

Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia

Stefano Vinaccia¹ (*Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia*),
María Victoria Sánchez (*Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia*),
Eliana María Bustamante (*Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia*),
Erika Janeth Cano (*Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia*) y
Sergio Tobón (*Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia*)

(Recibido 12 de enero 2005/ Received January 12, 2005)
(Aceptado 25 de mayo 2005 / Accepted May 25, 2005)

RESUMEN. El objetivo de este estudio es determinar la conducta de enfermedad en las mujeres que presentan preeclampsia y su relación con la depresión. Un total de 60 mujeres embarazadas con preeclampsia y 60 mujeres con embarazo normal fueron comparadas en conducta de enfermedad y depresión en un diseño transversal. La conducta de enfermedad fue evaluada mediante la versión española del *Illness Behaviour Questionnaire (IBQ)*. La depresión fue evaluada con la versión española del CES-D. Los resultados indican que las mujeres embarazadas con preeclampsia, comparadas con las embarazadas sin preeclampsia, presentaron niveles significativamente más altos ($p < 0,001$) en depresión y en las siguientes subescalas del IBQ: hipocondría, convicción de enfermedad, negación del problema, irritabilidad y distorsión afectiva. No se encontraron diferencias significativas en percepción psicológica versus somática de la enfermedad ni tampoco en inhibición afectiva. Los resultados sugieren que las embarazadas con preeclampsia tienen una peor conducta de enfermedad que las embarazadas sin preeclampsia.

PALABRAS CLAVE. Preeclampsia. Conducta anormal de enfermedad. Depresión. Estudio descriptivo mediante encuestas.

¹ Correspondencia: Apartado aéreo 81240 Envigado. Antioquia (Colombia). E-Mail: vinalpi47@hotmail.com

ABSTRACT. The aim of this study was determine disease behavior in women that present preeclampsia and its relationship with depression. Sixty pregnant women with preeclampsia diagnosis and 60 women with normal pregnancies. Both groups were compared based on disease behavior and depression in a transversal design. The disease conduct was evaluated by the Spanish version of Illness Behaviour Questionnaire (IBQ), depression was evaluated with the Spanish version of CES-D. Results: the pregnant women with preeclampsia compared to the pregnant women without preeclampsia presented significantly higher levels ($p < 0,001$) in depression and in the following scales of the IBA: hypochondria, disease conviction, problem denial, irritability and affective distortion. No significant differences were found in psychological perception vs. somatic perception of the disease nor in affective inhibition. The data suggests that pregnant women with preeclampsia have worse disease behavior that the pregnant women without preeclampsia.

KEY WORDS. Preeclampsia. Disease behavior. Depression. Descriptive study.

RESUMO. O objectivo deste estudo é determinar o comportamento de doença nas mulheres que apresentam preeclampsia e a sua relação com depressão. Um total de 60 mulheres grávidas com preeclampsia e 60 mulheres com gravidez normal foram comparadas no comportamento de doença e depressão, num plano transversal. O comportamento de doença foi avaliado a través da versão espanhola do *Illness Behaviour Questionnaire (IBQ)*. A depressão foi avaliada com a versão espanhola da CES-D. Os resultados indicam que as mulheres grávidas com preeclampsia, comparadas com as grávidas sem preeclampsia, apresentam níveis significativamente mais altos ($p < 0,001$) em depressão e nas seguintes subescalas do IBQ: hipocondria, convicção de doença, negação do problema, irritabilidade e distorção afectiva. Não se encontraram diferenças significativas na percepção psicológica versus somática da doença, nem da inibição afectiva. Os resultados sugerem que as grávidas com preeclampsia têm um comportamento de doença pior que as grávidas sem preeclampsia.

PALAVRAS CHAVE. Preeclampsia. Comportamento de doença. Depressão. Estudo descritivo.

Introducción

La madre y el feto son vulnerables a diferentes enfermedades (Callahan y Desiderato, 1988). La preeclampsia es un síndrome que aparece en la mujer embarazada después de la semana 20 de gestación y se caracteriza por estar compuesto por hipertensión arterial, edema y proteinuria. Cuando tal condición se acompaña de convulsiones se denomina eclampsia (Escobar, 1993). A continuación se describen los tres elementos esenciales de esta definición (Botero y Júbiz Hasbún, 1997; Lloret, Lloret y Ación, 1987).

- Hipertensión arterial. Es cuando la tensión arterial es igual o superior a 140/90 mm.Hg. de sistólica y diastólica respectivamente, o si tuvo un aumento de 30 mm.Hg. en su presión sistólica o 15 mm.Hg. en la diastólica, en embarazos de más de 20 semanas de gestación, sin antecedentes previos de hipertensión.

- Proteinuria. Es la presencia de 500 mg./litro o más de proteína en una muestra de orina de 24 horas o de 1-5 gramos/litro en una muestra cualquiera recogida con una diferencia de seis horas.
- Edema. Es la acumulación excesiva de líquido en los tejidos demostrado por la fóvea en las extremidades o en la cara. Antes de la aparición del edema, una ganancia de peso de dos kilos o más por semana también es aceptado como patológico durante el embarazo. Es un signo arbitrario y no siempre guarda relación con la gravedad del cuadro clínico.

La hipertensión relacionada con el embarazo constituye una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal. Su incidencia es del 3-10% (Cunill, Sanabria y González, 1997; Meis, Goldenberg y Mercer, 1998). Este problema de salud constituye la mayor causa de mortalidad materna en los países desarrollados y aumenta hasta 5 veces las cifras habituales de mortalidad perinatal. Hasta el 15% de los nacimientos prematuros son debidos a preeclampsia (Meis *et al.*, 1998). Al analizar el comportamiento de la mortalidad materna en Colombia según causas en el año 1994, la toxemia ocupó el primer lugar y produjo el 38% de las muertes maternas en el país, indicador que no ha tenido ninguna variación en los últimos 20 años (Ministerio de Salud de Colombia, 1996).

La gestación es en sí misma una experiencia estresante (Salvatierra, 1989) debido a que la mujer se ve expuesta a una serie de molestias debidas a los cambios biológicos del embarazo, tales como náuseas, vértigo, cambio de apetito, aumento de peso y deformación maternal; además, experimenta cambios en su modo de vida cotidiano, ya que requiere asistir periódicamente al médico, sufrir exploraciones y realizarse pruebas. Todo esto puede incrementar la tensión nerviosa, sobre todo en aquellas mujeres que trabajan o tienen otros compromisos sociales y familiares. El estrés y la tensión nerviosa se elevan en aquellas mujeres que tienen complicaciones durante su embarazo. Herrera, Cáceres y Gracia (2000) estudiaron los factores psicosociales de riesgo en mujeres embarazadas diagnosticadas con complicaciones perinatales. Al respecto, encontraron que las gestantes tenían una acumulación de eventos estresantes y ansiedad severa, unido a un riesgo relativo de 3,85, el cual se incrementaba a 10,3 cuando la gestante, concomitantemente, carecía de un apoyo social adecuado (percepción de no apoyo de la familia y/o del compañero).

La evidencia señalada por diferentes investigaciones hace que sea necesario abordar la preeclampsia desde un modelo biopsicosocial, donde hay una influencia recíproca entre factores biológicos (cambios durante el embarazo, factores genéticos y funcionamiento fisiológico general), factores psicológicos (autopercepción del embarazo, ansiedad, depresión, ira, trastornos psicológicos, etc.) y factores sociales (presiones familiares, pobreza, trabajo, demandas sociales, etc.).

Se han realizado diversas investigaciones sobre la relación de factores psicosociales con la preeclampsia. Al respecto, Flórez (1999) evaluó el estrés pre-natal en 100 pacientes diagnosticadas con preeclampsia. Los resultados no arrojaron diferencias significativas para el estrés pre-natal en función del nivel de educación, el estado civil, la ocupación, el diagnóstico, ni las actitudes frente al embarazo; tampoco se observaron

asociaciones significativas entre el estrés pre-natal, la ansiedad de estado, la ansiedad de rasgo, ni la depresión. Se observó en los pacientes con preeclampsia presencia de estresores del embarazo normal y de estresores específicos con el alto riesgo obstétrico. Sin embargo, Kurki, Hilesmoa, Roitosolo, Mahila y Likorkola (2000) investigaron algunos factores de riesgo psicosocial en 623 mujeres caucásicas durante el primer trimestre del embarazo sin sintomatología de preeclampsia y hallaron que el riesgo de desarrollar esta complicación aumentaba el 2,5% en aquellas mujeres con depresión y el 3,2% en mujeres con ansiedad. Si la depresión se sumaba a una vaginitis bacteriana, el riesgo de desarrollar la preeclampsia aumentaba el 5,3%. Estos investigadores plantean que no está claro cómo la depresión y la ansiedad podrían provocar preeclampsia. Proponen como hipótesis que durante el afrontamiento de un evento estresante hay secreción de hormonas vasoactivas y otros transmisores neuro-endocrinos, los cuales podrían aumentar el riesgo de hipertensión en las mujeres embarazadas.

Por otro lado, las mujeres embarazadas con preeclampsia, además de compartir algunos malestares con todas las mujeres embarazadas (por ejemplo náuseas, dolor de cabeza y temor a la pérdida del bebé), sufren de malestares propios de su complicación, debido a las hospitalizaciones prolongadas, la medicación y las continuas evaluaciones médicas. Es por ello, que la misma enfermedad puede alterar el funcionamiento psicológico y afectar la autopercepción del embarazo, induciendo actitudes desfavorables ante éste y generar más quejas somáticas, en comparación con aquellas mujeres cuyo embarazo es normal (Salvatierra, 1989). Además, se ha planteado que tienden a tener una frecuente preocupación de padecer un problema de salud inespecífico, algo relacionado con la asunción de un rol particular de enfermo (Flórez, 1999).

De acuerdo con Mechanic (1977), la conducta de enfermedad hace referencia a cualquier conducta relevante respecto de cualquier condición que cause o pueda causar habitualmente que una persona se preocupe por sus síntomas y busque ayuda. El psiquiatra australiano Pilowsky (1993) concibe la conducta anormal de enfermedad como la persistencia de un modo inapropiado o desadaptativo de percibir y evaluar el propio estado de salud a pesar de que el médico u otros hallan 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, teniendo como base todos los parámetros de funcionamiento de la persona en los planos biológico, psicológico y social, considerando además, su edad y nivel sociocultural.

El objetivo de este estudio descriptivo mediante encuestas de tipo transversal (Montero y León, 2005) ha consistido en establecer el grado de implicación de la conducta de enfermedad en las mujeres embarazadas con preeclampsia, en comparación con aquellas mujeres que tienen un embarazo normal. De esta manera se espera aportar información que posibilite ampliar el conocimiento sobre el funcionamiento psicosocial de esta población, con el fin de establecer programas de intervención que disminuyan el riesgo de morbilidad y mortalidad. En la redacción del artículo se siguieron las pautas indicadas por Ramos-Alvarez y Catena (2004).

Método

Participantes

En la presente investigación participaron 120 mujeres embarazadas que asistían a control médico en la Entidad Promotora de Salud Coomeva S.A. de Medellín, Colombia. Este grupo se dividió en dos muestras: 60 mujeres con diagnóstico de preeclampsia y 60 mujeres con embarazo normal. Ambas muestras fueron homogéneas en factores sociodemográficos (véase la Tabla 1). Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta los siguientes: tener más de 20 semanas de embarazo y no tener trastornos psiquiátricos.

TABLA 1. Características sociodemográficas de las muestras.

	MATERNAS CON PREECLAMPSIA		MATERNAS SIN PREECLAMPSIA	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Edad</i>				
De 15 a 20 años	25	41,7%	23	38,3%
De 21 a 25 años	6	10%	7	11,7%
De 26 a 30 años	1	1,7%	1	1,7%
De 31 a 35 años	15	25%	15	25%
De 36 años o mas	13	21,7%	14	23,3%
<i>Escolaridad</i>				
Primaria	17	28,3%	18	30%
Secundaria	33	55%	30	50%
Tecnológico	10	16,7%	12	20%
<i>Estado civil</i>				
Casada	33	55%	35	58,3%
Unión libre	11	18,3%	12	20%
Soltera	16	26,7%	13	21,7%
<i>Estrato</i>				
Muy bajo	8	13,3%	7	11,7%
Bajo	38	63,3%	38	63,3%
Medio-bajo	11	18,3%	10	16,7%
Medio-medio	3	5%	5	8,3%
<i>Embarazos anteriores</i>				
Ninguno	22	36,7%	20	33,3%
Un embarazo	24	40%	26	43,3%
Dos embarazos	7	11,7%	7	11,7%
Tres embarazos	7	11,7%	7	11,7%

Instrumentos

- *The Illness Behavior Questionnaire (IBQ)*. Este cuestionario fue elaborado por Pilowsky y Spence (1975) y mide la conducta anormal de enfermedad. En la presente investigación se empleó la versión española de Ballester y Botella

(1993). El IBQ ha sido utilizado por diferentes autores para obtener patrones de respuesta ante la enfermedad: enfermos ostomizados (Martínez, Arnoldos y Hernández, 1996), personas con infarto agudo de miocardio (Arnoldos, Cardona y Hernández, 1996), grupos heterogéneos de enfermos (Llor, 1991) y población geriátrica (Nieto, Abad y Torres, 1998). Tiene 62 ítems que pueden ser contestados con un “sí” o un “no”. El instrumento se compone de 7 dimensiones que describen diferentes aspectos de la conducta anormal de enfermedad (Lojo, Hilser, Quiroz, Llor y Nieto, 1995; Pilowsky, 1993):

- Hipocondría general: preocupación fóbica con respecto al propio estado de salud, asociada con un alto nivel de ansiedad y con algún grado de conciencia de lo inapropiado de esta actitud.
 - Convicción de enfermedad: creencia por parte del sujeto de estar seriamente enfermo de un trastorno físico hasta el punto de rechazar las palabras tranquilizadoras del médico.
 - Percepción psicológica versus somática de la enfermedad: una alta puntuación en este factor indica que el paciente atribuye su enfermedad más a causas psicológicas que a causas orgánicas y una baja puntuación indica el rechazo de esta actitud y la tendencia a somatizar preocupaciones.
 - Inhibición afectiva: dificultad de expresar sentimientos, especialmente los negativos, a los demás.
 - Distorsión afectiva: presentación de sentimientos de ansiedad y depresión.
 - Negación: tendencia a negar tensiones de la vida y atribuir todos los problemas a los efectos de la enfermedad.
- Irritabilidad: sentimientos de agresividad y fricciones interpersonales.

El alfa de Cronbach obtenido en las diferentes escalas osciló entre 0,77 y 0,84.

- CES-D. Escala de Depresión. Este instrumento fue diseñado por Radloff (1977). Se empleó la versión española de Casullo (1998). El cuestionario se compone de 20 ítems que se responden dentro de una escala tipo Likert con cuatro posibilidades de respuesta que van desde cero (0) hasta tres (3). La escala mostró un alfa de Cronbach de 0,89.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados a todas las participantes de dos formas: autoadministración y con ayuda de un entrevistador (cuando la persona no sabía leer o no comprendía los ítems). El entrevistador fue una estudiante de Psicología de último semestre capacitada en esta área. Las condiciones de aplicación y los patrones de ayuda fueron similares en todos los casos. El tiempo de aplicación de los cuestionarios fue de aproximadamente 20 minutos por cada participante.

Resultados

Las mujeres embarazadas con preeclampsia presentaron mayores puntuaciones en hipocondría general, convicción de enfermedad, distorsión afectiva, negación de problemas, irritabilidad y depresión que las mujeres con un embarazo normal ($p < 0,01$), tal como se muestra en la Tabla 2. No hubo diferencias significativas entre las dos muestras en aspectos tales como la percepción psicológica versus somática de la enfermedad, ni tampoco en la subescala de la inhibición afectiva.

TABLA 2. Comparación de las muestras en las subescalas de la conducta de enfermedad y depresión.

	EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA <i>n = 60</i> <i>Media (DT)</i>	EMBARAZADAS SIN PREECLAMPSIA <i>n = 60</i> <i>Media (DT)</i>	<i>f</i>
IBQ-Hipocondría general	6,35 (1,75)	3,48 (2,21)	7,8**
IBQ-Convicción de enfermedad	4,45 (0,91)	3,66 (0,84)	5,9**
IBQ-Percepción psicológica versus somática de la enfermedad	1,58 (0,91)	1,17 (0,70)	0,0
IBQ - Inhibición afectiva	3,17 (0,96)	2,78 (1,07)	2,05
IBQ - Distorsión afectiva	3,53 (1,20)	2,08 (1,71)	5,26**
IBQ - Negación de problemas	3,58 (1,08)	1,81 (1,60)	7,12**
IBQ - Irritabilidad	3,97 (0,87)	2,75 (1,34)	5,95**
CES-D - Depresión	25,73 (3,37)	19,20 (4,55)	8,9**

** $p < 0,001$

Discusión

De los resultados expuestos se concluye que las mujeres embarazadas con preeclampsia tienen un mayor grado de hipocondría que las mujeres sin preeclampsia, lo cual indica que tienden a mostrar un alto grado de preocupación y de temor hacia su enfermedad, así como cierto grado de conciencia de lo inapropiado de esta actitud, lo cual puede estar relacionado a una amplificación somatosensorial. Barsky (1992) ha sugerido que la amplificación desempeña un papel etiopatológico en la hipocondría, pero así mismo puede adoptar otra serie de funciones: a) ser una característica inespecífica asociada a diversas alteraciones psicológicas que se cruzan con la sintomatología física (por ejemplo, depresión); b) tener un papel importante en los procesos de somatización transitorios no patológicos que se derivan de situaciones estresantes; y c) explicar las diferencias en la sintomatología física detectadas en los sujetos que presentan la misma condición médica. De acuerdo con la propuesta de Barsky (1992), los sujetos

hipocondríacos tienden a amplificar una extensa variedad de síntomas somáticos aumentando sus sensaciones físicas y la experimentación de ellas como más intensas, nocivas, amenazadoras y perturbadoras de lo que las experimentan las personas sin este tipo de trastorno (véase Martínez y Belloch, 2004).

El estilo somático amplificador se caracterizaría entonces en las mujeres con preeclampsia con los siguientes elementos: una propensión a vigilar en exceso el estado del cuerpo y una focalización de la atención en las sensaciones corporales molestas; una tendencia a seleccionar y centrarse en determinadas sensaciones poco frecuentes o débiles; y una inclinación a considerar dichas sensaciones como peligrosas e indicadoras de enfermedad. Las mujeres embarazadas con preeclampsia experimentarían entonces sus sensaciones corporales con gran intensidad, llevándolas a estar constantemente vigilando su cuerpo, examinando las sensaciones somáticas que notan, atendiendo de forma selectiva a la información que ratifica sus hipótesis explicativas de los síntomas e ignorando aquella que las desconfirman.

Por otra parte, los altos niveles de depresión observados en las mujeres embarazadas con preeclampsia indican que esta enfermedad se asocia de forma significativa a una alteración del funcionamiento emocional, el cual afecta aún más la calidad de vida de estas personas, así como el proceso de gestación. Tales niveles de depresión hallados se relacionan con la alta puntuación en la subescala de distorsión afectiva, que hace referencia a emociones negativas tales como ansiedad y depresión. Una explicación posible a los síntomas depresivos es la emergencia de creencias catastróficas como la de que el embarazo no va a llegar a término. El hecho de que las mujeres con preeclampsia hayan tenido mayores niveles en la subescala de negación de los problemas indica que estas personas tienen la tendencia a negar las tensiones de la vida debido a la atribución de sus dificultades a la misma enfermedad. Esto aumenta a la vez la dificultad para que tomen conciencia de éstos y los puedan resolver. La dificultad para expresar los sentimientos y la tendencia a negar los problemas de la vida estaría relacionado también con los altos niveles de irritabilidad hallados en las mujeres con preeclampsia, especialmente en los contextos interpersonales. Esto sería otro factor contribuyente a un peor pronóstico del embarazo por las dificultades con otras personas.

Nieto, Abad, López, García y Morales (1989) encontraron dos patrones respecto a la conducta de enfermedad: en los enfermos con dolor crónico hallaron sobretudo un patrón conversivo, mientras que en aquellos pacientes con una enfermedad de larga duración determinaron un patrón hipocondríaco. Los resultados de la presente investigación muestran que las mujeres con preeclampsia, comparadas con las mujeres que tienen un embarazo normal, se caracterizan fundamentalmente por un patrón hipocondríaco y no tanto por la somatización ni por la dificultad para expresar sus emociones negativas (no hubo diferencias entre los dos grupos en las subescalas percepción psicológica versus somática de la enfermedad ni tampoco en inhibición afectiva). Encontrar este patrón de conducta anormal de enfermedad en mujeres sin historia previa de enfermedad y con una dolencia asociada al embarazo, y por lo tanto con una limitación tem-

poral, nos puede llevar a pensar que la preeclampsia no es asumida como un cierto nivel de riesgo para el embarazo sino como una verdadera enfermedad que afecta el funcionamiento psicológico. De acuerdo a Salkovskis (1989), los hipocondríacos realizan una interpretación catastrófica de los síntomas debido a creencias aprendidas en el curso del desarrollo evolutivo, las cuales pueden permanecer relativamente inactivas hasta que se ven movilizadas por un incidente crítico. En las embarazadas con preeclampsia dicho incidente crítico es el embarazo de riesgo, el cual activaría las creencias hipocondríacas y éstas, a su vez, llevarían a una interpretación catastrófica de la sintomatología, con el consecuente desencadenamiento de los síntomas depresivos.

Las conductas de enfermedad son acciones que afectan el significado social y personal de los síntomas de una determinada condición médica, de las discapacidades y sus consecuencias (Mechanic, 1977). Se incluyen aquí, por lo tanto, acciones tales como el reconocimiento de los síntomas, la búsqueda de ayuda, el uso de servicios médicos, el cumplimiento de prescripciones terapéuticas, la actividad de rehabilitación, la asunción de determinadas conductas de "rol", las respuestas de afrontamiento de la enfermedad, etc. Este conjunto de respuestas expresa como se adapta una persona a la experiencia de un problema de salud y a la de asumir y representar el papel de "persona enferma" (Di Matteo y Hays, 1981). Así, la forma en que una persona responde a la amenaza de la enfermedad aguda, o a las demandas de una enfermedad crónica, puede ser un determinante importante de su curso y del cuidado médico que se recibe. La representación del rol de enfermo incluye comportamiento de las prescripciones terapéuticas y de afrontamiento de la enfermedad, que se relacionan a su vez con los mecanismos y problemas de adaptación a la misma (Stone, 1979).

Se han realizado diversos programas para intervenir sobre los factores de riesgo psicosocial en las mujeres con preeclampsia (Florez, 1994; Flórez, 2001; Flórez, Herrera, Rodríguez, Piñeros y Viguez, 1992). En ellos se han aplicado técnicas de control del estrés y del afrontamiento de las emociones negativas. Sin embargo, los resultados de la presente investigación señalan también la necesidad de enfatizar en la conducta de enfermedad de estas personas, con el fin de mejorar el control de su sintomatología y contribuir a elevar su calidad de vida. Esto podría disminuir a la vez el riesgo de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el bebé que está por nacer. Acorde a lo anterior, se sugiere que los programas de intervención psicosocial en este tipo de pacientes tengan cuatro componentes básicos: a) información específica sobre las características fisiopatológicas de la preeclampsia y de los riesgos específicos que comporta, buscando que se asuma como un factor de riesgo que puede ser controlado con apoyo del personal sanitario y no como una catástrofe; b) apoyo psicológico en el control de los síntomas de ansiedad y depresión; c) entrenamiento en el afrontamiento de la enfermedad con optimismo buscando contrarrestar la tendencia a negar los problemas y tensiones de la vida por la autofocalización en la enfermedad; y d) realizar talleres grupales donde se asesore a las madres con este problema acerca de cómo hacer frente a los síntomas corporales, relajarse y afrontar los pensamientos automáticos negativos.

Referencias

- Arnoldos, J., Cardona, C. y Hernández, J. (1996). Personalidad y conducta de enfermedad en pacientes con infarto agudo del miocardio. *Anales de Psiquiatría*, 12, 330-336.
- Ballester, R. y Botella, C. (1993). Perfil de la conducta de enfermedad en pacientes con crisis de angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 233-265.
- Barsky, A. (1992). Amplification, somatization, and somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28-34.
- Botero, J. y Júbiz Hasbún, A. (1997). *Obstetricia y ginecología*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Callahan, E. y Desiderato, L. (1988). Trastornos del embarazo. En E. Blechman y K. Brownell (Eds.), *Medicina conductual en la mujer* (pp. 84-94). Barcelona: Martínez Roca.
- Casullo, M. (1998). *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Cunill, M.E., Sanabria J.G. y González, A. (1997). Dosis bajas de aspirina con la preeclampsia leve. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 23, 43-47.
- Di Matteo, M.R. y Hays, R. (1981). Social support and serious illness. En B. Gottlieb (Ed.), *Social network and social support* (pp. 76-123). Beverly Hills, CA: Sage.
- Escobar, C. (1993). *Actualización en obstetricia y ginecología*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Flórez, L. (1994). Evaluación del impacto psicológico y biológico de un programa cognoscitivo conductual aplicado a maternas con preeclampsia. En G.M. Berrio (Ed.), *Psicología de la salud en Colombia* (Vol. III) (pp. 161-181). Bogotá: ASOCOPIS.
- Flórez, L. (1999). Evaluación del estrés prenatal en mujeres con preeclampsia. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 17, 107-126.
- Flórez, L. (2001). Evaluación del impacto de un programa de atención psicológica a mujeres embarazadas con preeclampsia. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 259-292.
- Flórez, L., Herrera, M., Rodríguez, V., Piñeros, N. y Viguez, A. (1992). Elaboración de un programa cognoscitivo conductual para el tratamiento psicológico de maternas con preeclampsia: análisis sistemático de casos. En G. Berrio (ed.), *Psicología de la salud en Colombia* (Vol. I) (pp. 45-62). Bogotá: ASOCOPIS.
- Herrera, J., Cáceres, D. y Gracia, B. (2000). Psicoinmunología del estrés en la prevención de las complicaciones perinatales. *Revista Colombiana de Psicología*, 8, 85-94.
- Kurki, T., Hilesmoa, V., Roitotolo, R., Mahila, H. y Likorkola, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsie. *Obstetrics and Gynecology*, 95, 487-490.
- Lojo, F., Hilser, L., Quiroz, R., Llor, B. y Nieto, J. (1995). Estructura factorial de segundo orden del cuestionario IBQ de Pilowsky en una población andina. *Anales de Psiquiatría*, 11, 386-389.
- Llor, B. (1991). *Estudio de la conducta de enfermedad en pacientes crónicos*. Tesis doctoral no publicada. Murcia: Universidad de Murcia.
- Lloret, G., Lloret, M. y Acién, P. (1987). Análisis de algunos aspectos epidemiológicos y factores predisponentes en los estados hipertensivos del embarazo. *Acta Ginecológica*, 44, 426-432.
- Martínez, M., Arnoldos, J. y Hernández, J. (1996). Personalidad, conducta de enfermedad y adaptación psicosocial del ostomizado. *Anales de Psiquiatría*, 12, 202-208.
- Martínez, P. y Belloch, A. (2004). Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual para la hipcondría en los sesgos atencionales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 299-311.
- Mechanic, D. (1977). Illness behavior social adaptation and the management of illness. A comparison of educational and medical models. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 79-87.

- Meis, P., Goldenberg, R. y Mercer, B. (1998). The preterm prediction study: Risk factors for indicated preterm births. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 179, 562-567.
- Ministerio de Salud de Colombia (1996). *Mortalidad materna en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Nieto, J., Abad, M., López, C., García, C. y Morales, J. (1989). Conducta de enfermedad: Un intento de clasificación de tipos clínicos. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 17, 53-58.
- Nieto, J., Abad, M. y Torres, A. (1998). Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y de la calidad de vida en población geriátrica. *Anales de Psicología*, 14, 75-81.
- Pilowsky, I. (1993). Aspects of abnormal illness behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 60, 62-74.
- Pilowsky, I. y Spence, N. (1975). Patterns of illness behavior in patients with intractable pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 345-350.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ramos-Álvarez, M.M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Solkovskis, P. (1989). Somatic problems. En K.A. Hawton, P. Solkouskis, J. Kirk y A. Clark (Eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems* (pp. 111-124). Oxford: University Press.
- Stone, G. (1979). Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*, 35, 34-59.