0	0	0
TAG	0	3	0	3
SIN TRAST	0	0	34	34
TOTAL	32	24	34	90

NOTA:

PCA: Trastorno de pánico con agorafobia

PSA: Trastorno de pánico sin agorafobia

ASP: Agorafobia sin pánico.

FSO: Fobia social.

FSI: Fobia simple.

TOC: Trastorno obsesivo compulsivo.

TEP: Trastorno por estrés postraumático.

TAG: Trastorno de ansiedad generalizada.

SIN TRAST: Sin trastornos psicológicos.

Los criterios de admisión de los sujetos pertenecientes al grupo control fueron:

- No presentar los criterios para el diagnóstico de ningún problema psicológico importante como ansiedad, depresión u otros.
- No padecer ninguna enfermedad física grave o crónica.
- Comunicar al experimentador si alguno de estos problemas aparecía a lo largo del estudio.
- No mantener conversaciones con sus compañeros acerca de las características de las pruebas realizadas y sus efectos, al menos, durante el tiempo que se tardase en finalizar el estudio.
- Estar disponible todo el tiempo que durara el estudio y ajustarse a las tres sesiones de pase de pruebas.

De los cuarenta estudiantes que se habían ofrecido para colaborar con nosotros, dos expusieron no poderlo hacer por incompatibilidad horaria, una persona padecía una fobia social apreciable, y tres personas padecían una enfermedad física o sensorial (tetralogía de Falotte, ceguera total e hipermiopía respectivamente).

Tras este proceso quedaron pues, 34 estudiantes de psicología que compondrían el grupo control en nuestra investigación.

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

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

Como se puede ver en la tabla número 1, de los 32 pacientes con trastorno de pánico, 23 llevaban asociado el diagnóstico de agorafobia y los 9 restantes estaban libres de este diagnóstico. En el grupo de pacientes con ansiedad, 10 presentaban una fobia simple; 8 habían sido diagnosticados de agorafobia sin historia de pánico; 3 tenían un problema de fobia social; y los 3 restantes presentaban trastorno por ansiedad generalizada.

Por lo que respecta a la descripción de la muestra en cuanto a la variable sexo (tabla número 2), hay que decir que en los tres grupos las mujeres están más representadas que los hombres. En el grupo de los pacientes con pánico, 12 sujetos son hombres frente a las 20 mujeres. En el grupo de ansiedad, 6 sujetos son hombres frente a las 18 mujeres. Y, por último, en el grupo control, contamos con 25 mujeres y tan solo 9 hombres. En la muestra clínica el mayor porcentaje de mujeres coincide con los datos que ofrece la literatura (DSM-III-R) respecto a la mayor incidencia en las mujeres en casi todos los

problemas de ansiedad. En cuanto al grupo control, es necesario explicar el sesgo de la muestra apelando al mayor número existente de mujeres entre los estudiantes de Psicología de la Facultad de Psicología de Valencia.

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

	GRUPO PANICO	GRUPO ANSIEDAD	GRUPO CONTROL	TOTAL
HOMBRE	12	6	9	27
MUJER	20	18	25	63
TOTAL	32	24	34	90

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

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

Tal como se puede ver en la tabla número 3, la edad de los sujetos que comprenden nuestra muestra se distribuye de forma desigual en los diferentes grupos. En los tres grupos, la práctica totalidad de los sujetos se encuentra en el rango que oscila entre los 21 y los 50 años. Sin embargo, mientras que en el grupo de pánico y de ansiedad los pacientes se encuentran distribuidos bastante proporcionalmente a lo largo de este rango de edad, en el grupo control todos menos un sujeto pertenecen al intervalo de edad que oscila entre los 21 y los 30 años, lo cual resulta fácil de comprender si recordamos que el grupo control está compuesto por estudiantes de quinto curso de Psicología.

### **Instrumentos**

Para la exploración del perfil de conducta de enfermedad característico de los distintos grupos que componen la muestra, utilizamos el Cuestionario de Conducta de Enfermedad (Illness Behavior Questionnaire) (Pilowsky, 1977), por ser uno de los más utilizados en la literatura, además del gran número de trabajos que respaldan su bondad estadística.

Se trata de un cuestionario elaborado por Pilowsky (1977) que explora el patrón de conducta de enfermedad a partir de 62 ítems de respuesta dicotómica (sí-no) conformados en torno a 7 factores de primer orden y un índice de hipocondría (Byrne y White, 1978; Pilowsky, Spence y Waddy, 1979; Zonderman, Heft y Costa, 1985). Estos factores son:

- Factor 1: Hipocondría general. Incluye los ítems 9, 20, 21, 24, 29, 30, 32, 37 y 38. Se trata de un factor general de conducta de enfermedad. Las personas que puntúan alto en este factor estarían indicando cierto temor hacia la enfermedad (acompañado de altos niveles de ansiedad) y la creencia de estar más preocupados por su salud de lo normal. Estos sujetos están molestos por la forma en que la gente reacciona ante su enfermedad y cuando se sienten enfermos se ofenden si alguien les dice que parecen haber mejorado. Piensan que son más sensibles al dolor que los demás y se perciben celosos de la buena salud de éstos. A menudo piensan que pueden ponerse enfermos de repente y cuando oyen algo acerca de una enfermedad se preocupan por la posibilidad de contraerla o de estar padeciéndola ya.

- Factor 2. Convicción de enfermedad. Incluye los ítems 2, 3, 7, 10, 35 y 41. Este factor se describe como convicción de enfermedad y preocupación por lo síntomas. Los sujetos que obtienen alta puntuación en este factor se

caracterizan por pensar que existe algo grave en su organismo, ser conscientes de una gran variedad de fenómenos que ocurren en sus cuerpos y preocuparse por muchos síntomas diferentes. Estos individuos consideran que su enfermedad interfiere mucho en sus vidas, no suelen dormir bien y sostienen que si el médico les dijera que no les ocurre nada malo, no le creerían.

- Factor 3. Percepción psicológica vs somática de la enfermedad. Agrupa los ítems 11, 16, 44, 46 y 57. Una alta puntuación en este factor indica la creencia de que existe un problema en la mente del sujeto y la consideración de la enfermedad como un castigo por haber hecho algo malo en el pasado. Esto se une a negar la preocupación por achaques físicos o que la mala salud sea su mayor problema en la vida. Una percepción psicológica del problema no implica la negación de los síntomas físicos, sino que, en caso de haberlos, son atribuidos a causas psicológicas. Bajas puntuaciones indican, por el contrario, cierta tendencia a somatizar y a sentir la necesidad de tratamiento médico en lugar de psicológico. Se trata por tanto, de un factor bipolar.

- Factor 4. Inhibición afectiva. Ítems 22, 36, 53, 58 y 62. Este factor mide problemas o dificultad para expresar sentimientos personales (especialmente de carácter negativo) a los demás y represión de los sentimientos de enfado. El contenido de este factor parece estar de acuerdo con las formulaciones psicoanalíticas clásicas, según las cuales, la no resolución de problemas de enfado y frustración es un importante precursor de trastornos psicósomáticos. Los pacientes que están inhibidos en este sentido pueden fracasar en afirmarse adecuadamente en otras áreas de funcionamiento social y así experimenta continuamente cierta frustración y el arousal fisiológico que inevitablemente la acompaña.

- Factor 5. Perturbación afectiva. Incluye los ítems 12, 18, 47, 54 y 59. Los sujetos que puntúan alto en este factor reconocen tener problemas con sus "nervios" y cierta facilidad para entristecerse (depresión) y experimentar ansiedad. A diferencia de lo que ocurre en el tercer factor, estos sujetos reconocen la existencia de problemas afectivos no como causa sino como consecuencia de su enfermedad.

- Factor 6. Negación. Ítems 27, 31, 43, 55 y 60. Este factor evalúa la tendencia a negar problemas cotidianos aparte de la enfermedad y/o explicar éstos a partir de sus problemas físicos.

- Factor 7. Irritabilidad. Agrupa los ítems 4, 17, 51, 56 y 61. Informa de los sentimientos de enfado e irritabilidad, especialmente en contextos interpersonales.

- Índice Whiteley de Hipocondría. Incluye los ítems 1, 2, 8, 9, 10, 16, 21, 24, 33, 34, 38, 39, 41 y 50. Una alta puntuación en esta escala indica preocupación somática, afirmación de la enfermedad y fobia a ésta, alertando sobre la posibilidad de un trastorno hipocondríaco.

Por lo que se refiere a la bondad estadística de este cuestionario, ésta parece suficientemente probada, como lo demuestran los múltiples trabajos en los que se ha estudiado la fiabilidad (Pilowsky y Spence, 1983), validez discriminante (Pilowsky, 1975; Pilowsky y Spence, 1976a,b,c; Pilowsky y Spence, 1983; Pilowsky, Chapman y Bonica, 1977; Fava y cols, 1982; Pilowsky y cols, 1987), validez convergente (Pilowsky, Chapman y Bonica, 1977; Fava y cols, 1982, 1984; Pilowsky y Spence, 1983; Stein, Fruchter y Trief, 1983; Wise y Rosenthal, 1982; Zonderman, Heft y Costa, 1985) y validez predictiva de este cuestionario (Pilowsky, Smith y Katsikitis, 1987) (Para una revisión más exhaustiva sobre el contenido de estos trabajos, ver Ballester, 1990).

En el apéndice presentamos un ejemplar del "Cuestionario de Conducta de Enfermedad" (IBQ) utilizado para este trabajo.

## **Procedimiento**

El procedimiento que seguimos para explorar el perfil de conducta de enfermedad de los tres grupos que componen la muestra consistió sencillamente en la administración del cuestionario I.B.Q a todos los sujetos antes de que se realizara ninguna intervención terapéutica. La administración del cuestionario se realizó atendiendo a las instrucciones habituales en cuanto a la cumplimentación individualizada y la sinceridad de las respuestas.

## **Resultados**

Con el fin de explorar el perfil característico de conducta de enfermedad en los distintos grupos experimentales, realizamos análisis de varianza con los distintos factores del IBQ utilizando para ello el programa estadístico SPSS. La prueba de Scheffé nos indicó entre qué grupos se daban las diferencias significativas cuando era el caso.

Como puede observarse en la tabla número 4, aparecieron diferencias significativas entre los tres grupos en las variables Hipocondría General

( $p=0.001$ ), Convicción de Enfermedad ( $p=0.001$ ), Percepción Psicológica vs Somática de la Enfermedad ( $p=0.05$ ), Perturbación Afectiva ( $p=0.001$ ), Irritabilidad ( $p=0.05$ ) e Índice Whiteley de Hipocondría ( $p=0.001$ ). No se observaron diferencias, sin embargo, en las variables Inhibición Afectiva y Negación.

**TABLA 4.- Resultados del análisis de varianza entre los grupos de pánico, ansiedad y control (Estudio 1)**

	GR.PANICO (N=32)		GR.ANSIEDAD (N=24)		GR.CONTROL (N=34)		F	P
	X	DT	X	DT	X	DT		
HG	5.6	2.0	3.3	2.3	1.8	2.0	18.92	***
CE	3.6	1.1	2.2	1.4	0.8	1.3	30.38	***
PP	2.0	0.9	2.3	0.9	2.3	0.5	3.33	*
IA	2.6	1.5	2.0	1.7	1.5	1.5	2.68	
PA	4.1	1.0	3.4	1.6	2.3	1.8	7.83	***
NE	2.5	1.5	2.7	1.3	2.1	1.3	1.54	
IR	2.2	1.5	1.6	1.6	1.2	1.5	3.38	*
IH	9.6	2.5	5.7	3.7	2.5	2.8	30.13	***

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

HG: Hipocondría General; CE: Convicción de Enfermedad;  
 PP: Percepción psicológica vs somática de la enfermedad;  
 IA: Inhibición Afectiva; PA: Perturbación Afectiva;  
 NE: Negación; IR: Irritabilidad;  
 IH: Índice Whiteley de Hipocondría.

Si analizamos más detenidamente las medias obtenidas por los distintos grupos en los factores del IBQ, podemos ver cómo en el factor Hipocondría General, el grupo de pánico puntuó más alto ( $X=5.6$ ) que el grupo de ansiedad

( $X=3.3$ ) y éste, a su vez, alcanzó una puntuación superior a la del grupo control ( $X=1.8$ ). La prueba Scheffé reveló diferencias significativas entre todos los grupos.

En el factor Convicción de Enfermedad, de nuevo aparece este resultado. El grupo de pánico obtiene la mayor puntuación ( $X=3.6$ ), seguido del grupo de ansiedad ( $X=2.2$ ) y del grupo control ( $X=0.8$ ). Las diferencias entre todos los grupos son estadísticamente significativas.

Por lo que respecta al factor Percepción Psicológica versus Somática de la Enfermedad, podemos observar que el grupo de pánico presenta una percepción menos psicológica o más somática de su problema ( $X=2.0$ ) que los restantes grupos que puntúan igual en este factor ( $X=2.3$ ).

A pesar de no presentarse como un factor con diferencias significativas entre los distintos grupos, las medias del factor Inhibición Afectiva revelan que en el grupo de pánico se da un mayor grado de inhibición afectiva ( $X=2.6$ ) que en el grupo de ansiedad ( $X=2.0$ ) y en el grupo control ( $X=1.5$ ).

En cuanto al factor Perturbación Afectiva, una vez más el grupo de pánico puntúa más alto ( $X=4.1$ ) que el grupo de ansiedad ( $X=3.4$ ) y el grupo control ( $X=2.3$ ). La prueba Scheffé indica que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la media del grupo de pánico y la del grupo control, pero no entre pánico y ansiedad o bien entre ansiedad y control.

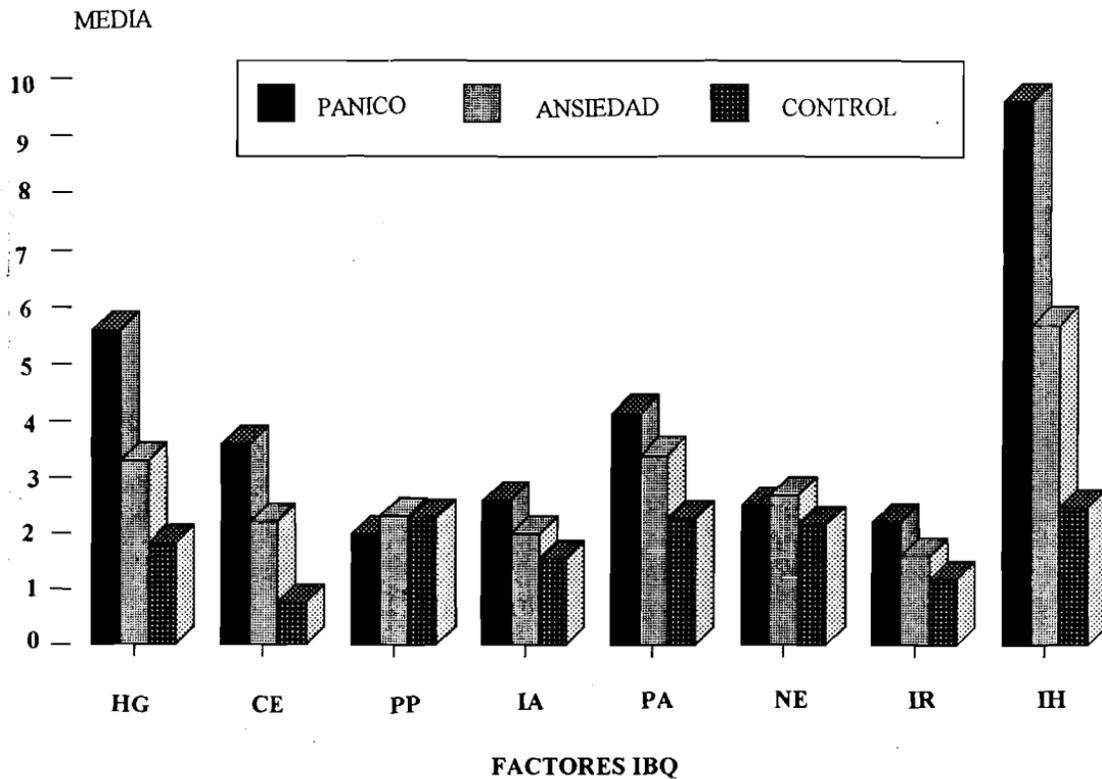
En el factor Negación, a pesar de no existir diferencias significativas entre los distintos grupos, el grupo de ansiedad presenta la mayor media ( $X=2.7$ ), seguido del grupo de pánico ( $X=2.5$ ) y el grupo control ( $X=2.1$ ).

Respecto al factor Irritabilidad, volvemos a encontrar con que la mayor puntuación la alcanza el grupo de pánico ( $X=2.2$ ), seguido del grupo de ansiedad ( $X=1.6$ ) y el grupo control ( $X=1.2$ ).

Por último, comentaremos las medias correspondientes al último índice del I.B.Q, a saber, el Índice Whiteley de Hipocondría. Quizás sea éste el factor en el que más destacables son las diferencias existentes entre los distintos grupos. El grupo de pánico obtuvo una media muy superior ( $X=9.6$ ) a los grupos de ansiedad ( $X=5.7$ ) y control ( $X=2.5$ ). La diferencia entre los tres grupos es estadísticamente significativa.

En resumen, podemos decir que nuestros resultados evidencian importantes diferencias entre los grupos de pánico, ansiedad y control en los factores Hipocondría General, Índice Whiteley de Hipocondría, Convicción de Enfermedad, Perturbación Afectiva, Percepción Psicológica vs Somática de la Enfermedad e Irritabilidad. De esta manera, los pacientes con pánico comparados

FIGURA 1.- Perfil de conducta de enfermedad (Estudio 1)



con pacientes con otros problemas de ansiedad y con sujetos control obtienen un perfil peculiar de conducta de enfermedad caracterizado por un mayor nivel de hipocondría, mayor convicción de enfermedad, más problemas afectivos, una percepción más somática de su enfermedad y una mayor irritabilidad. En la figura número 1 representamos el perfil general de conducta de enfermedad obtenido por los grupos de pánico, ansiedad y control, donde se puede ver claramente lo comentado con anterioridad.

## **ESTUDIO 2**

### **Muestra**

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

- a. El desigual número de sujetos en cada grupo.
- b. La composición del grupo control, a saber, jóvenes estudiantes universitarios de Psicología, podía hacer pensar en la dificultad de atribuir las diferencias encontradas entre los grupos de ansiedad y el grupo control a la variable experimental con exclusión de otras variables como la edad y nivel cultural de los sujetos.

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

A. Un grupo de pacientes con trastorno de pánico con o sin agorafobia, que fue exactamente el mismo que el utilizado para el estudio 1.

B. Un grupo de pacientes que padecían algún problema de ansiedad distinto al trastorno de pánico. Este grupo estuvo integrado por los mismos sujetos que en el estudio 1, además de otros 8 pacientes atendidos en el Instituto Valenciano de Psicología que dirige la Dra. Gil Llarío. Los criterios de admisión para este estudio de los nuevos 8 pacientes fueron los mismos que para el resto del grupo.

C. Por último, un grupo control integrado por sujetos que no presentaran ningún problema de ansiedad, con características de sexo, edad y nivel cultural idénticas a las del grupo de pánico. Estas personas fueron extraídas de la población normal y los únicos criterios de admisión fueron además de los

citados, el no presentar los criterios para el diagnóstico de ningún problema psicológico importante como ansiedad, depresión u otros, así como no padecer ninguna enfermedad física grave o crónica.

**TABLA 5.- Descripción de la muestra en función del tipo de trastorno (Estudio 2)**

	GR. PANICO	GR. ANSIEDAD	GR. CONTROL	TOTAL
PCA	23	0	0	23
PSA	9	0	0	9
ASP	0	8	0	8
FSO	0	5	0	5
FSI	0	11	0	11
TOC	0	1	0	1
TEP	0	0	0	0
TAG	0	7	0	7
SIN TRAST	0	0	32	32
TOTAL	32	32	32	96

**NOTA:**

PCA: Trastorno de pánico con agorafobia

PSA: Trastorno de pánico sin agorafobia

ASP: Agorafobia sin pánico.

FSO: Fobia social.

FSI: Fobia simple.

TOC: Trastorno obsesivo compulsivo.

TEP: Trastorno por estrés postraumático.

TAG: Trastorno de ansiedad generalizada.

SIN TRAST: Sin trastornos psicológicos.

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

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

Por lo que se refiere al diagnóstico de los pacientes con pánico y ansiedad, tal como se puede ver en la tabla número 5, de los 32 pacientes con trastorno de pánico, 23 llevaban asociado el diagnóstico de agorafobia y los 9 restantes estaban libres de este diagnóstico. En el grupo de pacientes con ansiedad, 11 presentaban una fobia simple; 8 habían sido diagnosticados de agorafobia sin historia de pánico; 7 presentaban trastorno por ansiedad generalizada; 5 pacientes tenían un problema de fobia social; y 1 paciente presentaba un trastorno obsesivo-compulsivo.

En cuanto a la descripción de la muestra en la variable sexo (tabla número 6), hay que decir que de nuevo en los tres grupos las mujeres están más representadas que los hombres. En el grupo de los pacientes con pánico y grupo control, 12 sujetos son hombres frente a las 20 mujeres. En el grupo de ansiedad, 9 sujetos son hombres frente a las 23 mujeres.

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

	GRUPO PANICO	GRUPO ANSIEDAD	GRUPO CONTROL	TOTAL
HOMBRE	12	9	12	33
MUJER	20	23	20	63
TOTAL	32	32	32	96

Como se puede apreciar en la tabla número 7, la edad de los sujetos que comprenden la muestra en este segundo estudio está bastante más equilibrada entre los distintos grupos. En los tres grupos, la práctica totalidad de los sujetos se encuentra en el rango que oscila entre los 21 y los 50 años. Tanto en el grupo de pánico como en el grupo control, contamos con 1 sujeto entre 15 y 20 años, 10 entre 21 y 30 años, 11 entre 31 y 40 años, 9 entre 41 y 50 años y 1 sujeto entre 61 y 70 años. En el grupo de ansiedad, 2 pacientes tenían entre 15 y 20

años, 10 entre 21 y 30 años, 10 entre 31 y 40 años, 6 entre 41 y 50 años, 3 entre 51 y 60 años y 1 paciente entre 61 y 70 años.

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

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

### Instrumentos

Al igual que en el estudio 1, en el presente estudio utilizamos el Cuestionario de Conducta de Enfermedad (Illness Behavior Questionnaire) (Pilowsky, 1977), en la exploración del perfil de los distintos grupos.

### Procedimiento

Por lo que se refiere al procedimiento, hay que decir que coincide plenamente con el seguido para la realización del estudio 1, consistiendo en la administración del cuestionario I.B.Q a todos los sujetos de los distintos grupos experimentales.



Hipocondría General ( $p=0.001$ ), Convicción de Enfermedad ( $p=0.001$ ), Perturbación Afectiva ( $p=0.001$ ), e Índice Whiteley de Hipocondría ( $p=0.001$ ). No se observaron diferencias, sin embargo, en las variables Percepción Psicológica vs Somática de la Enfermedad, Inhibición Afectiva, Negación e Irritabilidad.

Analizando con más detalle las medias obtenidas por los distintos grupos en los factores del IBQ, comprobamos que en el factor Hipocondría General, el grupo de pánico puntuó más alto ( $X=5.6$ ) que el grupo de ansiedad ( $X=3.5$ ), seguido del grupo control ( $X=1.9$ ). La prueba Scheffé reveló diferencias significativas entre todos los grupos.

Respecto a la Convicción de Enfermedad, de nuevo se repite este resultado. El grupo de pánico obtiene una puntuación superior ( $X=3.6$ ) a la del grupo de ansiedad ( $X=2.3$ ) y el grupo control ( $X=1.0$ ). Una vez más las diferencias entre todos los grupos resultaron estadísticamente significativas.

Por lo que se refiere al factor Percepción Psicológica versus Somática de la Enfermedad, en el que no han aparecido diferencias significativas entre los distintos grupos, hay que decir que el grupo de pacientes con crisis de angustia presenta una percepción menos psicológica o más somática de su problema ( $X=2.0$ ) que el grupo control ( $X=2.2$ ) y el grupo de ansiedad ( $X=2.5$ ).

Tampoco aparecen diferencias significativas entre los grupos en el factor Inhibición Afectiva. No obstante, el análisis de las medias revela que en el grupo de pánico se da un mayor grado de inhibición afectiva ( $X=2.6$ ) que en los demás grupos ( $X=1.8$ ).

En el factor Perturbación Afectiva, nuevamente el grupo de pánico puntuó más alto ( $X=4.1$ ) que el grupo de ansiedad ( $X=3.3$ ) y el grupo control ( $X=1.6$ ). La prueba Scheffé revela diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pánico y el grupo de ansiedad y entre el grupo de pánico y el control, pero no entre ansiedad y control.

En cuanto al factor Negación, sin diferencias significativas entre grupos, los grupos de pánico y ansiedad obtienen igual puntuación ( $X=2.5$ ), por encima del grupo control ( $X=2.1$ ).

Las diferencias entre los grupos en el factor Irritabilidad pierden significación estadística en este segundo estudio, aunque de nuevo aparece que la mayor puntuación la alcanza el grupo de pánico ( $X=2.2$ ), seguido del grupo de ansiedad ( $X=1.8$ ) y el grupo control ( $X=1.4$ ).

Para finalizar, si analizamos las medias del Índice Whiteley de Hipocondría encontramos grandes diferencias entre los grupos, situándose el grupo de

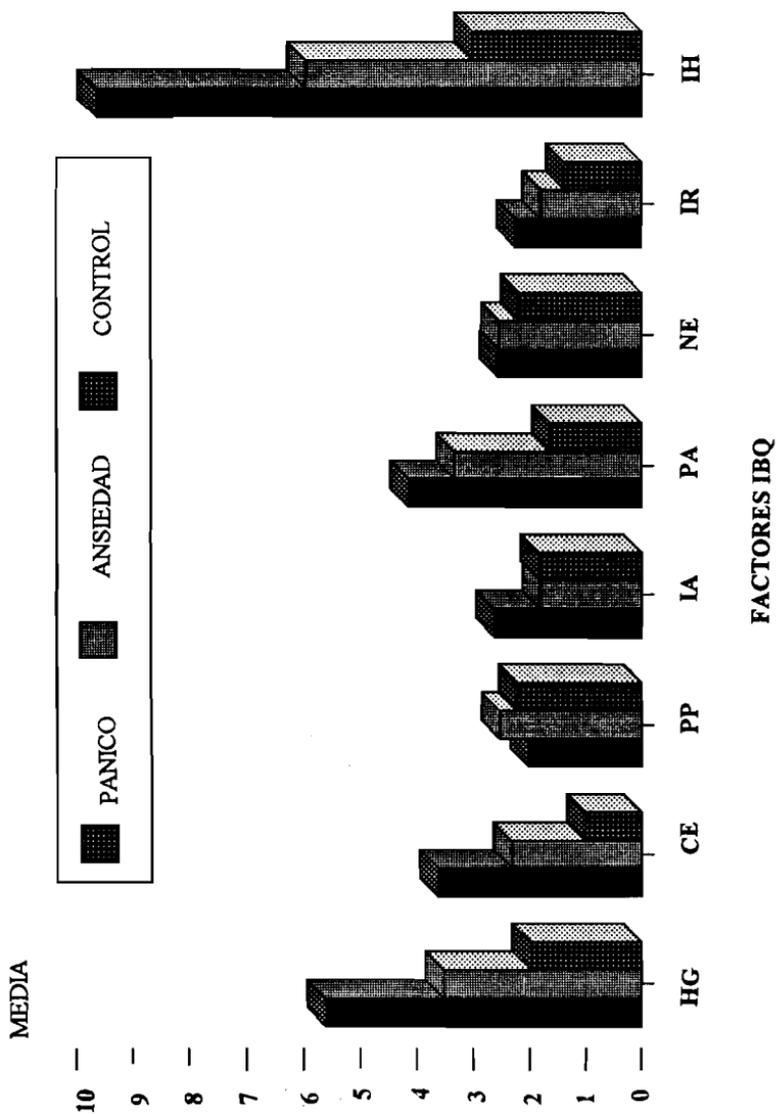


FIGURA 2.- Perfil de conducta de enfermedad (Estudio 2)

pánico muy por encima ( $X=9.6$ ) de los grupos de ansiedad ( $X=5.9$ ) y control ( $X=3.0$ ). La prueba Scheffé revela diferencias significativas entre los tres grupos.

En resumen, los resultados del estudio 2 muestran la existencia de diferencias significativas entre los grupos de pánico, ansiedad y control en los factores Hipocondría General, Índice Whiteley de Hipocondría, Convicción de Enfermedad y Perturbación Afectiva. En todos estos factores el grupo de pánico puntuó más alto que el grupo de ansiedad, seguido del grupo control. En la figura número 2 representamos el perfil general de conducta de enfermedad obtenido por los grupos de pánico, ansiedad y control en este segundo estudio.

## Discusión

A la luz de los resultados obtenidos en los dos estudios que presentamos en este artículo, podríamos concluir que los pacientes con crisis de angustia se caracterizan por un perfil de conducta de enfermedad peculiar que los diferencia de los pacientes con otros problemas de ansiedad y de personas sin problemas de ansiedad ni problemas médicos (grupo control). Tanto en el estudio número 1 como en el estudio número 2, los pacientes con crisis de angustia obtuvieron un perfil caracterizado por un alto grado de hipocondría y preocupación somática, fuerte convicción de enfermedad y mayor número de problemas afectivos, cuando eran comparados con los restantes grupos.

Por otra parte, en el estudio 1 aparecieron diferencias significativas entre los distintos grupos en los factores Percepción Psicológica vs. Somática de la enfermedad e Irritabilidad, diferencias que desaparecen en el estudio 2, al equilibrar las características sociodemográficas de los sujetos que computaron los tres grupos.

Frente a los pacientes con pánico, los sujetos del grupo control, esto es, las personas sin ningún problema de ansiedad muestran el menor grado de hipocondría, convicción de enfermedad, problemas afectivos, irritabilidad y una percepción más psicológica de sus problemas. Con respecto al grupo de pacientes con otros problemas de ansiedad, éstos presentan en general un grado intermedio en todas las variables de conducta de enfermedad situándose entre el grupo de pánico y el grupo control.

**FIGURA 3.- Análisis comparativo del perfil de conducta de enfermedad en pacientes con crisis de angustia en los distintos estudios**

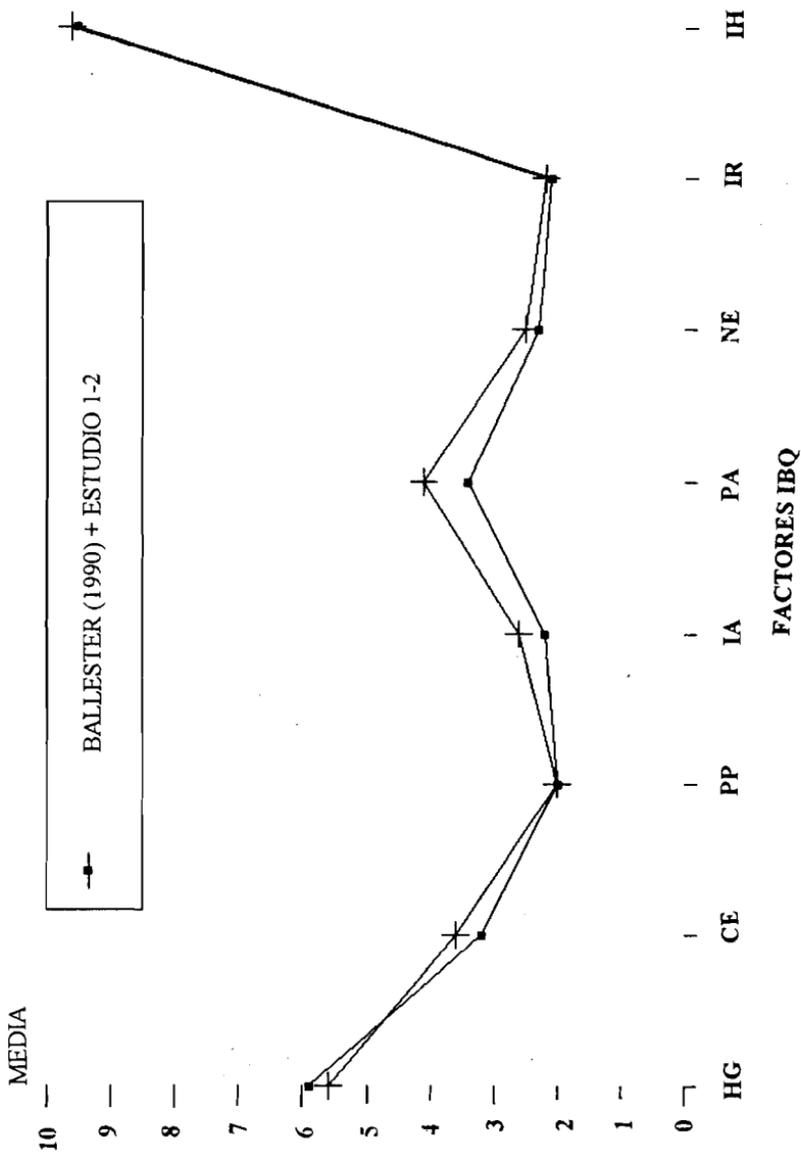


FIGURA 4.- Análisis comparativo del perfil de conducta de enfermedad en pacientes con otros problemas de ansiedad

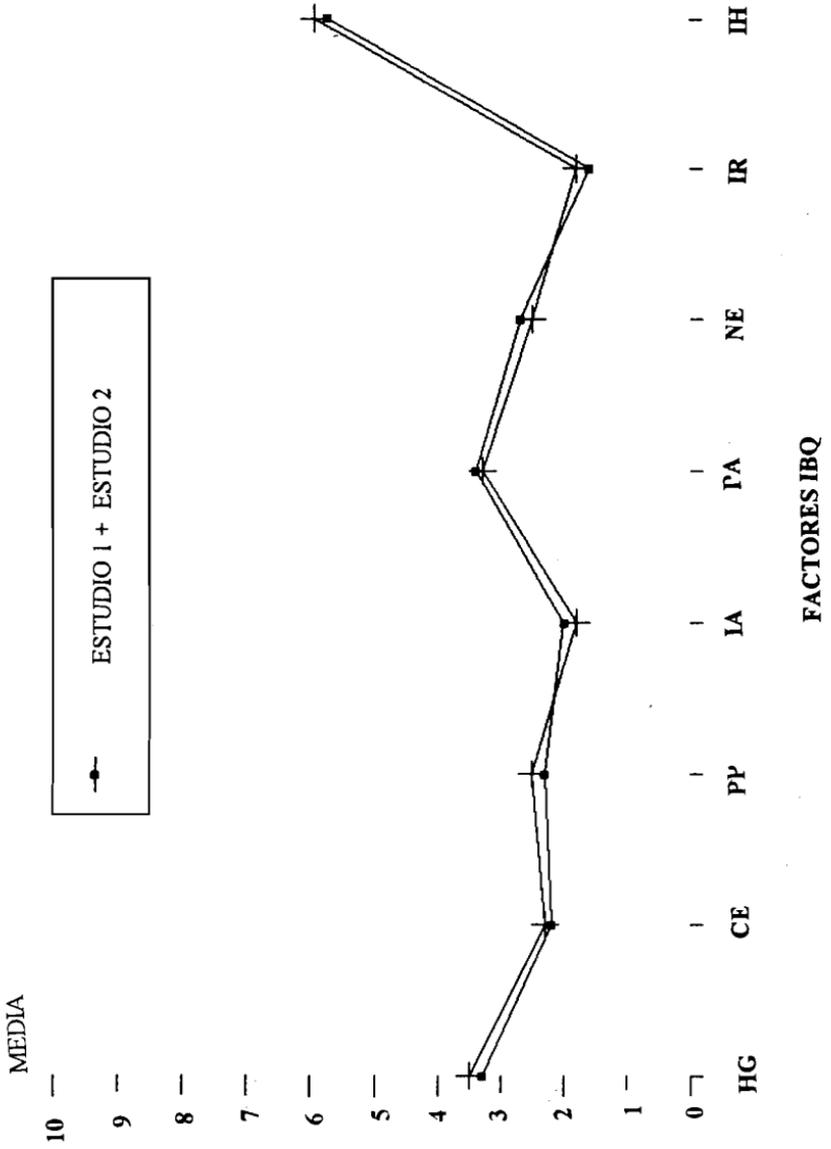
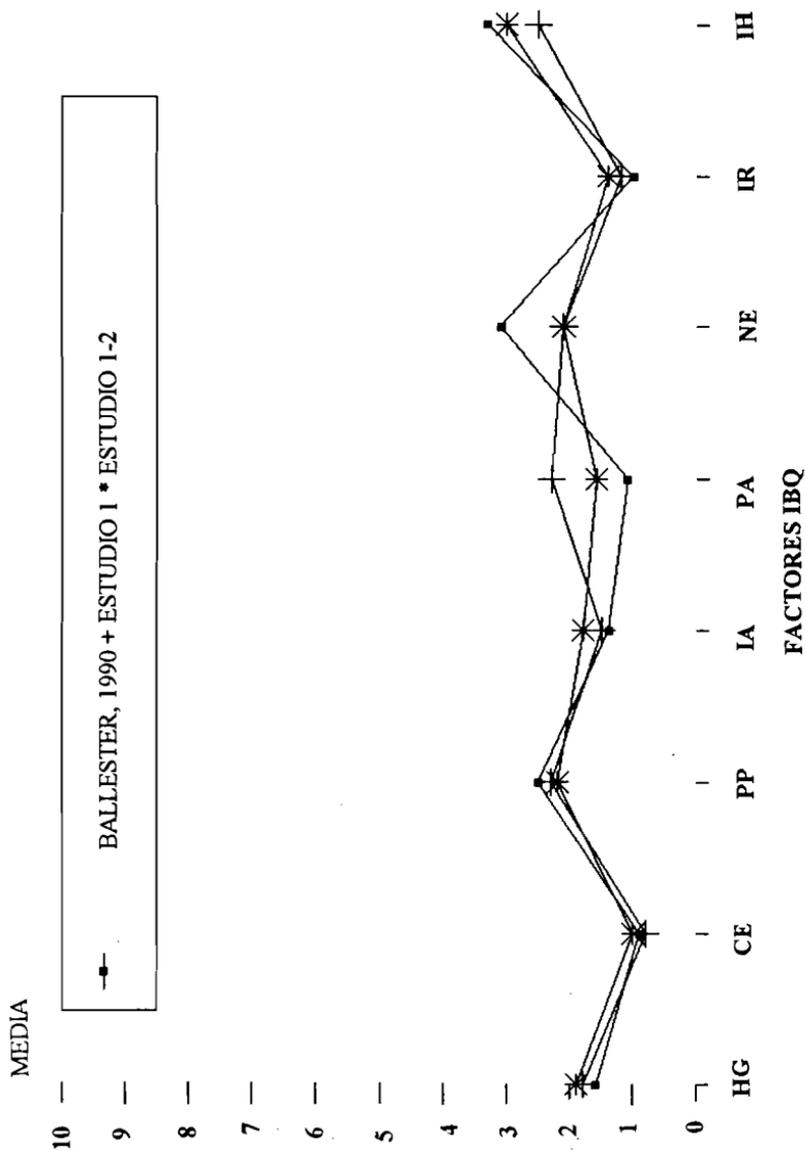


FIGURA 5.- Análisis comparativo del perfil de conducta de enfermedad en sujetos control



Estos resultados concuerdan bastante con los que hallamos en un trabajo previo (Ballester, Botella, Roberts, Romero, Ruvira y Peiró, 1990) en el que comparamos el patrón de conducta de enfermedad característico de un pequeño grupo de pacientes con crisis de angustia ( $n=10$ ) frente a un grupo control sin problemas de ansiedad. En dicho estudio encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en los factores Hipocondría General, Convicción de Enfermedad, Perturbaciones Afectivas e Índice Whitley de Hipocondría. Los pacientes con crisis de angustia puntuaron más alto en todos estos factores.

En las figuras 3, 4 y 5 presentamos conjuntamente algunas representaciones gráficas del perfil de conducta de enfermedad obtenido por pacientes con crisis de angustia (figura 3), con otros problemas de ansiedad (figura 4) y por un grupo control (figura 5) en los distintos trabajos realizados por nosotros. Como se puede observar, los resultados obtenidos en los distintos estudios respecto al perfil de conducta de enfermedad de los tres grupos son muy similares.

En cuanto al análisis detallado de las distintas variables de conducta de enfermedad, los resultados obtenidos nos han permitido comprobar que la variable que más ha caracterizado al grupo de pacientes con pánico ha sido la hipocondría, tanto en el factor Hipocondría General como en el Índice Whiteley de Hipocondría. En este sentido, hemos de decir que aunque la revisión bibliográfica ha puesto de manifiesto la escasez de trabajos centrados en la conducta de enfermedad, definida como tal, en pacientes con crisis de angustia, hemos encontrado algunos estudios en los que autores provenientes de distintas orientaciones en psicología han abordado la estrecha relación existente entre el trastorno por angustia y la hipocondría, uno de los aspectos tradicionalmente incluido en la conducta anormal de enfermedad.

Así, Grandi, Fava y Luria (1987) compararon los miedos y creencias hipocondríacas en un pequeño grupo de 10 personas que presentaban el diagnóstico de crisis de angustia con agorafobia con un grupo de 10 sujetos sin problemas de ansiedad, encontrando niveles mucho más altos de hipocondría en el grupo con crisis de angustia. Estos mismos autores, en otro trabajo (Fava y Grandi, 1990) sugieren que el concepto de conducta anormal de enfermedad de Pilowsky y Spence (1983) puede constituir un marco de referencia adecuado para elaborar un buen diagnóstico diferencial entre el trastorno por angustia y la hipocondría. Por su parte, Borden, Clum y Broyles (1989) utilizaron el MMPI para examinar diferencias en los correlatos psicológicos

del pánico entre sujetos con trastorno por angustia y sujetos con otros problemas de ansiedad, encontrando que los primeros obtenían mayor puntuación en la subescala de hipocondría. Este resultado lleva a estos autores a plantear el posible papel desempeñado por la preocupación somática en la etiología de las crisis de angustia, aspecto también destacado por Fava, Grandi, Saviotti y Conti (1990). Esto contrasta con otros autores (Boulenger y Uhde, 1987) que entienden que la hipocondría podría ser no tanto la causa como la consecuencia de las crisis de angustia.

Desde una perspectiva biológica, también algunos autores han apuntado la relación entre estos dos trastornos. Así, Maddock, Moses, Roth y King, (1987) encontraron que el nivel de fosfato en un grupo de pacientes correlacionaba negativamente con las escalas de Sensibilidad a la Ansiedad y Preocupación Somática (Hipocondría) del MMPI, lo que concuerda con observaciones de otros autores que han encontrado cierta hipofosfatemia en pacientes con crisis de angustia (Mallol, 1987).

Otros estudios sobre pacientes con depresión aportan evidencia indirecta de la relación entre crisis de angustia e hipocondría. Vanvalkenburg, Winokur, Behar y Lowry (1984) compararon un grupo de 43 pacientes con depresión y crisis de angustia secundarias con 245 pacientes con depresión únicamente. Las pacientes que tenían asociado el diagnóstico secundario de crisis de angustia se diferenciaban del resto por una mayor frecuencia de anorexia, pérdida de peso, problemas gastrointestinales e hipocondría. Vanvalkenburg, Akiskal, Puzantian y Rosenthal (1984) dividieron una muestra de 114 pacientes con problemas de ansiedad y depresión en 4 grupos: pacientes con sólo crisis de angustia, pacientes con crisis y depresión secundaria, pacientes con depresión y crisis secundarias y pacientes con sólo depresión. La comparación de estos subgrupos mostró que los sujetos que tenían tanto depresión como crisis exclusivamente parecían clínicamente similares mostrando mayores niveles de agitación, hipocondría, despersonalización y desrealización. Por último, en un trabajo de Vanvalkenburg (1983) también se encontró que los pacientes depresivos con crisis secundarias tenían un mayor nivel de hipocondría.

Finalmente, parece interesante observar que algunos autores que trabajan en una orientación psicodinámica (Diamond, 1985) explican tanto la hipocondría como la agorafobia y las crisis de angustia como resultado de un proceso común de fragmentación del yo. Desde este punto de vista, la hipocondría sería la representación somática elaborada de este estado de fragmentación del yo y la agorafobia supondría una defensa contra y un intento de reparar esa

fragmentación. Otros autores, desde esta misma orientación (Starcevic, 1989) afirman que el miedo a la muerte es la característica que subyace y está en la génesis de ambos trastornos.

En conclusión, a partir de nuestro trabajo podemos decir que los pacientes con crisis de angustia presentan un patrón característico de conducta de enfermedad, caracterizado por un alto grado de hipocondría y preocupación somática, fuerte convicción de enfermedad y mayor número de problemas afectivos, cuando son comparados con pacientes con otros problemas de ansiedad y un grupo control. Si nos centramos en el papel de la hipocondría en estos pacientes, hay que señalar que nuestros resultados apoyan la tesis de Grandi, Fava y Luria (1987) y Borden, Clum y Broyles (1989), respecto a los altos niveles de hipocondría encontrados en los sujetos con crisis de angustia. Queda por ver, sin embargo, el sentido de la relación entre estas dos patologías, para lo cual sería conveniente la realización de estudios longitudinales que nos indicaran cuál de ellos es primero en el tiempo, o si ambos dependen de una tercera variable. Por nuestra parte, con el presente trabajo hemos pretendido aportar mayor información respecto a la conducta de enfermedad de los pacientes que sufren crisis de angustia, para con ello, poder profundizar nuestra comprensión de este trastorno y así, diseñar tratamientos psicológicos cada vez más eficaces que consideren no sólo las variables clínicas específicas del pánico, sino también la experiencia de enfermedad de estos pacientes y, por tanto, su globalidad como personas.

## APENDICE 1

I.B.Q. (PILOWSKY, 1977)

Traducción de R.Ballester

NOMBRE..... FECHA.....

EDAD..... POBLACION .....

A continuación le presentamos una serie de cuestiones relacionadas con su salud que usted debe responder en sentido afirmativo o negativo, tachando con una cruz o redondeando la opción elegida. Por favor, es muy importante que intente contestar a todas las preguntas formuladas aunque le parezca que algunas no son directamente aplicables a usted.

1. ¿Se preocupa mucho por su salud? ..... SI NO
2. ¿Cree usted que algo anda mal en su cuerpo? ..... SI NO
3. ¿Interfiere mucho su enfermedad en su vida? ..... SI NO
4. ¿Es fácil llevarse bien con usted cuando está enfermo? ..... SI NO
5. ¿Ha habido muchos enfermos en su familia? ..... SI NO
6. ¿Piensa que usted es más propenso a enfermar que otros? ..... SI NO
7. ¿Si el médico le dijera que no le encuentra nada malo, le creería ..... SI NO
8. ¿Le es fácil olvidarse de usted mismo y pensar en otras cosas? ..... SI NO
9. ¿Se enfada si se siente enfermo y le dicen que parece mejorado? ..... SI NO
10. ¿Cree que es demasiado consciente de lo que pasa en su cuerpo? ..... SI NO
11. ¿Piensa que su enfermedad es un castigo por algo malo que hizo? ..... SI NO
12. ¿Tiene problemas con sus nervios? ..... SI NO
13. ¿Puede animarle fácilmente su médico cuando se siente enfermo o preocupado? ..... SI NO

14. ¿Cree que otra gente se da cuenta de lo que es estar enfermo? ..... SI NO
15. ¿Le molesta hablar al médico acerca de su enfermedad? ..... SI NO
16. ¿Está usted preocupado por muchos achaques? ..... SI NO
17. ¿Afecta mucho su enfermedad en cómo se comporta con su familia? ..... SI NO
18. ¿Cree que se pone ansioso fácilmente? ..... SI NO
19. ¿Conoce a alguien que haya tenido su misma enfermedad? SI NO
20. ¿Es más sensible al dolor que otros? ..... SI NO
21. ¿Teme enfermar? ..... SI NO
22. ¿Puede expresar fácilmente sus sentimientos a otros? ..... SI NO
23. ¿Siente la gente lástima por usted cuando está enfermo? ..... SI NO
24. ¿Cree que usted se preocupa más que los demás por su salud? ..... SI NO
25. ¿Piensa que su enfermedad afecta a sus relaciones sexuales? ..... SI NO
26. ¿Le produce mucho dolor su enfermedad? ..... SI NO
27. ¿Tiene algún problema en su vida aparte de su enfermedad? ..... SI NO
28. ¿Le preocupa que los demás se den cuenta o no de que está enfermo? ..... SI NO
29. ¿Cree que se pone celoso de la buena salud de los demás? ..... SI NO
30. ¿Tiene pensamientos tontos acerca de su salud que no puede eliminar por mucho que se esfuerce? ..... SI NO
31. ¿Tiene algún problema económico? ..... SI NO
32. ¿Le molesta cómo toman los demás la enfermedad de usted? ..... SI NO
33. ¿Le resulta difícil creer al doctor cuando le dice que no hay nada de lo que preocuparse? ..... SI NO
34. ¿Se preocupa a menudo por la posibilidad de tener una enfermedad grave? ..... SI NO
35. ¿Duerme bien? ..... SI NO
36. ¿Tiende a reprimir sus sentimientos cuando está enfadado? ..... SI NO
37. ¿Piensa a menudo que puede caer enfermo de repente? ..... SI NO
38. ¿Si se le da a conocer una enfermedad (por la

- radio, televisión, o alguien que conozca) le preocupa llegar a tenerla? ..... SI NO
39. ¿Cree que la gente no toma la enfermedad de usted con suficiente seriedad? ..... SI NO
40. ¿Le molesta la apariencia de su cara o de su cuerpo? ..... SI NO
41. ¿Cree que se preocupa por muchos síntomas diferentes? ..... SI NO
42. ¿Intenta explicar frecuentemente a otros cómo se siente? ..... SI NO
43. ¿Tiene algún problema familiar? ..... SI NO
44. ¿Cree que algo anda mal en su cabeza? ..... SI NO
45. ¿Come bien? ..... SI NO
46. ¿Es su mala salud la mayor dificultad de su vida? ..... SI NO
47. ¿Cree que se pone triste con facilidad? ..... SI NO
48. ¿Se preocupa o molesta por detalles insignificantes para otros? ..... SI NO
49. ¿Es usted siempre un paciente que coopera? ..... SI NO
50. ¿Tiene a menudo los síntomas de una enfermedad muy grave? ..... SI NO
51. ¿Cree que se enfada fácilmente? ..... SI NO
52. ¿Tiene algún problema laboral? ..... SI NO
53. ¿Prefiere guardarse sus sentimientos para usted mismo? ..... SI NO
54. ¿A menudo piensa que se está deprimiendo? ..... SI NO
55. ¿Se irían sus preocupaciones si estuviera sano físicamente? ..... SI NO
56. ¿Está más irritable con los demás? ..... SI NO
57. ¿Cree que las preocupaciones pueden provocarle sus síntomas? ..... SI NO
58. ¿Los demás se dan cuenta fácilmente de que usted está enfadado con ellos? ..... SI NO
59. ¿Le resulta difícil relajarse? ..... SI NO
60. ¿Tiene otras preocupaciones no causadas por la enfermedad física? ..... SI NO
61. ¿Cree que pierde la paciencia a menudo con los demás? ..... SI NO
62. ¿Le es difícil mostrar a los demás sus sentimientos? ..... SI NO

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association** (1988): *Diagnosis and statistical manual of mental disorders*. DSM-III Revisado. Washington D.C.: A.P.A. En castellano, traducido en editorial. Mason.
- Ballester R.** (1990). *Aspectos conceptuales sobre Conducta de Enfermedad*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Valencia.
- Ballester, R.** (1992). *Análisis de los actuales planteamientos cognitivos acerca del trastorno de pánico y el concepto de conducta de enfermedad*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Ballester R., Botella, C., Robert, C., Romero, R., Peiró, G., & Ruvira, P.** (1990). *Conducta de Enfermedad y los actuales tratamientos cognitivos del pánico*. II Simposium de Psicología Clínica Aplicada. Jaen, 2-6 Abril.
- Borden, J., Clum, G. & Broyles, S.** (1989). MMPI correlates of panic disorder and panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders*. vol 3 (2), 107-115.
- Boulenger, J. & Uhde, T.** (1987). Crises aiguës d'angoisse et phobies. *Annales Médico-Psychologiques*. vol 145(2), 113-131.
- Byrne, D.G. & Whyte, H.M.** (1978). Dimensions of illness behavior in survivors of myocardial infarction. *J. of Psychosomatic Research*, 22, 485-491.
- Diamond, D.** (1987). Psychotherapeutic approaches to the treatment of panic attacks, hypochondriasis and agoraphobia. *British Journal of Medical Psychology*. vol 60(1), 79-84.
- Elhayani, A., Yechezkel, A., & Herman, J.** (1991). Paradigm lost: Cross-cultural considerations in a patient with panic attacks. *Family-systems Medicine*, vol 9(2), 165-170.
- Fava, G., & Grandi, S.** (1990). Differential diagnosis of hypochondriacal fears and beliefs. *Psychotherapy and Psychosomatics*. vol 55(2-4), 114-119.
- Fava, G., Grandi, S., Saviotti, F. & Conti, S.** (1990). Hypochondriasis with panic attacks. *Psychosomatics*. vol 31(3), 351-353.
- Fava, G.A., Pilowsky, I., Pierfederici, A., Bernardi, M. & Pathak, D.** (1982). Depressive symptoms and abnormal illness behavior in General Hospital patients. *General Hospital Psychiatry*, 4, 171-178.
- Grandi, S., Fava, G. & Luria, E.** (1988). Sintomi ipocondriaci nell'agorafobia. *Medicina Psicomatica*. vol 33(1), 19-27.
- Katon, W., Ries, R. & Kleinman, A.** (1984). The prevalence of somatization in primary care. *Comprehensive Psychiatry*. vol 25 (2), 208-215.
- Maddock, R., Moses, J., Roth, T., & King, R.** (1987). Serum phosphate and anxiety in major depression. *Psychiatry Research*. vol 22(1), 29-36.
- Mallol, J.** (1987). Bioquímica de las crisis de angustia. *Revista de Psiquiatría*. vol XIV, pp. 36-41. Facultad de Medicina. Barcelona.
- Mechanic, D.** (1962). The concept of illness behavior. *J. of chronic diseases*, 15, 189-194.
- Noyes, R., Reich, J., Clancy, J., & O'Gorman, T.** (1986). Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*. vol 149, 631-635.
- Pilowsky, I.** (1969). Abnormal illness behavior. *British J. of Medical Psychology*, 42, 347.

- Pilowsky, I. (1975). Dimensions of abnormal illness behavior. *Australian and New Zealand J. of Psychiatry*, 9, 141-147.
- Pilowsky, I. (1978). A general classification of abnormal illness behaviours. *British J. of Medical Psychology*, 51, 131-137.
- Pilowsky, I. (1986). Abnormal illness behavior: a review of the concept and its implications. In S. McHugh & T.M. Vallis (eds): *Illness Behavior: a multidisciplinary model*. Plenum Press. New York.
- Pilowsky, I. (1987). Abnormal illness behavior. *Psychiatric Medicine*, 5, (2), 85-91.
- Pilowsky, I., Chapman, R. & Bonica, J. (1977). Pain, depression and illness behavior in a pain clinic population. *Pain*, 4, 183-192.
- Pilowsky, I., Smith, Q.P. & Katsikitis, M. (1987). Illness behavior and general practice utilisation: a prospective study. *J. of Psychosomatic Research*, 31 (2), 177-83.
- Pilowsky, I. & Spence, N. (1975). Patterns of Illness behavior in patients with intractable pain. *J. of Psychosomatic Research*, 19, 279-287.
- Pilowsky, I. & Spence, N. (1976a). Pain and illness behavior: a comparative study. *J. of Psychosomatic Research*, 20 (2), 131-4.
- Pilowsky, I. & Spence, N. (1976b). Pain, anger and illness behavior. *J. of Psychosomatic Research*, 20, 411-416.
- Pilowsky, I. & Spence, N. (1976c). Illness behavior syndromes associated with intractable pain. *Pain*, 2, 61-71.
- Pilowsky, I. & Spence, N. (1983). *Manual for the Illness Behaviour Questionnaire*. University of Adelaide.
- Pilowsky, I., Spence, N. & Waddy, J.L. (1979). Illness behavior and coronary artery bypass surgery. *J. of Psychosomatic Research*, 23, 39-44.
- Schneier, F., Fyer, A., Martin, L. & Ross, D. (1991). A comparison of phobic subtypes within panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. vol5 (1), 65-75.
- Stein, N., Fruchter, H.J. & Trief, P. (1983). Experiences of depression and illness behavior in patients with intractable chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 31-33.
- Vanvalkenburg, C. (1983). Depression occurring in chronically anxious persons. *Comprehensive Psychiatry*. vol 24(3), 285-289.
- Vanvankelburg, C., Akiskal, H., Puzantian, V. & Rosenthal, T. (1984). Anxious depressions: clinical, family history, and naturalistic outcome: comparisons with panic and major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*. vol 6(1), 67-82.
- Vanvalkenburg, C., Winokur, G., Behar, D. & Lowry, M. (1984). Depressed women with panic attacks. *Journal of Clinical Psychiatry*. vol 45(9), 367-369.
- Vitaliano, P.P., Katon, W., Russo, J., Maiuro, R.D., Anderson, K. & Jones, M. (1987). Coping as an index of illness behavior in panic disorder. *The J. of Nervous and Mental Disease*, 175, 78-84.
- Wise, T. & Rosenthal, J. (1982). Depression, illness beliefs and severity of illness. *Journal of Psychosomatic Research*., 26 (2), 247-253.
- Zonderman, A.B., Heft, M.W. & Costa, P.T. (1985). Does the Illness Behavior Questionnaire measure abnormal illness behavior?. *Health Psychology*, 4 (5), 425-436.