Papeles Salmantinos de Educación -Núm. 4, 2005-
Facultad de Pedagogía, Universidad Pontificia de Salamanca

Conducta emocional en la gestante: variables psicosociales e implicaciones educativas[1]

Luz María Fernández Mateos
Antonio Sánchez Cabaco

RESUMEN: *Se exponen los resultados obtenidos con una muestra de embarazadas, en diferentes trimestre de gestación, en dimensiones de estado de ánimo: activación, arousal y estrés. También se analizan y discuten la relación de estas variables con otras dimensiones emocionales y de apoyo. Las implicaciones prácticas para la Psicología prenatal son importantes de cara al establecimiento de programas de prevención educativa tanto maternos (estrategias de afrontamiento) como para el niño (vinculación afectiva).*
Palabreas clave: *embarazo, psicología prenatal, prevención educativa.*

ABSTRACT: *The results obtained with a sample of pregnant, in different trimester from gestation, are exposed, in dimensions of mood: activation, arousal and stress. Also are analyze and discuss the relation of these variables with other emotional and support. dimensions. Practical implications for prenatal Psychology are important to maternal programming of educative prevention (coping strategies) and for the child (affective attachament).*
Key words: *pregnancy, prenatal psychology, educative prevention.*

1. INTRODUCCIÓN

Partiendo del hecho de que la mujer gestante, como ser humano, es un ente biopsicosocial, y que el nuevo ser que alberga en su seno comparte esas mismas características a través de la influencia que en ambos ejercen una serie de factores ambientales (microambiente, matroambiente y macroambiente), vamos a desarrollar en este artículo el efecto que genera el procesamiento de la información de dichos

1 Trabajo adaptado de la comunicación presentada al Congreso de INFAD 2004, y publicada en el libro de Actas editadas por Psicoex (2005).

Universidad Pontificia de Salamanca

ambientes, por parte de la mujer gestante, en su estado de ánimo, en la respuesta emocional de la misma, y como consecuencia en el proceso de vinculación con el niño intrauterino y posteriormente en el estilo conductual y de aprendizaje del futuro hijo.

El embarazo, como proceso, constituye un momento especial para la mujer gestante, donde se movilizan una serie de emociones tanto positivas como negativas. Dichas emociones serán más o menos intensas dependiendo de las características personales y de la interpretación cognitiva que la mujer realice de los distintos ambientes. Aquellas mujeres que manifiestan una mayor vulnerabilidad, el embarazo por sí mismo, puede tener un efecto perturbador sobre su propia salud psíquica. En este sentido, Shereshefsky y Yarrow (1973), distinguen dos grupos de mujeres vulnerables: 1) mujeres que ante nuevas tareas, que implican un proceso de maduración de su personalidad, presentan patrones de respuestas desadaptativas; 2) mujeres que ante las situaciones externas estresantes presentan un estilo de afrontamiento inadecuado, derivado en muchas ocasiones de un insuficiente apoyo familiar y social. De ahí que, la alteración de la salud mental que algunas mujeres manifiestan durante el embarazo, derive de la forma en que la mujer gestante valore la asunción de responsabilidad que supone la maternidad tanto desde un punto de vista personal (desempeño del nuevo rol de madre y responsabilidad para con el futuro hijo), como social (Méndez, Maciá y Olivares, 1993). Estas situaciones, junto con la confluencia de otros sucesos vitales y eventos (abortos, partos prematuros, enfermedades maternas, insatisfacción marital, inestabilidad laboral y económica, etc.), pueden suponer para estos dos grupos de mujeres una alta tasa de estrés. Dichas situaciones valoradas como altamente estresantes dan lugar en la gestante, tanto antes, como después del embarazo, a estados de ansiedad y depresión (Gemaro, 1988; Canaval, González, Martínez-Schallmoser, Tovar y Valencia, 2000). Ambos estados pueden constituirse como una dimensión de personalidad con disposición a experimentar estados emocionales negativos estables (ansiedad, depresión, angustia, preocupaciones, etc.) (Avia y Sánchez-Bernardos, 1995; Morris y Maisto, 2001).

Las emociones genéricamente se definen como "*un proceso desencadenado por la valoración cognitiva de una situación que pro-*

Universidad Pontificia de Salamanca

duce una alteración en la activación del organismo" (Fernández-Abascal, 1997, p. 35). Pueden ser útiles y adaptativas (preparando al organismo de la mujer gestante para el cambio biopsicosocial que genera el proceso del embarazo), o por el contrario pueden desempeñar un papel desadaptativo. En el primer caso, constituirían un complejo proceso responsable de la capacidad de mantener la resistencia biológica, psicológica y que por tanto repercute en la salud y bienestar. En el segundo caso contribuirían a menoscabar la salud y como consecuencia el ajuste negativo de las personas a las distintas situaciones (Roselló, 1996; Palmero y Fernández-Abascal, 1998; Ruíz, 2003).

Además, las emociones son componentes multidimensionales que pueden ser producidas por causas neuronales (determinados neurotransmisores ejercen de mediadores de la información que llega a la persona), afectivas (procesos senso-perceptivos) y cognitivos (valoración cognitiva de una situación interna o externa a la propia mujer y experiencia subjetiva de estados afectivos). De la valoración cognitiva que realice la mujer gestante, de sí misma y de su entorno, de las creencias, los motivos o metas a alcanzar, haciendo una primera y segunda valoración en función de tales metas y creencias, dará como resultado el experimentar una determinada emoción y por tanto poner en marcha las estrategias para responder a la emoción y las relaciones que establecerá con su medio —componente relacional— (Lazarus, 1991; de Catanzaro, 2001; Ruíz, 2003).

La activación o efectos que la emoción, tanto positiva (evaluación de una situación como beneficiosa para la persona) como negativa (valoración de una situación como dañina), ejercen en el ámbito fisiológico, conductual y cognitivo, depende de dos factores como son la intensidad emocional y la frecuencia (Reeve, 1994). Este último, la frecuencia, hace referencia al tiempo durante el cual la persona experimenta emoción positiva o negativa. El patrón temporal de respuestas es distinto entre ambos tipos de emociones, siendo la duración de emociones asociadas a sucesos negativos mayor que a sucesos positivos (Fernández-Abascal, 1997). La intensidad emocional, grado en que las emociones son experimentadas, independientemente de su valencia (positiva o negativa) representan el nivel de activación de los tres componentes de las emociones: en el ámbi-

Universidad Pontificia de Salamanca

to fisiológico (respuestas biológicas, reacciones fisiológicas producidas por la activación del sistema autonómico y hormonal), conductual (cambios comportamentales, de comunicación y corporales) y cognitivo (procesamiento cognitivo y experiencia subjetiva de estados afectivos). La persona que experimenta intensas emociones positivas, está vinculado a la percepción subjetiva de felicidad. La experiencia de intensas emociones positivas lleva asociada también experiencia de intensas emociones negativas (Avia y Vázquez, 2001).

Las emociones afectan al proceso de evaluación de los síntomas, a las expectativas propias para desarrollar conductas promotoras de salud, así como a la creencia de la vulnerabilidad a la enfermedad. De ahí que las personas que experimentan sus emociones de forma intensa pueden presentar mayor predisposición a padecer, a largo o corto plazo, los efectos patógenos del estrés (Martínez-Sánchez y Fernández-Castro, 1994). Cuando los sujetos de alta intensidad emocional (los cuales presentan también niveles superiores de activación autónoma), tienen que emitir una respuesta de afrontamiento adaptativo, manifiestan un desajuste por la incapacidad de controlar sus propios estados de ánimo (LeDoux, 1999).

En definitiva, tanto determinadas variables de personalidad, como la intensidad emocional, influyen sobre las funciones somáticas, contribuyen a predecir la reacción emocional de las personas a los sucesos cotidianos y al desarrollo de determinadas patologías (Fernández-Castro y Edo, 1994). Ya en 1974 Fahy incluía la intensidad emocional dentro de los trastornos psicológicos y posteriormente Flett y Hewit (1995) analizan la vinculación entre intensidad emocional y diversos trastornos catalogados en los ejes I y II del DSM-IV. En el eje I, la intensidad emocional aparece vinculada a hipomanía, ciclotimia, trastorno bipolar moderado, síntomas somatoformes, trastornos psicosomáticos, abusos de alcohol, pensamientos psicóticos y depresión psicótica.

Así pues, al hablar de la relación entre salud de la mujer gestante y emoción, tenemos que matizar que si la mujer gestante realiza una valoración primaria benigno-positiva del proceso del embarazo se generan emociones positivas (alegría, amor, felicidad, regocijo, tranquilidad) que afectan de un modo positivo a la salud materno-fetal. Por el contrario si es percibido como estresante, con valoración de

Universidad Pontificia de Salamanca

amenaza o daño, y valora que no dispone de recursos suficientes para afrontar la situación se generan emociones negativas (ira, ansiedad, depresión) que constituyen un riesgo para la salud maternofetal. Las vías de influencia serían las siguientes (Fernández-Castro y Edo, 1994; Fernández-Abascal, Palmero, Chóliz y Martí, 1997):

- *Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud,* ya que ciertos estados emocionales permanentes, derivados fundamentalmente de la lucha reiterada contra el estrés, hace a la personas más vulnerables hacia la enfermedad (déficit inmunológico, aumento de cortisona, oxitocina, adrenalina, etc.)
- *Los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud*, así entre los efectos del estrés se generan conductas no promotoras de salud (consumo de tabaco, alcohol, drogas, anorexia, bulimina, etc.).
- *Los estados emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades* debido a la incapacitación o alteración cognitiva que se produce para buscar soluciones positivas (ansiedad, depresión, etc.).
- *Las emociones pueden distorsionar la conducta* de los enfermos adoptando actitudes que dificultan el proceso de curación (negación, rechazo, evitación….).

Las emociones negativas (ansiedad y depresión), señaladas como muy relevantes por la literatura en el proceso de gestación, por ser la que prevalentemente se movilizan con la inestabilidad emocional de la mujer gestante, pueden constituirse en indicadores de riesgo psíquico que sería necesario analizar para prevenir complicaciones durante el embarazo, parto y vinculación negativa con el niño tanto antes como después del nacimiento (Jiménez, Merino y Sánchez, 1993; Callico-Cantalejo, 1995; Sánchez, Bermúdez y Buela-Casal, 2000). En los estudios señalados por Díaz, Pérez, Martínez, Herrera y Brito (2000) se pone de manifiesto cómo el temperamento fácil o difícil del niño y como consecuencia su estilo comportamental y de aprendizaje, puede ser pronosticado a partir de los rasgos de personalidad de la madre evaluados durante el proceso de gestación. En estos estudios la ansiedad materna es revelada como uno del los rasgos principalmente relacionados con el temperamento difícil del niño (irritación, respuestas evitativas, dificultad de adaptación, etc.).

Universidad Pontificia de Salamanca

La introversión materna dificulta la calidad y cantidad de interacciones del niño con el medio, provocando en ellos reacciones de rechazo, evitación y miedo ante la estimulación ambiental. Ambos patrones de comportamiento potencian el desarrollo de anomalías en el proceso normoevolutivo del niño. Por su parte, la afectividad, la sensibilidad, la extroversión y el apoyo materno están asociados positivamente con emocionabilidad positiva del niño.

2. OBJETIVOS

En base a la revisión de la literatura realizada y partiendo de la respuesta emocional negativa nos planteamos los siguientes objetivos para valorar de qué forma determinadas variables psicológicas y sociodemográficas influyen en la respuesta emocional de la gestante y en su estado de ánimo.

El primer objetivo es de carácter descriptivo-comparativo para determinar las principales características psicológicas y sociodemográficas de la población elegida para responder al interrogante ¿qué influencia tienen dichos factores (estado civil, número de hijos, etc.) en el estado emocional de la mujer y en la vinculación afectiva? Específicamente los objetivos operativos, en función de las diferentes variables independientes asignadas, son:

a) Determinar la influencia de las variables sociodemográficas en el proceso de adaptación al embarazo y en la vinculación afectiva de la gestante y su pareja:
   - Zona de ubicación geográfica del centro
   - Nivel de estudios de la mujer embarazada y de su pareja.
   - Estado civil
   - Profesión de la mujer embarazada y de su pareja.
   - Situación laboral de ambos.
b) Especificar la influencia, tanto en la adaptación al embarazo y al proceso de vinculación, de variables personales de la gestante y su pareja:
   - Edad de la gestante y pareja
   - Trimestre de gestación
   - Número de hijos
   - Periodo de aplicación

Universidad Pontificia de Salamanca

El segundo objetivo es de naturaleza correlacional y la finalidad del mismo va dirigido a establecer la interrelación del conjunto de variables medidas (factores personales/sociales y su relación con la salud de la gestante y la vinculación afectiva). Los objetivos operativos son:

- Determinar cómo la variable del contexto (apoyo de la pareja, relación conyugal) influyen en el estado de ánimo de la gestante.
- Comprobar la interferencia de la respuesta emocional negativa (ansiedad, depresión, estrés) en el estado de ánimo de la gestante y en el establecimiento de la vinculación.
- Especificar la facilitación de la respuesta emocional positiva (arousal) en el establecimiento del vínculo afectivo.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

La muestra ha sido obtenida a través de los Centros de Salud de Pizarrales, Garrido Norte, La Alamedilla que el INSALUD posee en Salamanca capital y a través del Centro de Salud de Santa Marta, perteneciente a la provincia de Salamanca. El total de mujeres embarazadas a las cuales se les dio información fue de 294, con independencia de la edad, periodo gestacional o de otras variables. Para el estudio y por diferentes circunstancias (no todas las mujeres contactadas quisieron participar; contestación incorrecta a los cuestionarios; no devolución de cuestionarios; abandono de las clases de preparación al parto, abortos, etc.), el total de la muestra ha quedado constituido por 146 gestantes.

Instrumentos

Para evaluar el estado de ánimo de la mujer gestante hemos utilizado el IDDA-EA (Inventario Diferencial de Adjetivos para el Estudio del Estado de Ánimo) de Tous y Pueyo (1991). Dicho inventario se configura como un autoinforme que puede ser contestado en 10 minutos y permite valorar, de forma rápida y cuantitativamente, la autopercepción individual del estado o potencial de energía que

Universidad Pontificia de Salamanca

experimenta cada persona en todo momento. Está conformado por tres factores que a su vez son evaluados por tres dimensiones a través de 28 pares de adjetivos antónimos.

Primer factor (activación). Este factor es evaluado por la primera dimensión constituida por nueve pares de adjetivos (movilizado-inmovilizado, impaciente-indiferente, desbordante-sobrio, apresurado-lento, activo-pasivo, despierto-dormido, decidido-indeciso, activado-enlentecido, alerta-aletargado). la activación se relaciona con la acción en interdependencia con las demandas ambientales y las expectativas (positivas o neutras) que el propio sujeto tiene sobre las mismas. este factor manifestaría relación específica con el siguiente circuito neural: receptores sensoriales del sujeto-tálamo-córtex-efectores del sujeto. una puntuación alta en este factor indica un elevado nivel de energía que llevara al sujeto a sentirse capaz de enfrentarse a las tareas, con interés y atención, aunque éstas parezcan difíciles, al tiempo que valora como positivas las demandas de la situación.

Segundo factor (estrés). Es evaluado por ocho pares de adjetivos: tenso-relajado, inquieto-quieto, agitado-sereno, intranquilo-plácido, alterado-reposado, fuerte-flojo, combativo-sosegado y exaltado-calmado. este segundo factor se especifica como la tensión provocada entre la interdependencia negativa con las expectativas del sujeto y las demandas ambientales o situacionales que llevarían al sujeto a experimentar la energía como desagradable. a través de él se describe la relación entre los sentimientos de tensión en relación con el sistema límbico y con el sistema nervioso autónomo. los sujetos que evalúan su estado de ánimo como negativos (tenso, ansioso, inquieto, etc) para un nivel alto de energía, obtienen puntuación alta en esta escala, predominando por tanto en él el contenido emocional vegetativo y autonómico para la percepción de su estado de ánimo.

Tercer factor (arousal). Este factor también es denominado como de vigilia —sueño según los ritmos circadianos y nictamerales del individuo—. La dimensión tercera que evalúa este factor se compone de nueve pares de adjetivos (enérgico-débil, fresco-cansado, vigoroso-endeble, desvelado-adormilado, vivaz-pasmado, despejado-amodorrado, despabilado-atontado, animado-abatido, descansado-fatigado). El factor arousal posee influencia endógena relacionada con el SN y otras características biofisiológicas del individuo que

Universidad Pontificia de Salamanca

describirían más disponibilidad de energía y no los cambios de la misma provocados por las situaciones específicas o las cogniciones y motivaciones secundarias. Desde este factor se describen las relaciones entre el cortex y el sistema reticular ascendente. Una puntuación alta en este factor indica bienestar y no estar afectado por sentimientos de fatiga o sueño.

Para evaluar la vinculación afectiva prenatal se ha utilizado el cuestionario EVAP de Lafuente (1995). Éste se compone de dos subescalas (versión para la futura madre-versión para el futuro padre que son valoradas independientemente por cada miembro) con 30 ítems, dicotomizados cada uno de ellos en 5 subítems categorizados del 1 al 5 teniendo que elegir entre una de las 5 categorías. Ambas versiones persiguen el mismo objetivo consistente en evaluar la interacción que se establece por ambos padres con el futuro niño. para valorar cómo se produce dicha interacción, el cuestionario y cada una de las versiones se subdivide en 7 subescalas (actitudes hacia el embarazo, relaciones personales, diferenciación y comunicación con el feto, conductas de preparativo, conductas de protección, conductas de fantaseo y experiencias infantiles).

Para valorar ansiedad rasgo-estado en la mujer gestante hemos utilizado el STAI cuestionario de ansiedad estado-rasgo de Spielberg, Gorsuch y Lushene (1994). La depresión se ha evaluado con el inventario de depresión de Beck (BDI) adaptado al castellano por Sanz y Vázquez (1993) con el fin de cuantificar los síntomas depresivos en la mujer gestante. Dicho cuestionario evalúa la depresión, entendiendo como tal la respuesta a los eventos negativos evaluados por la persona como altamente aversivos, atribuidos a causas internas, globales y estables, y percibidos como incontrolables. Se incluyó por constituir ya un instrumento clásico en la evaluación de los estados depresivos en pacientes con diversos problemas de la salud.

Para evaluar la percepción del apoyo y satisfacción marital nos hemos servido del cuestionario de Satisfacción Marital (CSM) de Lazarus (2000). El objetivo del mismo es valorar la percepción que la mujer tiene de sí misma y de su pareja en lo que se refiere a las principales áreas de preocupación que manifiestan la mayoría de las parejas: comunicación, relaciones sexuales, dinero, compañerismo,

Universidad Pontificia de Salamanca

amistades, paternidad/maternidad, relaciones familiares, nivel de confianza, valores y hábitos personales.

Para medir el estilo de la mujer gestante, la forma de pensar y las necesidades emocionales se le aplicó el IPE (Inventario de Perfil Estructurado) de Lazarus (2000). Este inventario permite obtener una valoración cuantitativa de las variables anteriormente mencionadas a través de la aplicación de una escala de valoración compuesta por 35 ítems que se agrupan en 7 dimensiones interactivas (conducta, afecto, sensación, imaginación, cognición, interpersonal y droga-biológica).

Resultados

En primer lugar se exponen los relativos al estudio comparativo, es decir, el primer objetivo del trabajo, para determinar las diferencias en las distintas dimensiones del estado de ánimo (activación, arousal y estrés) debidas a las distintas variables independientes asignadas (centro, nivel de estudios, etc.).

En la variable dependiente activación ante las demandas ambientales no se obtienen diferencias significativas en ninguna de las variable independientes analizadas: centro (p=,9763), trimestre (p=,8725), edad de la mujer (p=,0504), estado civil (p=,7591), número de hijos (p=,2951), nivel de estudios de la mujer (p=,2559), situación laboral de la mujer (p=,4515), edad de la pareja (p=,4506), estudios de la pareja (p=,5292), profesión de la pareja (p=,2423), situación laboral de la pareja (p=,7853), mes de aplicación del protocolo (p=,4781) y profesión de la mujer (p=,7369).

En la variable dependiente estrés sólo se encuentra diferencia significativa con la variable independiente edad de la pareja (p=,0354) mostrando el grupo de edad inferior a 25 años mayor puntaje (M=809), en relación con el grupo de edad comprendido entre 26-30 años (M=746,6) y con el grupo de edad de 36-40 años (M=757,5). Lo cual indicaría que, a menor edad, la mujer evaluaría su estado de ánimo como negativo predominando en ella lo emocional vegetativo y autonómico en la percepción del estado anímico.

El resto de las variable independientes no son determinantes el nivel de estrés dado que no se obtienen diferencias significativas:

Universidad Pontificia de Salamanca

centro (p=,0716), trimestre (p=,3905), edad de la mujer (p=,0744), estado civil (p=,8896), número de hijos (p=,2166), nivel de estudios de la mujer (p=,5281), situación laboral de la mujer (p=,4442), estudios de la pareja (p=,3303), profesión de la pareja (p=,4591), situación laboral de la pareja (p=,9749), mes de aplicación del protocolo (p=, 294) y profesión de la mujer (p=,611).

En la variable dependiente arousal sólo se obtienen diferencia significativa en la V.I. edad de la mujer (p=,0024), presentando el grupo de mujeres con edades comprendidas entre 26-30 años mayor puntaje (M=904,9) que el grupo de edades inferiores a 25 años (M=821,5), siendo a su vez el puntaje obtenido por este último grupo inferior al obtenido por el grupo de edad comprendido entre 31-35 años (M=878,7). Estos resultados pondrían de manifiesto que el grupo de edad de 26-30 años manifiesta un estado de bienestar y no estaría afectado por sentimientos de fatiga o sueño, situación que sí se puede en las mujeres de edades inferiores a 25 años.

El resto de las variable independientes no tendría influencia sobre el arousal dado que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas: centro (p=,8864), trimestre (p=,1639), estado civil (p=,4761), número de hijos (p=,1022), nivel de estudios (p=,352), situación laboral de la pareja (p=,2579), situación laboral de la mujer (p=,6802), profesión de la pareja (p=,4872), edad de la pareja (p=,0794), estudios de la pareja (p=,1681)mes de aplicación del protocolo (p=,4353) y profesión de la mujer (p=,7156).

Para contrastar el segundo objetivo (influencia de variables del contexto en el estado de ánimo de la gestante) se ha llevado a cabo un estudio bivariante, resultando significativas todas las correlaciones superiores a .21 (con criterio restrictivo vamos a considerar .3). A continuación se analizan las correspondencias tomando el conjunto de variables y el grado de asociación entre ellas.

La relación entre ansiedad y estado de ánimo presenta direcciones diferentes. En ansiedad estado la correlación negativa con la activación (-.3) y arousal (-.6). Este mismo patrón se da en la ansiedad rasgo: -.3 con activación y de -.5 con arousal. En cambio es positiva la asociación con el estrés tanto en ansiedad estado (.7) como rasgo (.6).

Universidad Pontificia de Salamanca

El estado de ánimo presenta asociación positiva con la activación (.5), con el grado de satisfacción marital experimentado por la mujer (.3) y con el grado de satisfacción percibido en su pareja (.4).

El estrés correlaciona con arousal de forma negativa (-.4). Este mismo patrón se da en la asociación con satisfacción marital experimentada (-.5), percibida (-.5), aceptación del embarazo por parte de la mujer (-.3) y con la variable drogas/biología (-.4).

La variable arousal presenta asociaciones positivas con respecto al grado de satisfacción marital experimentado (.4) y percibido (.5), así como también en las variables de vinculación afectiva como: aceptación del embarazo (.3), relaciones personales de la mujer gestante (.3) y escala total de vinculación (.3). Con la variable drogas/biología también el arousal presenta asociación positiva (.4).

4. DISCUSION

En la variable estrés obtenemos diferencia significativa con la edad de la pareja inferior a 25 años, lo que indicaría que a menor edad de la pareja pueden existir circunstancias vitales concomitantes al embarazo (embarazo no deseado, situación laboral y económica precarias) que la mujer evaluaría su estado de ánimo como negativo predominando por tanto en ella lo emocional vegetativo. El resto de las variables independientes no son significativas en nuestro estudio y esto contrasta con el estudio realizado por Canaval y cols. (2000) quienes ponen de manifiesto que el no estar casada, tener más de dos hijos, una edad inferior a 23 años, nivel socioeducativo bajo y falta de estabilidad laboral, ocasionan mayor estrés en la mujer gestante. Por su parte Da Costa, Larouche, Drista y Brender (1999) obtienen en su estudio diferencias significativas entre el periodo gestacional y el estrés, considerando que el primer y tercer trimestre resultan más estresantes para la mujer. Referido también al periodo gestacional y proceso de vinculación afectiva, Hsu y Chen (2001), manifiestan al evaluar el estrés y los sucesos vitales durante el tercer trimestre de gestación que ambos correlacionan negativamente con el proceso de apego.

En cuanto a la variable bienestar de la mujer gestante encontramos que las mujeres de edades comprendidas entre 26 y 30 años

Universidad Pontificia de Salamanca

manifiestan mejor sensación de bienestar. Este mismo grupo de mujeres percibían que sus parejas se encontraban satisfechas con la relación, lo cual va unido a la percepción del apoyo marital. Estos resultados también ponen de manifiesto el hecho de que a edades inferiores la mujer viva el embarazo como más estresante por otra serie de circunstancias asociadas al mismo como pueden ser falta de estabilidad laboral o económica, embarazos en la adolescencia, falta de apoyo marital (Aldana y Atkin, 1997). Por el contrario las mujeres en edades avanzadas manifiestan más síntomas de estrés por ser frecuentes las complicaciones médicas durante el embarazo: hipertensión, parto prematuro, aborto espontáneo, etc. (Lafuente, 1995).

Los resultados encontrados deberían sensibilizar a las administraciones públicas de cara a la implementación de programas de prevención primaria complementarios a las estrategias de preparación al parto, que inciden más en variables obstétricas, con el objetivo de desarrollar en los padres patrones de comportamientos adecuados en la interacción de la propia pareja y como consecuencia en las interacciones a desarrollar con el futuro hijo, con el fin de paliar dificultades que aparecen en las distintas etapas del desarrollo (Fernández y Cabaco, 2004). De forma complementaria la consideración de las influencias y aportes físicos, psicosociales y socioculturales, podrían optimizar desde las etapas más precoces el desarrollo y bienestar psicológico de la mujer y su hijo (Fernández, 2003; Fernández, Cabaco y Crespo, 2003).

Desde el plano educativo es un reto la incorporación de profesionales del ámbito pedagógico a las primeras etapas del desarrollo humano, tanto desde ópticas formales como no formales. Las implicaciones que el desarrollo de competencias tempranas tiene par optimizar la salud (Fernández, 2005; Fernández y Cabaco, 2004) debería contemplarse en las ópticas de formación desde el ámbito universitario. Más especialmente en este momento de transformación de estudios y mentalidades en el nuevo espacio europeo de educación superior donde la formación permanente a lo largo del ciclo vital es uno de sus objetivos.

La tarea educativa, como ayuda en la construcción de conocimientos y desarrollo de habilidades de solución de problemas, es un reto permanente que tiene que iniciarse en la Educación Infantil ya

Universidad Pontificia de Salamanca

que el desarrollo del ser humano comienza desde el momento de la concepción y las competencias (inteligencia emocional) o sus déficits (alexitimia) pueden optimizarse o prevenirse, según el caso, desde el inicio de la vida (Cabaco, 1999).

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDANA, E. y ATKIN, L. C. (1997). Depresión in adolescent pregnancy. *Perinatal Reproduction Human*, *11(4)*, 184-189.

AVIA, D. y SÁNCHEZ-BERNARDOS, M. (1995). *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales*. Madrid: Pirámide.

AVIA, M.D. y VÁZQUEZ, C. (2001). *Optimismo inteligente*. Madrid: Alianza.

CABACO, A. S. (1999). *Inteligencia emocional: desarrollo pre y postnatal*. Conferencia pronunciada en el II Foro de otoño de la Universidad de Salamanca "El embrión humano a debate" organizado por la Asociación Estudium Media de la USAL.

CALLICO-CANTALEJO, G. (1995). Factores psicológicos de la gestación y su incidencia en las posteriores dificultades durante el parto y el puerperio. *Psicopatología*, *15,* 70-74.

CANAVAL, G. E., GONZÁLEZ, M., MARTÍNEZ- SCHALLMOSER, L., TOVAR, C. y VALENCIA, C. (2000). Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia. *Colombia Medical, 31*, 4-10.

DA COSTA, D., LAROUCHE, J., DRISTA, M. y BRENDER, W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *Journal of Psychosomatic Research 47* (6), 609-621.

DECATANZARO, D. (2001*). Motivación y emoción*. Madrid: Prentice Hall.

DÍAZ, A.; PÉREZ, J., MARTÍNEZ, M. J., HERRERA, E. y BRITO, A. (2000). Influencias de la personalidad materna sobre el estilo conductual infantil: implicaciones para la atención temprana. *Anales de Psicología 16*(1), 101-110.

FAHY, T. J. (1974). Pathways of specialist referral of depressed patients from general practice. *British Journal of Psychiatric, 124,* 231-239.

FERNÁNDEZ-ABASCAL, E., PALMERO, F., CHÓLIZ, M. y MARTÍNEZ, F. (1997). *Cuadernos de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.

FERNÁNDEZ-ABASCAL, E. (1997*). Psicología general: motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.

FERNÁNDEZ-CASTRO, J. y EDO, S. (1994). Emociones y salud. *Anuario de Psicología*, *61,* 25-32.

FERNÁNDEZ, L. M. (2003). *Influencia de variables emocionales y sociodemográficas en la adaptación al embarazo y la vinculación afectiva*. Tesis doctoral no publicada, Universidad pontificia de Salamanca.

FERNÁNDEZ, L. M. (2005). *El vínculo afectivo con el niño por nacer.* Salamanca: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca.

Universidad Pontificia de Salamanca

FERNÁNDEZ, L. M., CABACO, A. S. y CRESPO, A. (2003). Factores ambientales y embarazo: influencias físicas, psicosociales y socioculturales. *Psicología e Educaçao, 2*(2), 5-14.

FERNÁNDEZ, L. M. y CABACO, A. S. (2004). Procesamiento del estrés en las gestantes: implicaciones para la salud de la mujer y el niño intrauterino. *Familia, 28*, 9-24.

FLETT, G.L. y HEWITT, P.L. (1995). Criterion validity and psychosometric properties or the affect intensity measure in a psychiatric sample. *Personality and individual differences, 19*(4), 585-591.

GEMARO, S. (1988). Postnatal anxiety and depresión in mothers of term and preterm infants. *Nursing Research*, *37* (2), 82-85.

HSU, T. L. y CHEN, C. H. (2001). Stress and maternal-fetal attachment of pregnant women during their third trimester. *Journal Medical Science,* 17(1), 36-45.

JIMÉNEZ, F., MERINO, G. y SÁNCHEZ, G. (1993). La ansiedad en la mujer embarazada. *Psiquis*, *14,* 45-55.

LAFUENTE, M. J. (1995). *Hijos en camino*. Barcelona: Cúpula.

LAZARUS, A. (2000). *El enfoque multimodal: una psicoterapia breve pero completa*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

LAZARUS, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford: Oxford University Press.

LEDOUX, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel-Planeta.

MARTÍNEZ-SÁNCHEZ, S. y FERNÁNDEZ-CASTRO, J. (1994). Emoción y salud. Desarrollos en Psicología básica y aplicada. *Anales de Psicología*, *10* (2), 101-109.

MÉNDEZ, F. X., MACIÁ, D. y OLIVARES, J. (1993). *Intervención conductual en contextos comunitarios*. *Programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide.

MORRIS, CH. y MAISTO, A. (2001). *Introducción a la psicología*. Madrid: Prentice Hall.

PALMERO, F, y FERNÁNDEZ-ABASCAL, E. C. (1998). *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel.

REEVE, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.

ROSELLÓ, J. (1996). *Psicología del sentimiento: motivación y emoció*n. Palma: Universitat de les Illes Balears.

RUÍZ, J. A. (2003). *Psicología de la personalidad para psicopedagogos*. Madrid: Sanz y Torres.

SÁNCHEZ, A. I., BERMÚDEZ, M. P. y BUELA-CASAL, G. (2000). Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. *Revista electrónica de motivación y emoción,(2*), 2-3.

SANZ, J. y VÁZQUEZ, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck: propiedades clínicas y psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta, 19,* 707-750.

SPIELBERGER, C. D., GORSUCH, R.L. y LUSHENE, R.E. (1994). *STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA.

SHERESHEFSKY, P. M. y YARROW, L. J. (1973). *Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation*. Nueva York: Raven Press.

Universidad Pontificia de Salamanca

TOUS, J. M. y PUEYO, A. A. (1991). *Inventario Diferencial de Adjetivos para el Estudio del Estado de Ánimo* (IDDA-EA). Madrid: TEA.

Universidad Pontificia de Salamanca