



UNIVERSITAT
JAUME·I

Jornades de Foment de la
Investigació

VALIDEZ DEL
ILLNESS
BEHAVIOR
QUESTIONNAIRE
(IBQ): ESTUDIO
FACTORIAL Y
CRITERIAL

Autors

Nacho Ibañez

Esther Lorente

Elena Grau

Carlos Franch

Rafael Ballester

Dpto. de Psicologia

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

- 1.1.-CONDUCTA ANORMAL DE ENFERMEDAD
- 1.2.-DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE ENFERMEDAD (IBQ)
- 1.3.-MODELO DE PÁNICO DE CLARK (1985)

2. OBJETIVO

- 2.1.- VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO
 - 2.1.1.-Estructura factorial
 - 2.2.2.-Evidencia criterial

3.MÉTODO

- 3.1.-MUESTRA
- 3.2.-INSTRUMENTO
- 3.3.-PROCEDIMIENTO
 - 3.3.1.-Fiabilidad
 - 3.3.2.-Validez Factorial
 - 3.3.3.-Validez de Criterio

4.RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- 4.1.-FIABILIDAD
- 4.2.-VALIDEZ
 - Validez Factorial
 - Validez de Criterio

5. BIBLIOGRAFÍA

El propósito del presente trabajo es doble: por una parte se pretende estudiar las propiedades psicométricas del cuestionario de Conducta de Enfermedad (IBQ) de Pilowsky. Para ello, se analiza la fiabilidad, midiendo la consistencia interna del instrumento, y la validez de constructo, tanto a nivel factorial como de criterio. Por otra parte, se pretende aportar evidencia al modelo de pánico de Clark (1985) en lo que se refiere a la focalización atencional en las señales corporales.

Los resultados han de ser tomados con cierta cautela, ya que la muestra no es lo suficientemente amplia como para obtener conclusiones lo suficientemente sólidas. Sin embargo, nuestros datos sugieren, de acuerdo con la literatura, que la estructura de siete factores obtenida por Pilowsky es difícilmente replicable. Parece ser que el cuestionario estaría midiendo un claro factor de Hipocondría General, mientras que los otros factores habrían de estar mejor representados en el cuestionario.

En función de los análisis hemos realizado algunas modificaciones, sobre todo en la asignación de ítems a factores y en la elaboración de las escalas. Nuestra adaptación tiene en cuenta 41 ítems, repartidos en seis factores denominados Hipocondría, Alteración emocional, Preocupación por la enfermedad, Inhibición afectiva, Negación y Convicción de enfermedad. Nuestra adaptación, al menos la escala de Hipocondría, es lo bastante precisa como para discriminar a nivel clínico entre fóbicos y ansiosos generales, y éstos del grupo control. Por tanto, consideramos que se trata de una adaptación fiable y válida del instrumento.

Finalmente, hemos encontrado diferencias significativas en el nivel de Hipocondría, es decir, en el nivel de preocupación y autoobservación de los estímulos corporales entre los pánico y los demás grupos. Esto supone un claro apoyo al modelo de pánico de Clark.

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

1.1. CONDUCTA ANORMAL DE ENFERMEDAD

En 1962, Mechanic y Volkart acuñan el concepto de “Conducta de enfermedad” para referirse al modo en que las personas perciben, evalúan e interpretan sus síntomas y emprenden determinadas acciones para eliminarlos.

Unos años más tarde, desde la psiquiatría, Pilowsky (1978, 1986), aunque reconoce la formulación de Mechanic, propone algunas modificaciones. Considera que el concepto de conducta de enfermedad de Mechanic presupone la existencia de algún síntoma corporal real en el sujeto, cuando está demostrado que, por ejemplo, en los hipocondríacos tales síntomas no existen, simplemente el sujeto se hace demasiado consciente de variaciones normales en su estado físico. Así, Pilowsky enfatiza la predisposición del sujeto a evaluar algún aspecto de su funcionamiento en términos de salud o enfermedad. Acuña, de esta forma, el concepto de *Conducta Anormal de Enfermedad* definiéndola como:

“la persistencia de un modo inapropiado o desadaptativo de percibir, evaluar y actuar en relación con el 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 por 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 el ámbito educativo y sociocultural del individuo”.

1.2.-DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE ENFERMEDAD (IBQ)

El Cuestionario de Conducta de Enfermedad (IBQ), de Pilowky y Spence (1983) es un instrumento de autoevaluación que tiene como objetivo registrar aspectos de conducta de enfermedad (fundamentalmente actitudes que sugieren modos inapropiados o mal adaptados de responder al estado de salud de uno mismo) (Pilowky, 1971).

Proporciona la medida de 7 aspectos de conducta de enfermedad:

- Hipocondría general
- Convicción de enfermedad
- Percepción psicológica vs. somática de la enfermedad
- Inhibición afectiva
- Perturbación afectiva
- Negación
- Irritabilidad

Procedimiento de elaboración del IBQ

1. El Witheley Index of Hipocondriasis (1967) (20 ítems).

Pilowsky intenta ampliar la comprensión de la hipocondría y producir respuestas más de acuerdo con la experiencia clínica, analizando las definiciones de hipocondríacos suministradas por médicos, enfermeras y auxiliares de un gran hospital público. Catorce de estos ítems discriminaban significativamente, entre pacientes psiquiátricos, los que eran hipocondríacos de los que no.

Un análisis de rotación ortogonal de las respuestas del Witheley Index en un grupo de pacientes psiquiátricos proporciona 3 factores significativos: Preocupación corporal; Fobia a la enfermedad y el tipo de insight que a menudo acompaña a tales miedos, un tipo de hipocondría caracterizada por la firme convicción de la presencia de seria patología.

2. Illness Behavior Questionnaire (52 ítems)

Witheley Index + 32 ítems (evalúan áreas de afecto, ideación y conducta).

El Witheley Index no abarca ciertos aspectos de respuesta a la enfermedad, por eso se tuvieron que añadir ítems relevantes para las observaciones clínicas de conducta anormal de enfermedad.

3. IBQ (62 ítems)

Se añaden ítems en algunas áreas del IBQ para una estimación más fiable de las dimensiones de conducta anormal de enfermedad. Concretamente: ítem 57 (escala 3), ítem 55 y 60 (escala 6), ítem 56, 61 (escala 7), ítem 54, 59 (escala 5) y 53, 58, 62 (escala 4).

1.3.-MODELO DE PÁNICO DE CLARK (1985)

Desde modelos cognitivos de pánico se enfatiza principalmente la interpretación catastrófica de las sensaciones corporales como mecanismo desencadenante del ataque de pánico. En concreto explicaremos brevemente el Modelo Cognitivo de Pánico propuesto por Clark (1985) que queda esquematizado en la Figura 1.

Figura 1. Modelo Cognitivo de Pánico (Clark, 1985)



Hiperventilación

Desde este modelo, estímulos tanto externos (por ejemplo, un supermercado para un agorafóbico) como internos (un pensamiento, imagen o sensación corporal), si son percibidos como una amenaza, desencadenan una respuesta de miedo o aprensión. Este estado está acompañado por un amplio rango de sensaciones corporales que si son interpretadas catastróficamente producen un gran incremento del miedo. Éste, a su vez, produce un aumento de la intensidad de las sensaciones corporales, y así sucesivamente, hasta establecerse un círculo vicioso que culmina con un ataque de pánico.

Cuando el sujeto ya ha adquirido cierta tendencia a interpretar de modo catastrófico sus sensaciones corporales, dos *factores* explicarían el *mantenimiento* del trastorno de pánico según Clark:

- La hipervigilancia del sujeto sobre sus sensaciones corporales, que le lleva a ser consciente de sensaciones que para otras personas no existen.
- La evitación de situaciones o actividades que le llevan a experimentar las sensaciones que teme, sobrestimando de probabilidad e intensidad del pánico. La consecuencia de esta evitación es la ausencia de evidencias para contrastar sus miedos, manteniéndose así un estilo interpretativo negativo sobre las sensaciones que implican tales actividades o situaciones.

2. OBJETIVO

2.1.- VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

2.1.1.-Estructura factorial

Se pretende, en primer lugar, obtener datos sobre la fiabilidad y la validez del cuestionario en una muestra de 80 sujetos.

2.2.2.-Evidencia criterial

Se compararán los distintos grupos (pacientes con pánico, con ansiedad sin trastorno de pánico y controles normales) en las distintas escalas del IBQ.

Según el modelo cognitivo de pánico comentado anteriormente, el establecimiento del círculo vicioso causante de los ataques de pánico depende básicamente de las interpretaciones catastróficas que realiza el sujeto de sus síntomas somáticos. Por otra parte, para que se desarrolle el trastorno de pánico, es decir, para el mantenimiento del trastorno, se considera fundamental la hipervigilancia desarrollada por el paciente hacia las sensaciones corporales, lo cual hace que se incremente la consciencia de éstas, y en consecuencia se mantiene la tendencia a interpretarlas catastróficamente.

Teniendo en cuenta estos dos factores (interpretación catastrófica y focalización atencional a signos somáticos), planteamos que la diferencia básica entre los pacientes con trastorno de pánico y pacientes con otro trastorno de ansiedad es el objeto de atención y de interpretación catastrófica. Así, los pacientes con pánico interpretarían catastróficamente los estímulos internos, mientras que los pacientes ansiosos (sin trastorno de pánico) dirigirían su atención y malinterpretarían los estímulos externos.

De esta premisa se deriva la hipótesis fundamental de este trabajo:

- Los pacientes con trastorno de pánico obtendrán puntuaciones más altas en Hipocondría General (Escala 1 del IBQ) y Convicción de Enfermedad (Escala 2 del IBQ) que los pacientes con ansiedad sin pánico.

Si realmente se demuestra que los pacientes con trastorno de pánico puntúan más alto en la escala de hipocondría, ésta sería una prueba adicional para validar el IBQ.

Por otra parte, otras hipótesis que serán contrastadas son:

- Puntuaciones más elevadas en conducta de enfermedad (escala total) en pacientes con pánico y ansiosos que en población normal
- Pánicos y ansiosos (en tanto que pacientes), puntuaciones más altas en la escala de Perturbación Afectiva (Escala 5) e Hipocondria General (Escala 1) que los controles normales.

3.MÉTODO

3.1.-MUESTRA

Se ha estudiado una muestra de 80 sujetos, de los cuales 27 son hombres y 53 mujeres (como se observa en la Tabla 1, hay un predominio de las mujeres, que podría influir en los resultados que se obtengan). Esta muestra no puede considerarse como significativa del total de la población, ya que es insuficiente y además no se ha controlado la variable sexo, que podría estar influyendo.

Tabla1. Distribución de frecuencias y porcentajes en función del sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	27	33.8
Mujeres	53	66.3

La edad de los sujetos de la muestra oscila desde sujetos de 21 años a sujetos de 53 y aunque en muchos de los casos (31) no se conoce la edad, la mayoría de éstos están alrededor de los 22.

Tabla 2. Distribución de frecuencias y porcentajes en función de la edad.

	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	21	4	5,0	8,2	8,2
	22	14	17,5	28,6	36,7
	23	6	7,5	12,2	49,0
	24	7	8,8	4,3	63,3
	25	2	2,5	4,1	67,3
	26	2	2,5	4,1	71,4
	31	1	1,3	2,0	73,5
	33	1	1,3	2,0	75,5
	35	2	2,5	4,1	79,6
	39	2	2,5	4,1	83,7
	40	2	2,5	4,1	87,8
	42	1	1,3	2,0	89,8
	45	1	1,3	2,0	91,8
	47	1	1,3	2,0	93,9
	48	1	1,3	2,0	95,9
	51	1	1,3	2,0	98,0
	53	1	1,3	2,0	100,0
	99	31	38,8	Missing	
Total	80	100,0	100,0		
Válidos	49				

Tabla 3. Descriptivos para la variable edad.

Media	Mediana	Moda	Máximo	Mínimo
28.122	24	22	53	21

Los sujetos de la muestra estaban agrupados en tres grupos:

Tabla 4. Distribución de frecuencias y porcentajes en función del grupo.

Grupo	Frecuencia	Porcentaje
Pánico	24	30.0
Ansiedad	13	16.3
Control	43	53.8
TOTAL	80	100

Como muestra la Tabla , dentro del grupo de pánico el número de mujeres (18) es más del doble que el de hombres (6). En el grupo de ansiedad hay 5 hombres y 8 mujeres, Y en el grupo control el número de hombres es de 16 mientras que el de mujeres es de 27.

Tabla 5

GRUPO	SEXO		SEXO	
	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Pánico	6	25.0	18	75.0
Ansiedad	5	30.5	8	61.5
Control	16	37.2	27	62.0

3.2.-INSTRUMENTO

El IBQ (Cuestionario de Conducta de Enfermedad) consta de 62 ítems los cuales, después de ciertos análisis estadísticos, se encontró que saturaban en 7 factores. Por tanto, este cuestionario mide siete aspectos diferentes de la conducta de enfermedad, que son:

1. Hipocondría General: Factor general que se refiere a la preocupación fóbica por el propio estado de salud. está asociado con un alto nivel de activación o ansiedad. Los ítems que engloban este factor son: 9, 20, 21, 24, 29, 30, 32, 37 y 38.

Ejemplos:

Ítem 9. ¿Se enfada si se siente enfermo y le dicen que parece mejorado?

Ítem 21. ¿Teme enfermar?

2. Convicción de Enfermedad: Caracterizado por la afirmación de que existe un problema físico, preocupación sintomática y rechazo de la confianza proporcionada por el médico. Los ítem son: 2, 3, 7, 35 y 41.

Ejemplo:

Ítem 2. ¿Cree usted que algo and verdaderamente mal en su cuerpo?

3. Percepción psicológica vs. somática de la enfermedad: Una puntuación alta en esta escala indica que el paciente se siente de algún modo responsable de su enfermedad y se percibe como necesitado de un tratamiento psicológico más que de uno médico. Una puntuación baja indica rechazo de tales actitudes y una tendencia a somatizar. Los ítems que lo engloban son: 11, 16, 44, 46 y 57.

Ejemplo:

Ítem 11. ¿Piensa que su enfermedad es un castigo por algo malo que hizo?

4. Inhibición afectiva. Puntuaciones altas indican dificultad en la expresión de sentimiento personales, especialmente negativos, a los demás. Los ítems son el 22, 36, 53, 58 y 62.

Ejemplo:

Ítem 36. ¿Tiende a reprimir sus sentimientos cuando está enfadado?

5. Perturbación afectiva. Caracterizado por sentimientos de ansiedad y/o tristeza. ítems: 12, 18, 47, 54 y 59.

Ejemplos:

Ítem 18. ¿Cree que se pone ansioso fácilmente?

Ítem 47. ¿Cree que se pone triste con facilidad?

6. Negación: Una alta puntuación refleja la tendencia a negar el estrés, y atribuir todos los problemas a los efectos de la enfermedad. Ítems: 27, 31, 43, 55 y 60.

Ejemplo:

Ítem 27. ¿Tiene algún problema en su vida aparte de su enfermedad?

7. **Irritabilidad:** Señala la presencia de sentimientos de enojo y de fricción interpersonal. Ítems: 4, 17, 51, 56 y 61.

Ejemplos:

Ítem 17. ¿Afecta mucho su enfermedad en como se comporta con su familia?

Ítem 51. ¿Cree que se enfada fácilmente?

Estos siete factores pueden ser utilizados como medida de las diferencias individuales en la conducta de enfermedad. Puntuar en estos ítems nos indica una conducta de enfermedad “anormal” o mal adaptada, y altas puntuaciones en todos los factores excepto en el de percepción psicológica, puede ser interpretado como indicación de una percepción inusual, evaluación o actos en relación a la salud de uno mismo.

3.3.-PROCEDIMIENTO

3.3.1.-Fiabilidad

En primer lugar se medirá la fiabilidad del cuestionario mediante el índice de consistencia interna alpha de Crombach.

3.3.2.-Validez

En los últimos años comienza a hablarse de validez de constructo entendida de forma amplia y no de distintas formas de validez (de criterio, de contenido, de constructo, ...). De esta forma, se entiende que la validación de un instrumento es un proceso continuo, es decir, un instrumento no es válido por haber sido probada su validez, por ejemplo, de criterio. Por el contrario, la validación (la validez de constructo) se refiere a la obtención de toda aquella información que permita establecer que realmente se está midiendo lo que se pretende, en este caso la conducta de enfermedad, para unos objetivos en concreto y teniendo en cuenta para ello, tanto las consecuencias sociales como éticas de esa medición.

Evidencia Factorial

Se realizará un análisis factorial mediante la extracción de componentes principales.

Para la replicación de los factores se utilizará el criterio de Kaiser de valores propios mayores que uno.

A los factores obtenidos se les realizará una rotación ortogonal.

Finalmente, y en función de las saturaciones de los ítems en los factores se describirán las escalas y se compararán con las originales.

Evidencia externa o de Criterio

En función de las escalas originales se realizarán comparaciones entre los tres grupos: pánico, ansiedad general y control.

Las escalas han de presentar diferencias significativas de acuerdo con la teoría de Clark, así como de las hipótesis derivadas de las características de los propios trastornos psicológicos en diferentes escalas:

1. *Pánico vs. Ansiedad.* Puntuación total, escala de Hipocondría y escala de convicción de enfermedad.

La característica fundamentalmente diferenciadora, según el modelo de Clark (1985), entre pacientes con pánico y pacientes con otro tipo de trastorno de ansiedad es que los primeros focalizan su atención hacia el propio cuerpo, e interpretan las señales provinientes de él de forma catastrófica (hipocondría), mientras que los pacientes con otro trastorno de ansiedad focalizan su atención hacia los estímulos que les provocan

ansiedad, interpretándolos también de forma catastrófica. Dado que el IBQ es un cuestionario que, fundamentalmente, mide hipocondría, los pánico obtendrán puntuaciones más altas en la escala total y en la escala de hipocondría. Por último, una de las características de los pacientes con pánico es su alto grado de convicción de enfermedad, y su dificultad en modificar ideas referentes a su problema.

2. *Pánico vs. Control*. Puntuación total, escala de hipocondría, escala de alteración emocional y de convicción de enfermedad

Los pacientes con pánico se diferenciarán de personas sin alteración ansiosa en la puntuación total, en la escala de hipocondría, en la alteración emocional, ya que no tienen ninguna, y en la de convicción de enfermedad, ya que no poseen tampoco ninguna enfermedad de la cual tener o no convicción.

3. *Ansiedad vs. Control*. Puntuación total, hipocondría, alteración emocional, y convicción de enfermedad.

La hipótesis en cuanto a diferencias entre ansiosos y controles no supone ninguna diferencia con respecto al anterior grupo.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.-FIABILIDAD

La fiabilidad del instrumento original de 62 ítems traducido al castellano fue de $\alpha=0.81$, lo cual es un buen índice de consistencia interna.

La fiabilidad de nuestra adaptación, con nuevas escalas y 42 ítems, fue de $\alpha=0.84$, lo cual supone un ligero aumento.

Evidentemente las dos escalas son fiables, criterio necesario, pero no suficiente para que un cuestionario sea adecuado. Tendremos que valorar la validez de ambos cuestionarios para decidimos por uno de ellos.

4.2.-VALIDEZ

Evidencia factorial

Un análisis de componentes principales ofrecía una solución de 19 factores. Sin embargo, aquí hemos de hacernos una autocrítica: nuestra muestra era de 80 sujetos, con un cuestionario de 62 ítems. Para la realización de un análisis factorial se necesitan 4 o más sujetos por variable, criterio que no cumplíamos en absoluto. Nuestros datos han de ser considerados con cierta cautela, y sólo como una primera aproximación a la validez factorial del IBQ. En esta solución de 19 factores aparecía un claro factor de hipocondría que explicaba el 21% de la varianza total del cuestionario. Los factores siguientes explicaban un muy bajo porcentaje de la misma (desde un 4% a un 1%). Esto sugiere que el IBQ está midiendo un factor general de hipocondría y que las restantes escalas están representadas de desigual forma.

Dada nuestra reducida muestra, optamos por forzar la solución factorial a siete factores, que son el número sugerido por Pilowsky, y realizamos una interpretación de las escalas obtenidas en función de las saturaciones factoriales de los ítems. Nuestras escalas fueron denominadas:

1. HIPOCONDRIA (21% de la varianza)

Es la escala más importante del cuestionario e incluye los ítem 46, 16, 37, 50, 39, 55, 24, 6, 57, 10 y 9. Coincide con la definición del factor de hipocondría del original IBQ, si bien los ítems no coinciden plenamente.

2.ALTERACIÓN EMOCIONAL (7%)

Esta escala está compuesta por los ítems 51, 4, 56, 54, 47, 30, 45, 35, 12 y 25. Abarca a las escalas originales de Perturbación afectiva e Irritabilidad.

3.PREOCUPACIÓN POR LA ENFERMEDAD (6.2%)

Esta escala comprende los ítems 20, 42, 38, 1, 19 y 23. La escala se refiere a un componente de preocupación más o menos normal por temas relacionados con las enfermedades, más que con la salud, pero sin llegar al extremo de la preocupación excesiva por la enfermedad.

4.INHIBICIÓN AFECTIVA

Los ítems que lo integran son el 53, 22, 62, 36 y 58. Coincide con la escala original.

5.NEGACIÓN

La escala está compuesta por los ítems 31, 43, 60, 52, 27 y 5. La escala también coincide con la original del IBQ.

6.CONVICCIÓN DE ENFERMEDAD

Compuesta por los ítems 17, 7, 33 y 14. Es muy similar a la escala original del IBQ.

Finalmente eliminamos la escala 7 ya que estaba integrada por sólo dos ítems sin ninguna significación psicológicamente relevante.

Para comprobar qué escalas eran las más adecuadas, al menos en nuestra muestra, realizamos análisis comparativos en la puntuación total y en cada una de las escalas, tanto las originales como nuestra escalas. Recordemos que las hipótesis eran:

- 1.*Pánico vs. Ansiedad*: Diferencias en puntuación total, escala de Hipocondría y escala de Convicción de enfermedad.
- 2.*Pánico vs. Control*: Diferencias en puntuación total, escala de Hipocondría, escala de alteración emocional y Convicción de enfermedad.
- 3.*Ansiedad vs. Control*: Diferencias en puntuación total, escala de Hipocondría, de Alteración emocional y de Convicción de enfermedad.

Los resultados obtenidos con las escalas originales del IBQ son los siguientes:

- 1.*Pánico vs. Ansiedad*: No se encuentran diferencias ni en puntuación total ni en ninguna escala, lo cual va en contra del modelo de Clark (1985).
- 2.*Pánico vs. Control*: Diferencias en puntuación total, escala de Hipocondría y escala de Convicción de enfermedad. No se encuentran, sin embargo, diferencias significativas en la escala de Perturbación afectiva.
- 3.*Ansiedad vs. Control*: Diferencias en puntuación total, Hipocondría, Perturbación afectiva, Irritabilidad, Inhibición afectiva y Convicción de enfermedad.

Los resultados obtenidos con la utilización de nuestras seis *escalas nuevas* son:

- 1.*Pánico vs. Ansiedad*: Diferencias en puntuación total y escala de Hipocondría, pero no en la escala de convicción de enfermedad.
- 2.*Pánico vs. Control*: Diferencias en puntuación total, escala de Hipocondría, escala de Alteración emocional y Convicción de enfermedad. Esto puede ser debido a que la escala no está midiendo exactamente la rigidez ideacional y la resistencia al cambio, sino que la escala está compuesta por ítems que hacen referencia a la confianza en el doctor u otras variables. También es posible que los ansiosos fueran igualmente rígidos y poseyeran una gran convicción, por lo que la escala no detectaría diferencias.

3. *Ansiedad vs. Control*: Diferencias en puntuación total, Hipocondría, Alteración emocional, Inhibición afectiva y Convicción de enfermedad.

Es decir, las seis escalas extraídas de nuestra muestra no muestran diferencias substanciales con los resultados obtenidos con las escalas originales cuando comparamos los grupos de pánico o ansiedad con el grupo control. Sin embargo, las escalas originales son incapaces de discriminar entre los grupos de pánico y ansiedad, cuando de acuerdo con el modelo de Clark habrían de presentar diferencias en el componente de Hipocondría. Nuestras escalas, sin embargo, sí son capaces de realizar esta discriminación, por lo que esto supondría una importante validación teórica de modelo de Clark (1985) y del propio cuestionario IBQ.

5. CONCLUSIONES

Con respecto a la fiabilidad podemos decir que, el IBQ es un instrumento fiable ($\alpha=0.81$) en la evaluación de la conducta anormal de enfermedad. Por otra parte, el “nuevo IBQ”, es decir, el instrumento que queda constituido a partir de los análisis factoriales del instrumento original, también lo es, ya que el coeficiente de fiabilidad sigue siendo muy alto ($\alpha=0.84$).

Con respecto a la validez, en primer lugar factorial, podemos decir que, en general, el IBQ precisa de más investigación para la determinación concreta de la estructura factorial. Diferentes estudios aportan diferentes factores, si bien aparece en todos ellos un factor claro de Hipocondría que explica el mayor porcentaje de varianza.

Los resultados en relación a la validez criterial, obtenidos a partir de las comparaciones entre los distintos grupos, nos permiten concluir que el IBQ original (escala total) es válido a la hora de discriminar entre los grupos con trastornos de ansiedad y pánico frente al grupo sin trastorno psicopatológico. Sin embargo, la hipótesis principal no se verifica, ya que la escala de Hipocondría no discrimina entre el grupo de ansiedad y el grupo de pánico. El nuevo IBQ, por otro lado, es válido para discriminar entre grupos con trastorno de ansiedad y pánico frente al grupo sin trastorno psicopatológico y además su escala de Hipocondría discrimina entre el grupo de ansiedad y el de pánico, lo cual sí parece apoyar la hipótesis que planteabamos derivada de la Teoría de pánico de Clark (1985).

6. BIBLIOGRAFÍA

- Ballester, R. (1993). Conducta de Enfermedad. La Búsqueda de una Identidad. *Boletín de Psicología*, N° 38 (pp. 63-88)
- Ballester, R. y Botella, C. (1993). Perfil de Conducta de enfermedad en pacientes con crisis de angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 19. N° 64 (pp. 233-260).
- Botella, C. y Ballester, R. (1991). Tratamiento psicológico del trastorno de pánico: Adaptación del programa cognitivo- conductual de Clark. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol. 17, N° 56 (pp. 871-894)
- Pilowsky I. - Spence (1983). Manual for Illness Behaviour Questionnaire. University of Adelaide.