



UNIVERSITAT
JAUME·I

Jornades de Foment de la Investigació

CONDUCTA DE ENFERMEDAD Y TRASTORNO DE PÁNICO

Autors

S. Quero, C. Castañeiras y H. Villa
Psicología

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha empezado a estudiar el perfil de conducta de enfermedad en pacientes con crisis de pánico debido, sobre todo, al alto grado de hipocondría que parece encontrarse en estos pacientes. El concepto de conducta de enfermedad fue acuñado por Mechanic ya en 1962, cuando el modelo bio-médico de la enfermedad (que asume los síntomas o quejas de un individuo como resultado de, o bien un desequilibrio, o bien un trastorno biológico) empieza a ser criticado principalmente por su concepción excesivamente mecanicista del ser humano. Las deficiencias de este modelo llevaron al nacimiento de un acercamiento más comprensivo de la salud y la enfermedad. Nos estamos refiriendo al modelo bio-psicosocial propuesto por Engel en 1977, según el cual la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Por lo tanto, el tratamiento de las enfermedades debe tener en cuenta los tres factores que acabamos de mencionar.

Así, Mechanic define la conducta de enfermedad como “el modo en que las personas perciben, evalúan e interpretan las sensaciones que provienen de sus cuerpos” (Mechanic, 1962). De este modo, para Mechanic el paciente es activo, a diferencia del paciente pasivo contemplado en el modelo bio-médico.

Otro concepto importante dentro de este campo de estudio es el de conducta anormal de enfermedad que propone Pilowsky (1975) desde el ámbito de la psiquiatría. Según Pilowsky, la conducta anormal de enfermedad sería “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). Por otra parte, este autor ha desarrollado un valioso instrumento para aplicar el concepto de conducta de enfermedad a distintas poblaciones de enfermos. Es el *Illness Behavior Questionnaire* (IBQ) o Cuestionario de Conducta de Enfermedad. Este cuestionario explora las áreas afectivas, conductuales y cognitivas que tienen que ver con la conducta anormal de enfermedad.

En cuanto al estudio de la relación entre la experiencia de enfermedad y las crisis de pánico, tenemos que decir que se han realizado escasos estudios. Sobre todo si lo comparamos con la enorme proliferación de investigaciones que se han llevado a cabo sobre el trastorno de pánico en los últimos años. No obstante, nuestro equipo ya tiene experiencia en este campo ya que en 1993, realizamos un estudio cuyo objetivo era la exploración del perfil de conducta de enfermedad en pacientes con crisis de pánico frente a pacientes con otros problemas de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, fobia social o fobia simple) y un grupo control normal (Ballester y Botella, 1993). Para ello utilizamos el IBQ y los resultados mostraron que, efectivamente, los pacientes con crisis de pánico se caracterizan por presentar un alto grado de hipocondría y preocupación somática, fuerte convicción de enfermedad y un elevado número de problemas afectivos.

En este sentido, el presente trabajo pretende, por una parte, intentar replicar los resultados obtenidos en 1993 y, por otra, ver si este patrón de conducta de enfermedad cambia tras aplicar a los pacientes un programa de tratamiento cognitivo-conductual aplicado en formato de grupo. La eficacia de dicho tratamiento ya ha sido probada, tanto en variables directamente relacionadas con el pánico y la agorafobia como en otras variables clínicas de interés tales como la mejoría del paciente valoradas por terapeuta y el por el propio paciente, el grado de depresión, el grado de ansiedad general, el malestar subjetivo y la fobia social, entre otras (Botella, Robert, Quero y Guillén, 1997).

2. MÉTODO

2.1 MUESTRA

La muestra estaba compuesta por 24 pacientes que acudieron a la Unidad de Salud Mental (USM) de Vila-Real (Castellón) y al Servicio de Asistencia Psicológica (SAP) de la Universitat Jaume I.

- **Diagnóstico** : Todos los pacientes cumplían los criterios para el diagnóstico de Trastorno de angustia; con agorafobia en el 79,2% de los casos y sin agorafobia en el 20,8% restante. Se utilizaron los siguientes criterios de exclusión:
 - enfermedad orgánica severa.
 - depresión mayor.
 - psicosis.
 - alcoholismo.
 - adicción a drogas.
- **Edad** : El rango oscilaba entre los 21 y los 61 años. La edad media era de 31,18 años (DT= 9,15).
- **Sexo** : El 87,5% de la muestra estaba compuesta por mujeres, mientras que sólo un 12,5% eran hombres (ver gráfica 1)
- **Estado civil** : El 45,8% de los pacientes eran solteros, el mismo porcentaje de pacientes eran casados y había un 8,3% de ellos que estaban separados o divorciados (ver gráfica 2).
- **Nivel de estudios** : La mayoría de los pacientes tenían estudios primarios (41,7%), un 37,5% habían cursado o estaban cursando estudios superiores y un 20,8% tenían estudios medios (ver gráfica 3).

2.2. INSTRUMENTOS

2.2.1. Entrevistas diagnósticas

- **Entrevista de screening**: Este instrumento recoge información sobre datos personales, el motivo de consulta, duración del problema, gravedad percibida por el paciente, tratamientos anteriores, consumo de alcohol y drogas, y existencia de enfermedades orgánicas. También plantea una serie de preguntas para determinar la posible existencia de cada uno de los trastornos de ansiedad.
- **Entrevista diagnóstica estructurada “Anxiety Disorders Interview Schedule Revised (DiNardo et al., 1985)** : Es una entrevista estructurada que se utilizó para el establecimiento del diagnóstico de trastorno de pánico con y sin agorafobia y agorafobia sin historia de crisis de pánico. Esta entrevista permite diagnosticar (según los criterios del DSM-III-R) y realizar un análisis funcional de estos trastornos.

2.2.2. Cuestionarios

Para poder evaluar el perfil de conducta de enfermedad de los pacientes utilizamos el *Cuestionario de Conducta de Enfermedad IBQ* (Pilowsky, 1977). Este es uno de los cuestionarios más utilizados en la literatura y su bondad estadística está respaldada empíricamente por una gran cantidad de estudios (p.ej., Pilowsky y Spence, 1983; Pilowsky y cols., 1987; Zonderman, Heft y Costa, 1985). La administración de dicho cuestionario se llevó a cabo en dos momentos: antes del tratamiento y tras finalizado el tratamiento.

El IBQ se compone de 62 ítems de respuesta dicotómica distribuido en 7 factores de primer orden y un índice de hipocondría (Byrne y White, 1978; Pilowsky, Spence y Waddy, 1979). Los factores son los siguientes:

Factor 1- Hipocondría general (HG): Compuesto por los ítems 9, 20, 21, 24, 29, 30, 32, 37 y 38. Es un factor general de conducta de enfermedad. Las personas que obtienen una alta puntuación en este factor mostrarían un cierto temor a la enfermedad además de la creencia de estar más preocupados por su salud de lo normal. Estas personas suelen estar 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 mejorados. Frecuentemente piensan que pueden ponerse enfermos de repente y si oyen algo acerca de una enfermedad se preocupan por si pueden contraerla o incluso creen que pueden estar padeciéndola ya. Piensan que son más sensibles al dolor que los demás y se perciben celosos de la buena salud de éstos.

Factor 2- Convicción de enfermedad (CE): Incluye los ítems 2, 3, 7, 10, 35 y 41. Se trata de un factor descrito como convicción de enfermedad y preocupación por los síntomas. Una puntuación alta en este factor indica que el sujeto piensa que ocurre algo grave a su organismo, es consciente de una gran variedad de fenómenos que ocurren en su cuerpo y se preocupa por muchos síntomas distintos. Estos sujetos consideran que su enfermedad interfiere en sus vidas, suelen tener problemas para dormir y en caso de que el médico les dijera que no les ocurre nada malo, no le creerían.

Factor 3- Percepción psicológica vs somática de la enfermedad (PPS): Ítems 11, 16, 44, 46 y 57. Se trata de un factor bipolar. Los sujetos que puntúan alto en este factor creen que existe un problema en sus mentes y consideran la enfermedad como un castigo por haber hecho algo malo en el pasado. Además se trataría de sujetos que niegan preocuparse por achaques físicos o que la enfermedad sea su mayor problema en la vida. Los sujetos que tienen una percepción psicológica de la enfermedad no niegan que tengan síntomas físicos, sino que los atribuyen a causas psicológicas. Por otra parte, bajas puntuaciones en este factor indicaría una percepción somática de la enfermedad y, por tanto, una tendencia a somatizar y a desear un tratamiento médico más que psicológico.

Factor 4- Inhibición afectiva (IA): Incluye los ítems 22, 36, 53, 58 y 62. Puntuaciones altas en este factor indican que los sujetos tienen problemas o dificultad para expresar sentimientos personales (sobre todo de carácter negativo) a los demás y reprimir sentimientos de enfado. El contenido medido por este factor parece concordar con formulaciones psicoanalíticas clásicas que postulan la no resolución de problemas de enfado y frustración como importante precursor de trastornos psicosomáticos.

Factor 5- Perturbación afectiva (PA): Compuesto por los ítems 12, 18, 47, 54 y 59. Puntuaciones altas en este factor indican que los sujetos presentan problemas con sus “nervios” y cierta facilidad para entristecerse y experimentar ansiedad. Estos sujetos reconocerían la existencia de problemas afectivos como una consecuencia y no como una causa, a diferencia del factor 3.

Factor 6- Negación (NE): Agrupa los ítems 27, 31, 43, 55 y 60. Este factor mide la tendencia a negar problemas cotidianos aparte de la enfermedad y/o explicar éstos a partir de sus problemas **físicos**.

Factor 7- Irritabilidad (IR): Incluye los ítems 4, 17, 51, 56 y 61. Evalúa los sentimientos de enfado e irritabilidad, especialmente en contextos interpersonales.

Índice Whiteley de Hipocondría (IH): Ítems 1, 2, 8, 9, 10, 16, 21, 24, 33, 34, 38, 39, 41 y 50. Los sujetos que obtienen una puntuación alta en esta escala mostrarían una preocupación somática, afirmación de enfermedad y fobia a ésta. Esta puntuación alertaría sobre la posibilidad de un trastorno hipocondríaco

2.3. TRATAMIENTO

Se aplicó en un formato de grupo. Los pacientes se distribuyeron en cuatro grupos, cada uno formado por cinco-seis miembros (sólo en un caso la composición fue de siete miembros).

Estructura

- 14 sesiones, con una periodicidad semanal y una duración de aproximadamente una hora y media- dos horas por sesión.
- Cada grupo era dirigido por un terapeuta y un coterapeuta.
- El estilo terapéutico era el característico de las terapias cognitivas: directivo y socrático.

Componentes terapéuticos: fueron básicamente:

- 1) un componente educativo, sobre qué es la ansiedad y cómo se manifiesta en los tres sistemas de respuesta, y sobre el modelo cognitivo-conductual del pánico y la agorafobia.
- 2) terapia cognitiva no focal: explicación de la relación entre pensamiento-emoción-conducta. Identificación y discusión cognitiva de los pensamientos automáticos y creencias irracionales en distintas situaciones que generan malestar.
- 3) terapia cognitiva focal: Identificación y discusión cognitiva de los pensamientos automáticos y creencias irracionales que tienen lugar en las situaciones de pánico-agorafobia.
- 4) papel de la hiperventilación en las crisis de angustia y entrenamiento en respiración lenta.
- 5) entrenamiento en técnicas de distracción.
- 6) exposición a los estímulos internos (sensaciones físicas) y externos (situaciones, actividades...) amenazantes para los sujetos, particularmente aquellos que desencadenan las crisis de angustia y/o aquellos evitados por los pacientes.
- 7) Prevención de recaídas.

Además, se utilizaban una serie de manuales de autoayuda como refuerzo de cada uno de los componentes de la terapia.

Secuencialización

SESION	CONTENIDO
1	·Presentación del grupo y del tratamiento.
2	·Información sobre la ansiedad. ·Información sobre la relación pensamiento-emoción-conducta (el ABC). ·Identificación de los pensamientos negativos que aparecen en las situaciones que generan malestar.
3	·Información sobre cómo retar los pensamientos negativos y las creencias irracionales.

- Identificación y discusión cognitiva de los pensamientos negativos relacionados con una situación concreta.
- 4 ·Explicación cognitivo-conductual de los ataques de pánico.·Discusión cognitiva de los pensamientos negativos que tienen lugar en las crisis de angustia.
- 5 ·Presentación del papel de la hiperventilación en las crisis de angustia.
- 6 ·Entrenamiento en respiración lenta.
- 7 ·Papel de la auto-atención.
·Entrenamiento en técnicas de distracción.
- 8 ·La evitación de las situaciones temidas y la exposición como técnica terapéutica.
·Exposición a estímulos internos (sensaciones físicas) generadores de ansiedad.
- 9 ·Exposición a estímulos externos y actividades evitadas.
- 10-12 ·Supervisión de la aplicación de todas las técnicas anteriores.
- 13-14 ·Prevención de recaídas y finalización del programa de tratamiento.

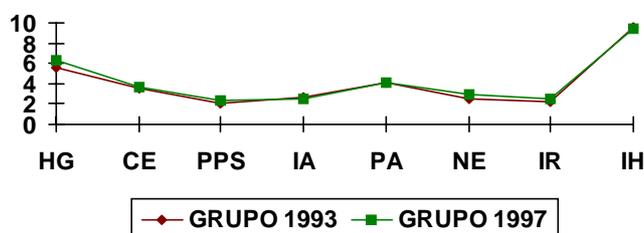
3. RESULTADOS

En cuanto al primer objetivo planteado, esto es comparar los resultados del presente trabajo con los del estudio de 1993, en la tabla 1 se presentan los descriptivos básicos (medias y desviaciones típicas) obtenidos en los 7 factores y el IH del IBQ. Como se puede observar en dicha tabla las puntuaciones obtenidas por la muestra utilizada en este trabajo son muy similares a las obtenidas por el grupo de pacientes con TP del trabajo anterior. Es decir, nuestros pacientes, al igual que los del estudio de Ballester y Botella, se caracterizan por tener un alto nivel de hipocondría (obteniendo puntuaciones altas tanto en el factor de HG como en el IH) y preocupación somática, una mayor convicción de enfermedad y más problemas afectivos. No obstante, habría que mencionar que nuestros pacientes, a diferencia de los pacientes del trabajo anterior, obtuvieron puntuaciones ligeramente más altas en los factores de HG y NE (ver gráfica 1).

Tabla 1- Descriptivos básicos de las variables del IBQ.

FACTORES	GRUPO PÁNICO (1993)		GRUPO PÁNICO (1997)	
	Media	DT	Media	DT
HG	5.6	2.0	6.36	2.08
CE	3.6	1.1	3.73	1.64
PPS	2.0	0.9	2.32	1.04
IA	2.6	1.5	2.45	1.53
PA	4.1	1.0	4.18	1.01
NE	2.5	1.5	2.95	1.43
IR	2.2	1.5	2.45	1.76
IH	9.6	2.5	9.36	

Gráfica 1:
Perfil de Conducta de Enfermedad
(Análisis comparativo)



En segundo lugar, para poder comprobar si los pacientes con TP mejoraron en variables de conducta de enfermedad medidas mediante el IBQ tras aplicar un programa de tratamiento cognitivo-comportamental aplicado en grupo, se llevaron a cabo análisis de “t” de Student para muestras relacionadas. Como podemos ver en la tabla 2, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las variables de Hipocondría General, Convicción de Enfermedad (ver gráfica 2), Inhibición Afectiva, Perturbación Afectiva (ver gráfica 3) y en el Índice Whiteley de Hipocondría (ver gráfica 4). Por lo tanto, los pacientes mejoraron significativamente su perfil de conducta de enfermedad tras un tratamiento cognitivo-comportamental dirigido a las crisis de pánico y a la agorafobia (ver gráfica 5).

Tabla 2- Resultados prueba “t” de student en los factores del IBQ

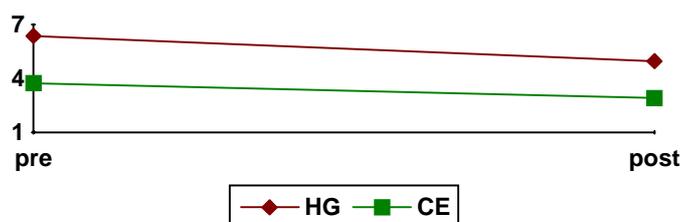
FACTORES	PRE-TEST		POST-TEST		“t”	P<
	Media	DT	Media	DT		
HG	6.36	2.08	4.95	2.08	3.75	.001***
CE	3.73	1.64	2.91	1.54	2.37	.028*
PPS	2.32	1.04	2.86	1.08	2.03	.056
IA	2.45	1.53	1.86	1.36	2.27	.034*
PA	4.18	1.01	3.00	1.54	3.62	.002**
NE	2.95	1.43	3.14	1.39	.59	.559
IR	2.45	1.76	2.04	1.62	1.18	.250
IH	9.36	3.98	7.64	3.84	3.23	.004**

*= p<.05

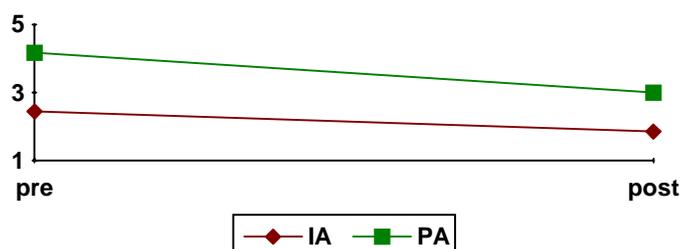
**= p<.01

***= p<.001

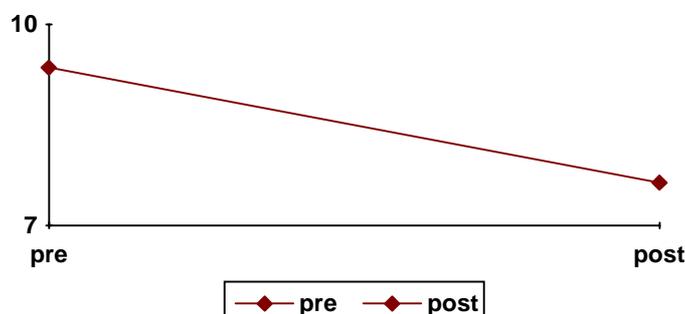
Gráfica 2:
Hipocondría General
Convicción de enfermedad
(IBQ)



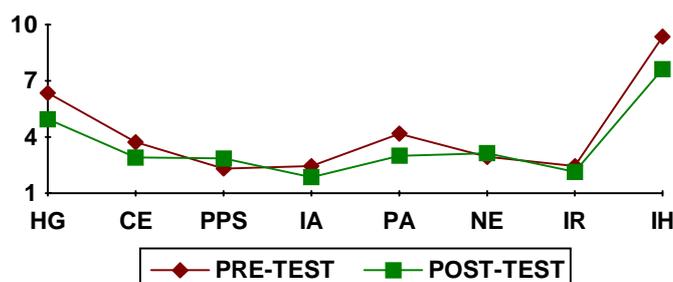
Gráfica 3:
Inhibición afectiva
Perturbación afectiva
(IBQ)



Gráfica 4:
Índice Whiteley Hipocondría (IBQ)



Gráfica 5:
Perfil de Conducta de Enfermedad (Análisis comparativo)



4. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo ponen de manifiesto que al igual que ocurría en el estudio de Ballester y Botella de 1993, los pacientes con TP se caracterizan por un determinado perfil de conducta de enfermedad distinto al de pacientes con otros trastornos de ansiedad y al de sujetos controles normales. Es decir, el presente trabajo confirma los resultados obtenidos anteriormente por nuestro equipo: los pacientes con TP presentan un alto grado de hipocondría, una fuerte convicción de enfermedad y más problemas afectivos, además de una mayor preocupación somática.

Por lo tanto, nuestros datos indican que existe una estrecha relación entre la hipocondría y las crisis de pánico. En este sentido, Grandi, Fava y Luria (1988) encontraron niveles mayores de hipocondría en pacientes con crisis de pánico que en sujetos sin problemas de ansiedad. Y, desde esta perspectiva, estos autores han llegado a proponer el concepto de conducta anormal de enfermedad acuñado por Pilowsky y Spence en 1983 como marco de referencia desde el cual poder elaborar un adecuado diagnóstico diferencial entre el TP y la hipocondría (Fava y Grandi, 1990).

En segundo lugar, los resultados muestran que el programa de tratamiento diseñado para ser aplicado en grupo por nuestro equipo resulta útil a la hora de alterar variables relacionadas con el perfil de conducta de enfermedad que muestran estos pacientes. Es decir, el programa no sólo es eficaz mejorando variables específicamente relacionadas con el pánico y la agorafobia (p.ej, el número de crisis, la intensidad de las

crisis, la agorafobia) o en otras variables clínicas de interés (p.ej., el grado de depresión, la valoración global de los síntomas fóbicos, la fobia social) (Botella, Robert, Quero y Guillén, 1997), sino que el patrón de conducta de enfermedad que caracteriza a los pacientes con TP también cambia significativamente tras el tratamiento: los pacientes parecen mostrar menor temor a la enfermedad, se preocupan menos por los síntomas, los interpretan de un modo menos catastrófico, tienen menor dificultad para expresar sentimientos personales a los demás y reprimir sentimientos de enfado, se entristecen y experimentan ansiedad menos fácilmente y presentan una menor preocupación somática, afirmación de enfermedad y fobia a ésta (Índice Whiteley de Hipocondría).

La percepción psicológica vs. somática de la enfermedad es una de las variables que, aunque no alcanza significación estadística, aumenta en la fase de post-tratamiento. Esto significa que los pacientes adquieren una percepción más psicológica de su enfermedad, lo cual podría ser importante de cara a la adherencia al tratamiento. Es decir, al tener una percepción menos somática de su enfermedad, los pacientes no serían tan reticentes a ser tratados por un psicólogo y no por un médico.

Por todo lo anterior, una conclusión general a la que podemos llegar es que la aplicación en grupo de un programa cognitivo-comportamental dirigido las crisis de pánico y la agorafobia produce mejoras no sólo en estos problemas, sino también en variables tan importantes como las que conforman el perfil de conducta de enfermedad. Además, desde una perspectiva de coste-beneficio terapéutico hay que señalar que, al aplicar el tratamiento en grupo se consigue reducir el coste del tratamiento tanto en caso de que se aplique en un ámbito privado como en uno público. Con respecto al ámbito público, los resultados obtenidos son realmente cruciales, sobre todo si pensamos en las largas listas de espera que existen en los centros de salud pública. Concerniente a estas largas listas de espera, y más específicamente relacionado con el patrón de conducta de enfermedad, nos parece importante el hecho de que el tratamiento aplicado disminuya el grado de hipocondría en estos pacientes, tanto el factor de Hipocondría General como el Índice Whiteley de Hipocondría. Es decir, estos pacientes pueden que hagan un menor uso de los Centros de Salud ante la percepción o interpretación de cualquier síntoma corporal.

Otros estudios que utilizan tratamiento farmacológico obtienen resultados algo contradictorios. Así, Fava, Grandi, Saviotti y Conti (1990) aplicaron un tratamiento farmacológico con alprazolam a pacientes con TP, mostrándose eficaz en cuanto a las crisis de pánico, es decir, consiguieron controlar o disminuir la intensidad de las crisis de los pacientes. No obstante, el tratamiento no consiguió alterar los miedos hipocondríacos. Por el contrario, un estudio anterior de Noyes, Reich, Clancy y O'Gorman (1986) utilizando también alprazolam obtuvo disminuciones significativas en el grado de preocupación somática, convicción de enfermedad y miedo a la enfermedad (medidos, al igual que en este trabajo, con el IBQ).

Por lo que respecta a tratamientos psicológicos, en un estudio realizado por el equipo en 1992 (Ballester, 1992) se vio que el tratamiento cognitivo-conductual producía una disminución de las puntuaciones de todos los factores del IBQ, a lo largo del tratamiento. El cambio observado era pequeño, pero progresivo y se mantenía en los seguimientos. De hecho, las diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones se producían entre el post-tratamiento y el segundo seguimiento (6 meses).

De este modo, y con respecto al segundo objetivo de este trabajo, podemos concluir que, el programa de tratamiento aplicado en grupo parece haber conseguido resultados satisfactorios. Y los consigue, además, en un período de tiempo menor que los obtenidos por el tratamiento aplicado individualmente por nuestro equipo en 1992. De hecho, en este último estudio obtenemos diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el post-tratamiento en dichas variables. No obstante, tenemos que decir que en nuestros resultados puede estar influyendo el número de sesiones (14 vs. 10 en el anterior estudio) y el hecho de que el tratamiento fuera aplicado en grupo. Y por último, tendremos que esperar a disponer de datos de seguimiento para llegar a conclusiones más firmes.

A la vista de los resultados obtenidos, creemos que es necesario tomar en consideración la presencia de ese alto grado de hipocondría a la hora de diseñar tratamientos para este tipo de pacientes.

5. BIBLIOGRAFÍA

- 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. y Botella, C (1993). "Perfil de conducta de enfermedad en pacientes con crisis de angustia". Análisis y Modificación de Conducta, Vol. 19 (64), 233-265.
- Botella, Robert, Quero y Guillén (1997). "Coste-beneficio en terapia : el tratamiento del trastorno de pánico en grupo". Comunicación presentada en el I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. (Madrid, del 3 al 7 de Abril).
- Byrne, D. G. y Whyte, H. M. (1978). "Dimensions of illness behavior in survivors of myocardial infarction". Journal of Psychosomatic Research, 22, 485-491.
- Fava, G. y 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. y Conti, S (1990). "Hypochondriasis with panic attacks". Psychosomatics, vol. 31 (3), 351-353.
- Grandi, S. ; Fava, G. y Luria, E. (1988). "Sintomi ipocondriaci nell'agorafobia". Medicina Psicosomática, vol. 33 (1), 19-27.
- Mechanic, D. (1962). "The concept of illness behavior". Journal of Chronical Diseases, 15, 189-194.
- Noyes, R. ; Reich, J. ; Clancy, J. Y 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 Journal of Medical Psychology, 42, 347.
- Pilowsky, I. (1975). "Dimensions of abnormal illness behavior". Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 9, 141-147.
- Pilowsky, I. (1977). "Pain, depression and illness behavior in a pain clinic population". Pain, 4, 183-192.
- Pilowsky, I. (1987). "Abnormal illness behavior". Psychiatric Medicine, 5 (2), 85-91.
- Pilowsky, I. ; Smith, Q. P. y Katsikitis, M. (1987). "Illness behavior and general practice utilisation : a prospective study". Journal of Asychosomatic Research, 31 (2), 177-83.
- Pilowsky, I. y Spence, N. (1983). "Manual for the Illness Behavior Questionnaire". University of Adelaide.
- Pilowsky, I. ; Spence, N. y Waddy, J. L. (1979). "Illnes behavior and coronary artery bypass surgery". Journal of Psychosomatic Research, 23, 39-44.
- Zonderman, A. B. ; Heft, M. W. y Costa, P.T. (1985). "Does the Illness Behavior Questionnaire measure abnormal illness behavior ?". Health Psychology, 4 (5), 425-436.