

Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo

Emotional sensitivity, coping, health and perceived quality of life during pregnancy

Leticia Guarino¹

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las posibles relaciones entre la sensibilidad egocéntrica negativa y los estilos de afrontamiento al embarazo con la salud y calidad de vida percibidas en mujeres embarazadas. Para ello, un grupo de 94 mujeres embarazadas venezolanas en el primer trimestre de gestación completaron cuestionarios que miden las variables estudiadas, a saber: sensibilidad egocéntrica negativa, afrontamiento al embarazo, salud global y calidad de vida percibida. Los resultados apoyan hallazgos previos sobre la asociación positiva que existe entre una mayor sensibilidad negativa, estilos de afrontamiento disfuncionales como la evitación, y mayor deterioro en la salud; de igual modo, aporta nuevas evidencias sobre la relación inversa que hay entre estas diferencias individuales y la calidad de vida, en este caso en un grupo poco estudiado hasta el momento en su dimensión psicosocial, como la mujer embarazada.

Palabras clave: Sensibilidad emocional; Afrontamiento; Salud; Calidad de vida; Embarazo.

ABSTRACT

The aim of the present study is to determine the possible relationships among negative egocentric sensitivity and coping styles in pregnancy with perceived health and quality of life in a sample of pregnant women. A sample of 94 Venezuelan women on the first trimester of pregnancy completed questionnaires measuring the studied variables: negative egocentric sensitivity, coping with pregnancy, global health, and perceived quality of life. Results support previous findings regarding the positive association between negative sensitivity, dysfunctional coping styles such as avoidance, and the deterioration of the health status, while brings new evidence of the inverse relationship between these individual differences and the quality of life in this particular group, who has been not studied in its psychosocial dimension.

Key words: Emotional sensitivity; Coping; Health; Quality of life; Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la investigación sobre la calidad de vida, se ha puesto en evidencia que la propia naturaleza compleja del concepto ha hecho difícil su definición. Si bien parece estar claro que se trata de un concepto global, inclusivo y multidisciplinar, son diversos los componentes que se agrupan en él. Sin intentar ser exhaustivos, Levi y Anderson (1980), asumiendo una propuesta de la Organización

¹ Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento, Universidad Simón Bolívar, Edificio de Estudios Generales, 1er. Piso, Valle de Sartenejas, A. P. 89.000 – A, Edo. Miranda, Venezuela, tel. (58)21-29-06-35-95, fax (58)21-29-06-38-11, correo electrónico: lguarino@usb.ve. Artículo recibido el 13 de mayo y aceptado el 27 de septiembre de 2009.

de las Naciones Unidas, enumeraron los siguientes componentes del concepto de calidad de vida: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos. Así, según estos autores, el conjunto objetivo de tales componentes constituye el nivel de vida de los pueblos y las personas. El segundo elemento básico de la definición es la necesidad de incluir los aspectos objetivos y subjetivos en ella. Levi y Anderson (1980) la definen como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo. Por su parte, Shin y Johnson (1978) proponen una definición que puede ser operacionalizada: la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás, aspectos todos que dependen del conocimiento y la experiencia previa del sujeto. Desde esta perspectiva, la calidad de vida aparece como la intersección de las áreas objetivas y subjetivas, imposible de ser evaluada a partir de sólo uno de sus dos polos o focos.

Entre los diferentes elementos integrantes del concepto de calidad de vida sobresale el de salud. No sólo es el primero que emerge históricamente, sino que también es el más básico de todos. Su importancia para la calidad de vida es doble: por un lado, el nivel de salud le afecta directamente, de forma que gran parte de la varianza de las actividades diarias puede estar en relación con la salud; por otro lado, repercute indirectamente en ella al afectar el resto de los valores o elementos que están presentes en la calidad de vida, como el trabajo, el ocio, la autonomía, las relaciones sociales y demás. Desde esta perspectiva, la calidad de vida durante el embarazo significa el esfuerzo para que el proceso de gestación, el trabajo de parto y la transición a la maternidad supongan la menor alteración posible en la autonomía real de estas mujeres y entrañe las menores variaciones en sus vidas habituales.

Actualmente se observa un interés creciente en el estudio de la calidad de vida y el proceso de embarazo; de hecho, en una investigación reciente llevada a cabo con 42 mujeres adolescentes embarazadas, al compararse con los promedios de la población general se observaron puntuaciones glo-

bales inferiores en los indicadores de calidad de vida durante el embarazo. Los resultados que se obtuvieron pusieron de manifiesto la necesidad de facilitar ayuda y consejo psicológico a estas mujeres durante tal proceso a fin de disminuir las posibles complicaciones médicas y psicológicas (Drescher, Monga, Williams, Promecene-Cook y Schneider, 2003). En otra investigación hecha con 97 mujeres que tuvieron complicaciones durante el embarazo y que fueron informadas de la necesidad de llevar a cabo abortos terapéuticos, se observaron decrementos significativos en los indicadores de calidad de vida medidos antes del aborto. Un resultado interesante de esta investigación fue que la disminución de las puntuaciones en algunos indicadores de calidad de vida estuvo asociada al conocimiento, por parte de la pareja de la mujer, de la necesidad de realizar el aborto (Westhoff, Picardoc y Morrow, 2003). A pesar de estas evidencias, poco se conoce sobre la relación que puedan tener ciertas diferencias individuales con la calidad de vida percibida de las embarazadas, especialmente su estilo de reactividad emocional (sensibilidad emocional) y su forma de afrontar las particulares experiencias del embarazo.

En relación a la interacción existente entre los estados de salud-enfermedad y las disposiciones individuales, tradicionalmente se han planteado dos relaciones. Una de ellas es una relación causal, donde determinados rasgos de personalidad son factores directamente causantes de enfermedad²; desde esta perspectiva, la reacción psicológica y fisiológica (de naturaleza genética, heredada) de un individuo cuando está expuesto a una situación específica puede generar estados de salud o enfermedad, según sea el caso; de este modo, la personalidad es entendida como un estímulo que elicitaba una determinada respuesta (p.e., Friedman y Booth-Kewley, 1987; Turner, 1994). Por otro lado, diferentes enfoques plantean que la personalidad del individuo es más bien una variable moduladora de los efectos que tienen los factores causales de enfermedad, y que los rasgos o disposiciones de personalidad pueden facilitar o inhibir la influencia de los factores causales de enfermedad (ejemplos de estas disposiciones de personalidad pueden ser

² Diversas investigaciones han tratado de correlacionar rasgos de personalidad con enfermedades como el cáncer o las afecciones cardiovasculares.

el locus de control o la autoestima); es decir, este enfoque entiende la salud y la enfermedad como estados mediados cognitivamente que reflejan la relación entre la persona y el entorno, según ésta interprete que dicha relación excede o no sus recursos y pone o no en peligro su bienestar (Denney y Frisch, 1981; Sanderman y Ranchor, 1997).

En el campo de la psicología de la salud, comúnmente se ha tratado de relacionar variables como neuroticismo, extraversión, psicoticismo, rumiación o inhibición emocional con factores como el estrés, las enfermedades cardiovasculares o el cáncer (cfr. Guarino, 2004). Dichos estudios tienen el objeto de demostrar los efectos que la personalidad y el funcionamiento emocional tienen sobre la salud y el bienestar del individuo. Adicionalmente, apoyan la posición de que los factores psicosociales están implicados en los estados de salud y enfermedad y, por lo tanto, ayudan a disipar la creencia de que las enfermedades están causadas primordialmente por factores biológicos.

Un estudio específico desarrollado con mujeres embarazadas de alto riesgo determinó que características tales como el optimismo disposicional se asocian a menores puntajes de distrés emocional al determinar la adopción de mejores estrategias de afrontamiento (activas y centradas en el problema) e incrementar la percepción de control que estas mujeres tienen sobre su embarazo (Lobel, Yali, Zhu, DeVincent y Meyer, 2002).

En el marco del estudio de las diferencias individuales y su rol moderador en la relación estrés-salud, Guarino (2004, 2005; cfr. Guarino y Roger, 2005) desarrolló el constructo de sensibilidad emocional, que describe la responsividad o reactividad emocional de los individuos ante las demandas ambientales. Este constructo está a su vez constituido por dos dimensiones que miden esferas independientes de la sensibilidad, a saber: sensibilidad egocéntrica negativa y sensibilidad interpersonal positiva. La dimensión de sensibilidad egocéntrica negativa se asume como la redefinición del constructo de neuroticismo planteado tiempo atrás por Eysenck (1967) y describe la tendencia de los individuos a reaccionar negativamente con emociones de aprehensión, ira, desesperanza, vulnerabilidad y autocrítica ante las demandas ambientales y situaciones estresantes (Guarino, 2004). Estudios preliminares desarrollados con poblaciones de estu-

diantes universitarios en períodos de adaptación a la universidad han demostrado que dicha dimensión está estrechamente relacionada con el reporte de síntomas físicos y psicológicos de los estudiantes en el largo plazo, y que incluso modera la relación entre el estrés percibido y la salud, de tal manera que los individuos con alta sensibilidad egocéntrica negativa reportan más deterioro de su salud global que sus contrapartes con baja sensibilidad negativa en igualdad de condiciones estresantes (Guarino, 2004). Resultados similares se han replicado en poblaciones de cadetes (Herrera y Guarino, 2008), médicos especialistas (Bethelmy y Guarino, en prensa) y profesionales de diferentes disciplinas (Gonçalves, Feldman y Guarino, 2008).

Considerando estos antecedentes, parece interesante determinar la posible relación que tal dimensión de la sensibilidad tiene con la salud autorreportada y calidad de vida de las mujeres embarazadas, sobre la base de hallazgos previos que indican que el neuroticismo está asociado a mayores niveles de ansiedad y nacimientos prematuros (Canals, Esparó y Fernández-Ballart, 2002; Engelhard, van den Hout y Kindt, 2003; Nieland y Roger, 1993).

Por otro lado, las diferentes respuestas cognitivas y comportamentales que los sujetos emplean para manejar y tolerar el estrés es lo que se conoce como *estrategias o estilos de afrontamiento*. Los procesos de afrontamiento entran en funcionamiento cuando el individuo se siente amenazado, bien por la valoración que hace de las características de la situación, o de los recursos de que dispone para hacerle frente con éxito (Lazarus y Folkman, 1986; Steptoe, 1991a).

Una revisión de la literatura sobre la relación entre afrontamiento y embarazo determinó que esta variable ha sido poco explorada en ese contexto, por lo que requiere más investigación. Uno de los reportes da cuenta de un estudio acerca de la relación entre las estrategias de afrontamiento adoptadas por mujeres de alto y bajo riesgo de embarazo y su salud, luego de haberseles entregado los resultados del ultrasonido (Brisch, Munz, Bemmerer-Mayer y cols., 2003). Los resultados indicaron que las mujeres que usan un afrontamiento más emocional y de desaprobación manifiestan mayores niveles de ansiedad que aquellas que hacen un afrontamiento más racional y activo en las mis-

mas circunstancias. Lobel y cols. (2002) hallaron que las estrategias de afrontamiento emocional y de evitación se asocian a mayores puntajes de estrés, y que las mismas tienden a ser adoptadas por mujeres con mayor pesimismo disposicional, demostrando así la interacción que existe entre las características de personalidad y las formas específicas de afrontamiento. De hecho, estos autores presentan en su estudio una escala específica para evaluar el afrontamiento del estrés durante el embarazo, lo que parece congruente con la noción de que las estrategias están contextualmente determinadas y dependen de la evaluación específica que se haga de las situaciones y de las características personales de los individuos.

Dada la necesidad de continuar explorando las complejas dimensiones de la calidad de vida y la salud percibida de las mujeres embarazadas, sobre todo en el contexto sociocultural latinoamericano, y tratando de determinar específicamente la relación que pudiera existir entre estas variables y características personales, como la sensibilidad emocional negativa y las formas de afrontamiento al estrés durante el embarazo, se presenta este estudio hecho con una muestra de mujeres venezolanas embarazadas.

MÉTODO

Sujetos

La muestra estuvo constituida por 94 mujeres que asistieron a control de embarazo en diversos centros asistenciales públicos y privados del Estado Miranda y Departamento Capital de Caracas, Venezuela, las cuales cumplían las siguientes condiciones: no haber reportado problemas de salud físico-mentales al inicio del embarazo, asistir regularmente a control con un médico obstetra y tener un nivel de instrucción mínimo de secundaria completa. La edad promedio de estas mujeres fue de 27.56 años, con un rango de 16 a 43.

Instrumentos

Para el desarrollo de este estudio, se emplearon los siguientes instrumentos de medida de autorreporte (cuestionarios):

Escala de Sensibilidad Egocéntrica Negativa (SEN) (Subescala del ESE [Escala de Sensibilidad Emocional]) (Guarino y Roger, 2005). Esta subescala de 22 ítems mide la tendencia de los individuos a reaccionar negativamente con emociones de aprehensión, ira, desesperanza, vulnerabilidad y autocrítica ante las demandas ambientales y situaciones estresantes. El índice de consistencia interna reportada por los autores para una muestra de estudiantes universitarios venezolanos fue bastante aceptable ($\alpha = 0.824$; $N = 419$).

Inventario de Afrontamiento Prenatal (IAP). Traducido y adaptado para fines experimentales por Guarino (2005) (c.p. Charlita y Rodríguez, 2005). Con 22 ítems, este inventario surge de una adaptación al contexto y experiencia del embarazo que Lobel y cols. (2002) hicieron a partir de cuestionarios de afrontamiento usados frecuentemente en el campo de la investigación del estrés (Lobel y cols., 2002). Mide cuatro diferentes formas de afrontamiento al estrés durante el embarazo, a saber: preparación ($\alpha = 0.83$), evitación ($\alpha = 0.76$), interpretación positiva ($\alpha = 0.80$), y rezar ($\alpha = 0.85$). La confiabilidad total del instrumento para este estudio fue de 0.80 (N válida = 77).

Inventario de Síntomas Físicos (Cohen-Hoberman Inventory of Physical Symptoms) (CHIPS) (Cohen-Hoberman, 1983). Versión adaptada y validada para la población venezolana por Guarino (2004). Este inventario mide la percepción del estado de salud de los individuos a través de un listado de síntomas físicos. Consta de 33 ítems, a los que los participantes deben indicar la frecuencia en la que esos síntomas han ocurrido en un período de cinco semanas. La versión hispana ha mostrado un adecuado nivel de consistencia interna ($\alpha = 0.88$; $N = 401$) (cfr. Guarino, 2004, 2005).

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ) (General Health Questionnaire). En versión hispana de Molina y Andrade (2002), esta escala está compuesta por 28 reactivos que describen síntomas de ansiedad, depresión, somatización y disfunción social, respecto a los cuales los participantes deben reportar la frecuencia relativa con la que los han padecido en las últimas semanas, con un rango de respuestas que va de 1 ("No, en lo absoluto") a 4 ("Mucho más que lo habitual").

Las puntuaciones más altas reflejan una mejor salud. Los índices de consistencia interna resultaron óptimos en todas las dimensiones del GHQ en una muestra de 328 venezolanos, oscilando entre $\alpha = 0.80$ y $\alpha = 0.93$, con $\alpha = 0.93$ para la escala completa.

Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life, Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (QLESQ) (Bobes, Paz, Bascarán, Saíz y Bousoño, 2004). Este cuestionario de 93 ítems mide la calidad de vida percibida a través de una exploración del grado de satisfacción con las múltiples actividades que la persona realiza en su vida, como estado de salud física y actividades, estado de ánimo, trabajo, desarrollo de tareas de la casa, desarrollo de actividades académicas y estudio, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y nivel de satisfacción general, a ser respondidas en una escala Likert de cinco puntos, con recorrido de “Nunca” a “Muy a menudo o siempre”. Las participantes del estudio debían responder cómo se habían sentido en cada una de las anteriores dimensiones durante la semana inmediatamente anterior.

Procedimiento

Tres auxiliares de investigación fueron entrenadas por la autora para administrar a las mujeres embarazadas el cuadernillo con los instrumentos de autorreporte, quienes participaron en el estudio en forma voluntaria, una vez que se les expusieron los objetivos. Las participantes firmaron una carta de consentimiento contenida en la segunda página del cuadernillo en señal de conformidad con su participación en el estudio. Inicialmente se hizo el contacto con un grupo de médicos ginecoobstetras que atendían consultas para el control del embarazo en diferentes centros de salud públicos y privados de la ciudad de Caracas para que permitieran el acercamiento de las investigadoras a sus pacientes durante las horas de espera en sus respectivas citas de control. El cuadernillo era respondido en las mismas salas de espera de los centros de salud, una vez obtenido el consentimiento de las participantes y determinado el cumplimiento de los criterios de inclusión en el estudio ya indicados.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra los resultados descriptivos para cada variable del estudio, incluyendo las diferencias individuales (sensibilidad egocéntrica negativa y afrontamiento al embarazo) e indicadores de salud y calidad de vida, tanto en sus puntajes totales como en sus diferentes dimensiones.

Tabla 1. Descriptivos de las variables estudiadas

Variable	M	DS	Rango Posible
SEN	7.28	4.35	0-22
<i>Afrontamiento del embarazo</i>			
Preparación	2.11	0.611	0-3
Evitación	1.02	0.64	0-3
Interpretación positiva	2.34	0.61	0-3
Rezar	2.45	0.95	0-3
<i>Indicadores de salud</i>			
CHIPS	26.76	19.38	0-132
GHQ total	93.90	11.26	0-112
Somatización	21.94	4.08	7-28
Angustia y ansiedad	23.70	3.99	7-28
Disfunción social	21.46	3.01	7-28
Depresión	26.94	2.72	7-28
QLESQ salud	31.83	10.3	0-52
QLES estado de ánimo	45.36	9.56	0-56
QLESQ trabajo	40.59	11.4	0-52
QLESQ casa	30.76	6.13	0-40
QLESQ estudio	28.42	8.76	0-40
QLESQ tiempo libre	15.26	6.34	0-24
QLESQ relaciones sociales	32	8.42	0-44
QLESQ satisfacción general	48.39	11.42	0-64

SEN = Sensibilidad Egocéntrica Negativa.

CHIPS = Cohen-Hoberman Inventory of Physical Symptoms.

GHQ = General Health Questionnaire.

QLESQ = Quality of Life: Enjoyment and Satisfaction Questionnaire.

Entre las formas de afrontamiento más utilizadas por las embarazadas se encuentran el uso de la oración (rezar) y en segundo lugar la interpretación positiva. En lo que respecta a los indicadores de salud, la muestra de mujeres estudiadas reporta en general un buen estatus de salud, siendo la frecuencia de síntomas muy baja y los valores del GHQ cercanos al puntaje máximo (indicación de una buena salud). Los valores correspondientes a las dimensiones de calidad de vida también indican una satisfacción moderadamente alta, ya sea con el estado de salud y las actividades que se realizan, como con el estado de ánimo

y las tareas del trabajo y la casa, entre otras. En general, el grupo de embarazadas estudiado reporta una satisfacción general moderadamente alta con su calidad de vida.

La Tabla 2 muestra los resultados de los análisis de correlación entre las diferencias individuales y los indicadores de salud CHIPS (presencia de síntomas) y salud global (GHQ).

Tabla 2. Correlaciones entre sensibilidad emocional, afrontamiento e indicadores de salud.

	CHIPS	Somatización	Angustia y ansiedad	Disfunción social	Depresión	GHQ total
SEN	.42**	-.42**	-.55**	-.26*	-.51**	-.54**
Preparación	-.02	.02	-.06	.25*	.12	.05
Evitación	.37**	-.33**	-.35**	-.24*	-.45**	-.44**
Interpretación positiva	-.15	.11	.28**	.36**	.40**	.34**
Rezar	-.10	.03	.07	.27*	.05	.13

SEN= Sensibilidad Egocéntrica Negativa.

CHIPS = Cohen-Hoberman Inventory of Physical Symptoms.

GHQ = General Health Questionnaire.

Tal como se esperaba, la sensibilidad egocéntrica negativa correlacionó significativamente con todos los indicadores de salud, es decir, con mayor reporte de síntomas, así como con una mayor manifestación de somatización, angustia y ansiedad, depresión y, en menor magnitud, disfunción social³. Respecto al afrontamiento del embarazo, los resultados también coinciden con lo esperado, en el sentido de que el uso de la evitación se traduce en resultados poco funcionales, asociándose a un mayor reporte de síntomas tanto físicos como psicológicos; por el contrario, la interpretación positiva como forma de afrontamiento del estrés aso-

ciado al embarazo muestra estar relacionado con resultados favorables para la salud –sobre todo la salud psicológica de la mujer en esta condición–, al correlacionar con una menor manifestación de angustia y ansiedad, disfunción social y depresión y una mejor salud global. Finalmente, una mayor preparación de la mujer respecto a su embarazo parece protegerla en su funcionamiento social.

Finalmente, la Tabla 3 muestra las correlaciones obtenidas entre las diferencias individuales (SEN y afrontamiento) y las dimensiones de calidad de vida.

Tabla 3. Correlaciones entre sensibilidad emocional, afrontamiento y calidad de vida.

	QLESQ Salud	QLESQ Estado ánimo	QLESQ Trabajo	QLESQ Casa	QLESQ Estudio	QLESQ Tiempo libre	QLESQ Relaciones sociales	QLESQ Satisfacción general
SEN	-.23*	-.51**	-.38**	-.11	-.23*	-.32**	-.41**	-.42**
Preparación	-.02	.07	-.04	-.07	.18	-.03	.01	-.11
Evitación	-.36**	-.36**	-.33**	-.05	-.10	-.22*	-.28*	-.36**
Interpretación Positiva	.27*	.36**	.24*	.14	.13	.15	.26*	.18
Rezar	.05	.21*	.20	.11	.44**	-.12	.04	.19

SEN= Sensibilidad Egocéntrica Negativa; QLESQ = Quality of Life: Enjoyment and Satisfaction Questionnaire.

Tal como indican los resultados, una mayor sensibilidad emocional negativa compromete la calidad de vida percibida de la mujer embarazada en múltiples dimensiones, como la salud, estado de ánimo, trabajo, estudio, tiempo libre, relaciones sociales y satisfacción general. Igualmente muestra un impacto negativo sobre la calidad de vida

el uso de la evitación como forma de afrontamiento durante el embarazo, mientras que la interpretación positiva de las experiencias asociadas a él parecen proteger a la mujer, dada la asociación positiva con una percepción de mayor salud, mejor estado de ánimo, mayor satisfacción con el trabajo y con las relaciones sociales. Curiosamente, el uso de la oración como forma de afrontamiento

³ Recuérdese que este cuestionario se interpreta inversamente y que a menor puntaje, mayor deterioro.

parece impactar positivamente el estado de ánimo de la embarazada, así como su satisfacción con las tareas asociadas al estudio.

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue establecer las posibles relaciones entre una dimensión de la sensibilidad emocional, como la sensibilidad egocéntrica negativa, los estilos de afrontamiento específicos asociados al estrés del embarazo y la salud y calidad de vida percibidas en un grupo de gestantes del primer trimestre. El fin último de esta exploración era el de determinar el impacto que variables de orden psicosocial tienen sobre la salud y calidad de vida de la mujer embarazada, cuestión poco estudiada hasta ahora por los psicólogos de la salud en contextos latinoamericanos.

Si bien la muestra estudiada reporta en promedio un estatus de salud física y psicológica satisfactoria, los resultados de los análisis de correlación indican que las embarazadas que mostraron características psicosociales menos funcionales también reportaron un mayor deterioro en su salud física y psicológica, así como en su calidad de vida durante el primer trimestre de embarazo, lo que apoya los hallazgos obtenidos con otros grupos poblacionales.

Específicamente, las embarazadas que exhiben una mayor sensibilidad emocional negativa (egocéntrica), esto es, que tienen mayor tendencia a la irritabilidad y reaccionan fuertemente con emociones de ira, temor, vulnerabilidad y aprehensión ante las demandas ambientales, reportan durante su primer trimestre de embarazo significativamente más síntomas físicos y mayor deterioro psicológico (mayor depresión, angustia y ansiedad y disfunción social). Esta relación había sido ya confirmada con otros grupos poblacionales en Venezuela, como estudiantes, profesionales universitarios, médicos y cadetes (Bethelmy y Guarino, en prensa, 2008b; Gonçalves y cols., 2008; Guarino, 2004, 2005; Herrera y Guarino, 2008). También reportan las embarazadas menor calidad de vida percibida y menor satisfacción general, comprometiendo toda su experiencia de embarazo. Tales resultados apoyan hallazgos previos sobre el embarazo en otros contextos acerca de la relación

entre mayores niveles de neuroticismo (constructo teóricamente asociado a la sensibilidad egocéntrica negativa) y mayores niveles de ansiedad (Canals y cols., 2002), así como menor uso de formas funcionales de afrontamiento (Huizink, Robles de Medina, Mulder, Visser y Buitelaar, 2002) y mayor probabilidad de sufrir de estrés postraumático en casos de interrupción del embarazo (Engelhard y cols., 2003). A su vez, los mayores niveles de depresión y estrés durante el embarazo están asociados a un deterioro general del estatus de salud durante este período, a un mayor riesgo de nacimientos pretérmino y a deterioros en el proceso madurativo del feto (Facchinetti y Ottolini, 2004; Orr, Blazer, Sherman y Reiter, 2007; Wadhwa, 2005). En general, una mayor reactividad emocional está asociada a una menor experiencia placentera y a mayores riesgos durante el embarazo.

Resultados interesantes también fueron los observados respecto a la relación entre el afrontamiento prenatal y la salud y calidad de vida durante este periodo. En este sentido, la forma de afrontamiento que resultó más disfuncional en el primer trimestre de embarazo fue la evitación, mostrando una correlación positiva con presencia de síntomas físicos y una asociación significativa con mayores niveles de somatización, depresión, angustia y ansiedad y disfunción social. Resultados similares se observaron respecto a la calidad de vida y satisfacción, donde las mujeres que más emplearon dicha estrategia para lidiar con el estrés propio del embarazo reportaron menor calidad de vida percibida respecto a su salud, estado de ánimo, trabajo, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y satisfacción de vida general. Así, el afrontamiento por evitación parece convertirse en un factor de riesgo para la salud física y psicológica de la mujer embarazada, pues implica que las mujeres se distancien de sus problemas reales sin resolverlos, dejando de tomar las debidas acciones para la disminución de las consecuencias negativas que estos acarrearán.

Este resultado se ha registrado repetidamente en otras poblaciones (p. ej. Epstein y Katz, 1992; Hagger y Orbell, 2003; Herrera y Guarino, 2008; Guarino, 2004; Lazarus, 2000; Roger, Jarvis y Najarian, 1993; Rout, 1999; Steptoe, 1991b), y también en mujeres embarazadas, obteniéndose relaciones consistentes con indicadores de deterioro

de salud (Brisch y cols., 2003; Facchinetti y Ottolini, 2004; Lobel y cols., 2002; Yali y Lobel, 2002).

Contrariamente, y en el sentido esperado, se obtuvieron los resultados para la dimensión de interpretación positiva del afrontamiento, asociándose en forma directa con menores niveles de angustia y ansiedad, disfunción social y depresión, y asimismo con algunas dimensiones del constructo de calidad de vida y satisfacción, indicando que esta forma de afrontamiento resulta muy funcional y protectora de la salud psicológica de las embarazadas en el contexto venezolano, resultado que había sido también observado con embarazadas de otras culturas (Brisch y cols., 2003; Facchinetti y Ottolini, 2004; Huizink y cols., 2002; Lobel y cols., 2002; Yali y Lobel, 2002), reforzando así la noción sobre el rol protector que tal forma de afrontamiento puede tener sobre la salud general de los individuos (Folkman y Moskowitz, 2007; Lazarus, 2000; Lazarus y Folkman, 1986; Steptoe 1991a, 1991b).

En síntesis, los resultados de este estudio —de carácter exploratorio en nuestro contexto— apoyan los hallazgos empíricos publicados en el área sobre las implicaciones que variables de orden psicosocial tienen sobre el estatus de salud, calidad de vida y bienestar de los individuos; en particular, apoyan las nociones claramente establecidas sobre el impacto negativo que una alta reactividad emocional ante las demandas del entorno y for-

mas de afrontamiento como la evitación pueden tener sobre la salud biopsicosocial; sin embargo, tales hallazgos no habían sido todavía reportados con mujeres embarazadas en el contexto latinoamericano, pues en su mayoría esos reportes provenían de estudios en culturas europeas y norteamericanas. Por otro lado, el rol de la sensibilidad egocéntrica negativa como factor individual asociado a problemas de salud había sido reportado en diversos grupos poblacionales, pero no en mujeres embarazadas, encontrándose así patrones de relación idénticos.

Hallazgos preliminares como los presentes deberían tener implicaciones sobre las políticas de salud preventiva de la mujer embarazada, tanto pública como privadamente, pues deberían orientar el desarrollo de programas de intervención dirigidos a esta población que atiendan su esfera emocional y psicológica general, a fin de prevenir consecuencias adversas sobre su salud y bienestar y fomentar una mejor calidad de vida en estas mujeres, que recorren un ciclo de su vida tan importante como el embarazo. Concretamente, no basta sólo con proporcionar a este grupo de mujeres una atención médica de control de los aspectos orgánicos y fisiológicos del embarazo, sino que, con el objeto de promover un embarazo integralmente saludable, debería complementarse tal atención con la incorporación de psicólogos que registraran sus cambios emocionales y conductuales asociados.

REFERENCIAS

- Bethelmy, L. y Guarino, L. (2008b). Afrontamiento y sensibilidad emocional como moderadores de la relación estrés-salud en médicos venezolanos. *Summa Psicológica UST*, 5, 3-16.
- Bethelmy, L. y Guarino, L. (en prensa). Estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos. *Revista Colombiana de Psicología*.
- Bobes, J., Paz, M., Bascarán, M.T., Sáiz, P. y Bousoño, M. (2004). Cuestionario sobre Calidad de vida: Satisfacción y Placer (Quality of life, enjoyment and satisfaction questionnaire, Q-LES-Q). En J. Bobes G., M. Paz G. Portilla, M. T. Bascarán F., P. A. Sáiz M. y M. Bousoño G. (Eds.): *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (3ª ed.). Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.
- Brisch, K.H., Munz, D., Bemmerer-Mayer, K., Terinde, R., Kreienberg, R. y Kachele, H. (2003). Coping styles of pregnant women after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 91-97.
- Canals, J., Esparó, G., y Fernández-Ballart, J. (2002). How anxiety levels during pregnancy are linked to personality dimensions and sociodemographic factors. *Personality and Individual Differences*, 33, 253-259.
- Charlita, E. y Rodríguez, M.E. (2005). *Ansiedad y estrategias de afrontamiento en primigestas durante el primer y el tercer trimestre*. Manuscrito inédito.
- Cohen, S. y Hoberman, G.M. (1983). Positive events and social support as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.

- Denney, D.R. y Frisch, M.B. (1981). The role of neuroticism in relation to life stress and illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 303-307.
- Drescher, K., Monga, M., Williams, P., Promecene-Cook, P. y Sneider, K. (2003). Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *American Journal of Obstetric Gynecology*, 188 (5), 1231-1233.
- Engelhard, I., van den Hout, M. y Kindt, M. (2003). The relationship between neuroticism, pre-traumatic stress, and post-traumatic stress: a prospective study. *Personality and Individual Differences*, 35, 381-388.
- Epstein, S. y Katz, L. (1992) Coping ability, stress, productive load and symptoms. *Journal of Personality & Social Psychology*, 62, 813-825.
- Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Chicago, ILL: Charles Thomas Publisher.
- Facchinetti, F. y Ottolini, F. (2004). Stress and preterm delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(1), 1-2.
- Folkman, S. y Moskowitz, J.T. (2007). Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress. En M. Hewstone (Ed.): *The scope of social psychology. Theory and applications*. London: Psychology Press.
- Friedman, H. y Booth-Kewley, S. (1987). The "disease-prone personality". A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42(6), 539-555.
- Gonçalves, L., Feldman, L. y Guarino, L. (2008, julio). Job strain, negative sensitivity and health in Venezuelan professionals. *Memorias del XXIX International Congress of Psychology*. Berlin, Alemania.
- Guarino, L. (2004). *Emotional sensitivity: A new measure of emotional lability and its moderating role in the stress-illness relationship*. Tesis doctoral inédita. York, GB: Universidad de York.
- Guarino, L. (2005). Sensibilidad emocional. Su rol moderador en la relación estrés-enfermedad. *Psicología Conductual*, 13, 217-230.
- Guarino, L. y Roger, D. (2005). Construcción y validación de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE). Un nuevo enfoque para medir neuroticismo. *Psicothema*, 17(3), 465-470.
- Hagger, M. y Orbel, Sh. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health*, 18, 141-184.
- Herrera, V. y Guarino, L. (2008). Personalidad, estrés y salud en cadetes navales venezolanos. *Universitas Psicológica*, 7(1), 185-198.
- Huizink, A., Robles de Medina, P., Mulder, E., Visser, G. y Buitelaar, J. (2002). Coping in normal pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(2), 132-140.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones para la salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Levi, L. y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: El Manual Moderno.
- Lobel, M., Yali, M.A., Zhu, W., DeVincent, C. y Meyer, B. (2002). Beneficial associations between optimistic disposition and emotional distress in high-risk pregnancy. *Psychology & Health*, 17(1), 77-95.
- Molina, J. y Andrade, C. (2002). La estructura factorial del GHQ-60 en una muestra de población general: una versión escalar para población española. *Revista Internacional Online*, 1(2). Disponible en línea: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0102/0102lef.htm> (Recuperado el 20 de abril de 2005).
- Nieland, M. y Roger, D. (1993). Emotion control and analgesia in labour. *Personality and Individual Differences*, 14(6), 841-843.
- Orr, S., Blazer, D., Sherman, J. y Reiter, J. (2007). Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *Journal of Women's Health*, 16(4), 535-542.
- Roger, D., Jarvis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.
- Rout, U. (1999). Gender differences in stress, satisfaction and mental wellbeing among general practitioners in England. *Psychology, Health & Medicine*, 4(4), 345-354.
- Sanderman, R. y Ranchor, A.V. (1997). The predictor status of personality variables: Etiological significance and their role in the course of disease. *European Journal of Personality*, 11, 359-382.
- Shin, D.C. y Johnson, D.M. (1978). Avowed happiness as and overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
- Steptoe, A. (1991a). The links between stress and illness. *Psychosomatic Research*, 35, 633-644.
- Steptoe, A. (1991b). Psychological coping, individual differences and psychological stress responses. En C.L. Cooper y Payne (Eds.): *Personality and stress: Individual differences in the stress process*. London: John Wiley & Sons.
- Turner, R.J. (1994). *Cardiovascular reactivity and stress: Patterns of physiological response*. New York: Plenum Press.

- Wadhwa, P. (2005). Psychoneuroendocrine processes in human pregnancy influence fetal development and health. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 724-743.
- Westhoff, C., Picardoc, L. y Morrow, E. (2003). Quality of life following early medical or surgical abortion. *Contraception*, 67, 41-47.
- Yali, A.M. y Lobel, M. (2002). Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress and Coping*, 15(3), 289-309.