

## Diferencias individuales como predictoras de la salud y calidad de vida percibida en embarazadas <sup>1</sup>

Leticia Guarino<sup>2</sup>, Sonia Borrás<sup>3</sup>  
Universidad Simón Bolívar, Caracas – Venezuela

Fausto Scremín<sup>4</sup>  
Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Venezuela

Recibido: 10/10/2011

Revisado: 15/04/2012

Aceptado: 22/07/2012

### Resumen

**Objetivo.** Determinar en qué medida ciertas diferencias individuales como el estilo emocional (rumiación e inhibición emocional), la sensibilidad egocéntrica negativa y los estilos de afrontamiento predicen la salud y calidad de vida percibida en mujeres embarazadas. **Método.** Un grupo de 94 mujeres embarazadas venezolanas, en el primer trimestre de gestación, completaron cuestionarios de estilo emocional, sensibilidad emocional, afrontamiento, salud percibida y calidad de vida. **Resultados.** Un estilo emocional negativo, conjuntamente con el uso de formas de afrontamiento disfuncionales durante el embarazo predicen un mayor deterioro en la salud y calidad de vida de estas mujeres durante su primer trimestre de gestación. Otros estilos de afrontamiento, como la interpretación positiva, funcionan más bien como factor protector de la salud. **Conclusion.** El estudio revela la importancia de evaluar las diferencias individuales de las embarazadas y desarrollar programas de intervención sobre estos aspectos, a fin de promover una mejor salud y calidad de vida durante este importante proceso en la mujer.

**Palabras clave.** Diferencias individuales, salud, calidad de vida durante el embarazo.

### Abstract

**Objective.** To determine whether certain individual differences such as emotional style (rumination and emotional inhibition), negative egocentric sensitivity and coping are able to predict the perceived health and quality of life of pregnant women. **Method.** A sample of 94 Venezuelan women on their first trimester of pregnancy completed questionnaires on emotional style, emotional sensitivity, coping, perceived health and quality of life. **Results.** Having a negative emotional style and using dysfunctional ways of coping during pregnancy predict a higher deterioration of the perceived health status and the quality of life of these women

<sup>1</sup> La presente investigación reporta los resultados parciales del proyecto S1-IC-CSH-012-07 titulado "Diferencias individuales, salud y calidad de vida durante el embarazo." Seguimiento financiado por el Decanato de Investigación y Desarrollo de la Universidad Simón Bolívar- Venezuela.

<sup>2</sup> Doctora en Psicología por la Universidad de York, Inglaterra. Profesora Universidad Simón Bolívar. Dpto. de Ciencia y Tecnología del Comportamiento. Edificio de Estudios Generales, 1er. Piso. Valle de Sartenejas, Aptdo. Postal 89.000 – A. Edo. Miranda. Venezuela. Correspondencia: lguarino@usb.ve

<sup>3</sup> Licenciada en Psicología. Dpto. de Ciencia y Tecnología del Comportamiento. Edificio de Estudios Generales, 1er. Piso. Valle de Sartenejas, Aptdo. Postal 89.000 – A. Edo. Miranda. Venezuela. Correspondencia: sborras@cantv.net

<sup>4</sup> Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad Central de Venezuela. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales Caracas – Venezuela. Correspondencia: faustosc@yahoo.com

along their first term of pregnancy. Other coping styles such as positive interpretation act as a protective factor for the health status of this group. **Conclusion.** The study reveals the importance of measuring the individual differences of the pregnant women and to develop intervention programs regarding these factors, with the aim at promoting better health status and quality of life during this important process in women.

**Key words.** Individual differences, health, quality of life during pregnancy.

### Resumo

**Escopo.** Determinar em que medida algumas diferenças individuais como o estilo emocional (ruminação e inibição emocional), a sensibilidade egocêntrica negativa e os estilos de afrontamento predizem a saúde e qualidade de vida percebida em mulheres grávidas. **Metodologia.** Um grupo de 94 mulheres grávidas venezuelanas no primeiro trimestre de gestação completaram questionários de estilo emocional, sensibilidade emocional, afrontamento, saúde percebida e qualidade de vida. **Resultados.** Um estilo emocional negativo, conjuntamente com o uso de formas de afrontamento disfuncionais durante a gravidez predizem um maior deterioro na saúde e qualidade de vida de estas mulheres durante seu primeiro trimestre de gestação. Outros estilos de afrontamento como a interpretação positiva funcionam melhor como fator protetor da saúde. **Conclusão.** O estudo revela a importância de avaliar as diferenças individuais das mulheres grávidas e desenvolver programas de intervenção sobre estes aspetos, a fim de promover uma melhor saúde e qualidade de vida durante este importante processo da mulher.

**Palavras chave.** Diferenças individuais, saúde, qualidade de vida durante a gravidez.

### Introducción

La comprensión en profundidad del concepto de calidad de vida requiere de la inclusión tanto de sus aspectos objetivos (salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestidos y derechos humanos), como de sus subjetivos (percepción de bienestar). En este sentido, 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.

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 son el trabajo, el ocio, la autonomía, las relaciones sociales, etc. (Blanco, 1985). Bajo esta perspectiva, la calidad de vida durante el embarazo puede ser entendida como 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 en el estudio de la calidad de vida, la salud percibida y el proceso de embarazo, siguiendo la declaración del milenio de las Naciones Unidas, del año 2000, en las que se establecen metas específicas para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2004). De hecho, en una investigación llevada a cabo con 42 mujeres adolescentes embarazadas, se observaron puntuaciones globales inferiores en los indicadores de calidad de vida durante el embarazo, cuando se compararon con los promedios de la población general. Los resultados evidencian la necesidad de facilitar ayuda y consejo psicológico a estas mujeres durante el proceso de embarazo, con la intención de disminuir posibles complicaciones médicas y psicológicas y fortalecer sus recursos personales (Drescher, Monga, Williams, Promecene-Cook y Schneider, 2003). A pesar de evidencias como ésta, poco se conoce sobre la relación que puedan tener ciertas diferencias individuales con la salud y calidad de vida percibida de las embarazadas, especialmente su estilo emocional, su reactividad emocional y sus formas de afrontamiento al estrés asociado al embarazo. Más interesante aún sería

poder determinar el valor predictivo de estos factores sobre indicadores de salud física y mental, para facilitar el diseño de programas de intervención dirigidos a este grupo.

Considerando los enfoques que describen a la personalidad como una variable moderadora que puede facilitar o inhibir la influencia de los factores causantes del desequilibrio emocional y el estrés (Denney y Frisch, 1981; Sanderman y Ranchor, 1997; Roger, 1995, 1996, 2007), la literatura muestra algunos estudios realizados con mujeres embarazadas. Específicamente, Lobel, Yali, Zhu, DeVincent y Meyer (2002) estudiaron un grupo de embarazadas de alto riesgo, determinando qué características, como el optimismo disposicional, estuvo asociado a menores puntajes de distrés emocional, al facilitar 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. Por su parte, Canals, Esparó y Fernández-Ballart (2002) mostraron cómo los niveles de ansiedad durante el embarazo están asociados significativamente a características de personalidad como el neuroticismo; mientras que Engelhard, van den Hout y Kindt (2003), en un estudio de carácter longitudinal, encontraron que elevados niveles de neuroticismo al inicio del embarazo estuvieron asociados a síntomas de estrés post-traumático en aquellas mujeres que habían sufrido la pérdida de su embarazo. A pesar de estas evidencias, una revisión de la literatura especializada revela que no se han encontrado reportes de estudios realizados en poblaciones de embarazadas en Latinoamérica que determinen la influencia de las diferencias individuales sobre la salud y calidad de vida de estas mujeres.

En el presente estudio se pretendió establecer el valor explicativo del estilo emocional, la sensibilidad egocéntrica negativa y los estilos de afrontamiento sobre la salud y calidad de vida de embarazadas venezolanas. Específicamente, la rumiación y la inhibición emocional son dimensiones que conforman el constructo de estilo emocional (Roger y Najarian, 1989; Roger y Nesshoever, 1987; Roger, Guarino y Olason, 2000), donde la *rumiación* es concebida como la tendencia de los individuos a mantenerse preocupados por eventos molestos ocurridos en el pasado, así como por situaciones o eventos estresantes futuros (preocupación sobre eventos que pueden ocurrir), mientras que la *inhibición emocional* se refiere al

“embotellamiento” o inhibición en la expresión de las emociones experimentadas, así como a la dificultad de revelar las propias emociones y de buscar a otros para recibir información o ser escuchados cuando se hace frente a experiencias demandantes. Ambas dimensiones predijeron deterioro en la salud en diversas poblaciones bajo estrés (Greco y Roger, 2001; Guarino, 2004, 2009; Olason, 2001; Roger, 1996; Roger y Najarian, 1998), especialmente la dimensión de *rumiación*, considerada por Roger como factor moderador importante en la relación entre estrés y enfermedad. Sin embargo, la revisión de la literatura arrojó sólo un estudio que relacionaba alguna de estas dimensiones en mujeres embarazadas. Específicamente, Nieland y Roger (1993) estudiaron a un grupo de mujeres en proceso de parto y el requerimiento de analgésicos para mitigar el dolor, determinando que una vez que factores como la edad, la duración del parto y el número de partos previos fueron controlados estadísticamente, existía una relación significativa entre la necesidad de más analgésicos y características de personalidad como la *rumiación* y la hipocondría (sub-dimensión del neuroticismo).

Con respecto a la sensibilidad egocéntrica negativa (Guarino, 2004, 2005; Guarino y Roger, 2005), definida como la tendencia de los individuos a reaccionar negativamente con emociones de aprehensión, rabia, desesperanza, vulnerabilidad y autocrítica ante las demandas ambientales y situaciones estresantes; estudios preliminares, desarrollados con poblaciones de estudiantes universitarios en períodos de adaptación, han demostrado que esta dimensión está fuertemente relacionada con el reporte de síntomas físicos y psicológicos de los estudiantes a 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 para poblaciones de cadetes (Herrera y Guarino, 2008), médicos especialistas (Bethelmy y Guarino, 2008a), profesionales de diferentes disciplinas (Goncalves, Feldman y Guarino, 2009) y profesores universitarios (Lousinha, 2009).

Por otra parte, una revisión de la literatura sobre la relación entre afrontamiento y embarazo determinó que esta variable ha sido poco

explorada en este contexto, por lo que requiere más investigación. Uno de los reportes hallados da cuenta de un estudio sobre la relación entre las estrategias de afrontamiento adoptadas por mujeres de alto y bajo riesgo de embarazo y su salud, luego de entregados a la mujer los resultados de su estudio de ultrasonido (Brisch et al., 2003). Los resultados indicaron que las mujeres que usan un afrontamiento más emocional y de desaprobación, manifiestan mayores niveles de ansiedad que las mujeres que en la misma circunstancia hacen un afrontamiento más racional y activo. Del mismo modo, Lobel et al. (2002) encontraron que las estrategias de afrontamiento emocional y de evitación están asociadas a mayores puntajes de estrés y que tienden a ser adoptadas por mujeres con mayor pesimismo disposicional; demostrándose, en este estudio, la interacción que existe entre características de personalidad y formas específicas de afrontamiento.

En síntesis, este trabajo intentó determinar cuáles de las diferencias individuales evaluadas, a saber, estilo emocional, sensibilidad emocional y afrontamiento, predecía significativamente el estatus de salud y calidad de vida percibida por un grupo de mujeres embarazadas en nuestro contexto. Los resultados de un estudio de este tipo podrían orientar a los profesionales de la salud en el diseño y aplicación de programas de intervención dirigidos a controlar y disminuir los factores psicológicos de riesgo que afectan la salud y calidad de vida de las embarazadas, así como a fortalecer los factores protectores, optimizando con ello el bienestar global de las mujeres durante este período de su vida.

### Método

La investigación es de tipo no experimental de campo, ya que se pretende buscar las relaciones entre las variables, en su contexto natural, sin poseer control directo sobre la variable independiente, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido (Kerlinger y Lee, 2002).

El estudio adopta un diseño de tipo no experimental transeccional (transversal), correlacional y causal, el cual también es conocido como investigación de tipo *expost-facto* (los hechos y variables ya ocurrieron), donde se observan variables y relaciones entre ellas en su contexto natural, realizando observaciones en un momento único en el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

### Participantes

La muestra estuvo constituida por 94 mujeres que asistieron a control de embarazo en diversos centros asistenciales públicos y privados del Estado Miranda y Distrito Capital de Caracas-Venezuela, de diversos niveles socio-económicos, quienes decidieron participar voluntariamente en el estudio (muestreo no probabilístico o intencional). Con respecto a los niveles académicos de las embarazadas evaluadas, 41.9% reportó tener nivel superior universitario, 34.9% técnico superior o bachillerato completo, 18.6% bachillerato incompleto y 4.7% enseñanza primaria completa. Las participantes debían cumplir las siguientes condiciones: no reportar problemas de salud física-mental al momento de inicio del embarazo, asistir regularmente a control con un médico obstetra y con un nivel de instrucción mínimo de secundaria (completa). La edad promedio de estas mujeres fue de 27.56 años (mínima 16 – máxima 43).

### Instrumentos

Para el desarrollo de este estudio, se emplearon los siguientes instrumentos de auto-reporte (cuestionarios):

- *Cuestionario de Estilo Emocional (CEE-versión traducida y adaptada por Guarino, 2011)*. Esta escala contiene 39 ítems, con un rango de respuesta dicotómica *cierto-falso*; 21 reactivos para la medición de la dimensión de *inhibición emocional* (IE) y 18 para la medición de la *rumiación* (R), respectivamente. Los índices de consistencia interna alfa de Cronbach fueron bastante aceptables para los dos factores, siendo  $\alpha = 0.85$  para *inhibición emocional* y  $\alpha = 0.82$  para *rumiación*, para una muestra de 419 participantes (Guarino, 2011).

- *Escala de Sensibilidad Egocéntrica Negativa -SEN. Sub-escala 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, rabia, 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 (citado por Charlita y Rodríguez, 2005)*. Este inventario de 22 ítems surge de una adaptación al contexto y experiencia del embarazo que Lobel et al. (2002) hicieron a partir de cuestionarios de afrontamiento frecuentemente usados en el campo de la investigación de estrés (Carver, Folkman y Lazarus citados por Lobel et al., 2002). El mismo mide cuatro diferentes formas de afrontamiento al estrés durante el embarazo, a saber: 1) preparación ( $\alpha=0.83$ ), 2) evitación ( $\alpha=0.76$ ), 3) interpretación positiva ( $\alpha=0.80$ ), y 4) rezar ( $\alpha=0.85$ ). La confiabilidad total del instrumento para este estudio fue de 0.80 ( $N$  válida = 77).

- *Inventario de Síntomas Físicos de Cohen-Hoberman (CHIPS, 1983)*. Versión adaptada y validada a 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 se han presentado en un período de cinco semanas. La versión hispana ha mostrado un adecuado nivel de consistencia interna ( $\alpha=0.88$ ;  $N = 401$ ) (Guarino, 2004, 2005).

- *Cuestionario de Salud General de Golberg (GHQ – General Health Questionnaire)*. 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 posibilidades desde 1: *No, en lo absoluto*, hasta 4: *Mucho más que lo habitual* (Molina y Andrade, 2002). Las

puntuaciones más altas reflejan una mejor salud. Los índices de consistencia interna (alfa de Cronbach) resultaron óptimos para todas las dimensiones del GHQ en una muestra de 328 venezolanos, oscilando entre  $\alpha=0.80$  y  $\alpha=0.93$ , con un  $\alpha=0.93$  para la escala completa (Sojo, 2006).

- *Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of life, enjoyment and satisfaction questionnaire, Q-LES-Q) (Bobes, Paz, Bascarán, Saíz y Bousoño, 2004)*. Este cuestionario de 93 ítems mide la calidad de vida percibida de los individuos a través de una exploración del grado de satisfacción con las múltiples actividades que realiza en su vida como: estado de salud física/actividades, estado de ánimo, trabajo, desarrollo de tareas de la casa, desarrollo de actividades académicas/estudio, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y nivel de satisfacción general, a ser respondidas en una escala likert de cinco puntos desde *Nunca* hasta *Muy a menudo o siempre*. Los 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 los autores para administrar el cuadernillo contentivo de los instrumentos de autorreporte a las mujeres embarazadas, las cuales participaron en el estudio en forma voluntaria, una vez explicados los objetivos del mismo. Las participantes firmaron una carta de consentimiento presentada en la segunda página del cuadernillo en señal de conformidad con su participación en el estudio y requirieron de un promedio de 75 minutos para completar los cuestionarios. Inicialmente, se hizo el contacto con un grupo de médicos ginecobstetras que atendían consultas de control de embarazo en diferentes centros de salud públicos y privados de la ciudad capital (Caracas), para que permitieran el acercamiento de las investigadoras a sus pacientes durante las horas de espera a 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. Debido a la longitud del cuadernillo, algunas de las embarazadas consultadas informaron previamente su negativa de participar en el estudio, lo cual finalmente se asumió como una limitación de la investigación. Los aspectos éticos de la investigación se cumplieron siguiendo el Código de Ética Profesional del Psicólogo Venezolano (1981), en su capítulo I: "De los deberes éticos en el área de investigación".

## Resultados

Los datos fueron analizados, inicialmente, a través de correlaciones bivariadas usando el estadístico  $r$  de Pearson, para determinar el grado de interrelación entre las mismas, a través del programa SPSS versión 10. Los resultados de las correlaciones entre las diferencias individuales (estilo emocional, sensibilidad egocéntrica negativa y estilos de afrontamiento, respectivamente) pueden observarse en la Tabla 1.

Tabla 1  
*Correlaciones entre las diferencias individuales evaluadas*

	Inhibición emocional	SEN	Preparación	Evitación	Interpretación positiva	Rezar
Rumiación	<b>.435**</b>	<b>.732**</b>	.048	<b>.408**</b>	<b>-.270*</b>	-.005
Inhibición emocional		<b>.437**</b>	.100	<b>.539**</b>	-.100	.015
SEN			.144	<b>.474**</b>	<b>-.236*</b>	.018
Preparación				.215	<b>.538**</b>	<b>.419**</b>
Evitación					-.083	.058
Interpretación positiva						<b>.410**</b>

SEN = sensibilidad egocéntrica negativa

\*\*  $p < 0.001$ ; \*  $p < 0.05$ ;  $N=94$

Tal como se esperaba, las características personales que describen alta reactividad emocional negativa, como la rumiación, la sensibilidad egocéntrica negativa y la inhibición emocional, resultaron interrelacionadas significativamente entre sí, de tal forma que las embarazadas que muestren una hipersensibilidad emocional negativa, es decir, gran tendencia a la autocrítica, aprehensión, rabia y vulnerabilidad tienden al mismo tiempo a mantenerse preocupadas por eventos ocurridos en el pasado o reiterando pensamientos sobre posibles eventos adversos negativos. De igual forma, estas mujeres tienden a la inhibición de las propias emociones, lo cual, en general, constituye un cuadro de reactividad emocional nada funcional o saludable para enfrentar los cambios que produce el embarazo.

Por otro lado, se observa claramente cómo tales características individuales, sobre todo la alta

sensibilidad egocéntrica negativa y el uso de la rumiación, están asociadas en forma directa a estilos de afrontamiento al embarazo poco adaptativos, como la evitación, así como al uso reducido de la interpretación positiva, este último de gran valor funcional. Finalmente, las mujeres que hacen mayor interpretación positiva de sus experiencias para enfrentar la tensión asociada al embarazo, suelen desplegar mayores estrategias de preparación y búsqueda de información frente a los cambios, lo cual puede interpretarse perfectamente en forma inversa, esto es, a mayor preparación, mayor interpretación positiva de la realidad. Ambos estilos muestran estar asociados también a un uso frecuente de la oración y el rezo como forma de reducir el estrés. En general, se observa que las formas de afrontamiento funcionales y adaptativas se asocian entre sí, en una suerte de potenciación frente a las demandas ambientales cambiantes del embarazo.

A continuación, se muestran los resultados de las correlaciones entre las diferencias individuales medidas en este estudio y los indicadores de salud física y mental reportados por la muestra de mujeres embarazadas. La Tabla 2, contiene los índices de correlación entre estilo emocional, SEN y estilos

de afrontamiento al embarazo, con los valores arrojados por el inventario de síntomas físicos – Chips- y el Cuestionario General de Salud de Golberg –GHQ- (puntuaciones más bajas reflejan más deterioro).

Tabla 2

*Correlaciones entre las diferencias individuales e indicadores de salud*

	Chips	Somatización	Angustia y ansiedad	Disfunción social	Depresión	GHQ Total
Rumiación	<b>.514**</b>	<b>-.415**</b>	<b>-.62**</b>	-.19	<b>-.51**</b>	<b>-.54**</b>
Inhibición emocional	<b>.24*</b>	<b>-.23*</b>	<b>-.26*</b>	-.21	<b>-.41**</b>	<b>-.35**</b>
SEN	<b>.42**</b>	<b>-.42**</b>	<b>-.55**</b>	<b>-.26*</b>	<b>-.51**</b>	<b>-.54**</b>
Preparación	-.02	.02	-.06	<b>.25*</b>	.12	.05
Evitación	<b>.37**</b>	<b>-.33**</b>	<b>-.35**</b>	<b>-.24*</b>	<b>-.45**</b>	<b>-.44**</b>
Interpretación positiva	-.15	.11	<b>.28**</b>	<b>.36**</b>	<b>.40**</b>	<b>.34**</b>
Rezar	-.10	.03	.07	<b>.27*</b>	.05	.13

\*\*  $p < 0.001$ ; \*  $p < 0.05$ ;  $N = 94$

Coincidiendo con lo esperado, las embarazadas que tienen más tendencia a usar la rumiación reportan significativamente más presencia de síntomas físicos, así como puntajes más altos en somatización, angustia y ansiedad y depresión. Finalmente, este grupo de mujeres reportan mayores niveles de deterioro general, en relación con sus contrapartes, que usan significativamente menos rumiación como estilo de reactividad emocional.

Por su parte, 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 social (recuérdese que este cuestionario se interpreta inversamente y a menor puntaje mayor deterioro). Con respecto al afrontamiento del estrés asociado al embarazo, los resultados también coinciden con lo esperado, en el sentido de que el uso de la evitación se traduce

en resultados poco funcionales, estando asociado a mayor reporte de síntomas tanto físicos como psicológicos. Por el contrario, la interpretación positiva como forma de afrontamiento muestra estar relacionada con resultados favorables para la salud, sobre todo la salud psicológica de la mujer en esta condición, al correlacionar con menor manifestación de angustia y ansiedad, disfunción social, depresión y mejor salud global. Por último, una mayor preparación de la mujer con respecto a su embarazo, así como usar la oración como estilo de afrontamiento, parece protegerla en su funcionamiento social.

La Tabla 3, presenta los índices de asociación entre las diferencias individuales y otro indicador importante de bienestar medido en esta investigación: calidad de vida. Las correlaciones se muestran detalladas para cada dimensión del Cuestionario de Calidad de Vida (Q-LES-Q).

Tabla 3

*Correlaciones entre las diferencias individuales y las dimensiones de calidad de vida*

	Qlesq Salud	QLES Estado ánimo	Qlesq Trabajo	Qlesq Casa	Qlesq Estudio	Qlesq Tiempo libre	Qlesq Relaciones sociales	Qlesq Satisfacción general
Rumiación	<b>-.26*</b>	<b>-.58**</b>	<b>-.29*</b>	-.19	-.34	<b>-.21*</b>	<b>-.37**</b>	<b>-.37**</b>
Inhibición emocional	-.20	<b>-.41**</b>	<b>-.29*</b>	-.08	-.09	<b>-.39**</b>	<b>-.49**</b>	<b>-.51**</b>
SEN	-.23*	<b>-.51**</b>	<b>-.38**</b>	-.11	-.23*	<b>-.32**</b>	<b>-.41**</b>	<b>-.42**</b>
Preparación	-.02	.07	-.04	-.07	.18	-.03	.01	-.11
Evitación	<b>-.36**</b>	<b>-.36**</b>	<b>-.33**</b>	-.05	-.10	<b>-.22*</b>	<b>-.28*</b>	<b>-.36**</b>
Interpretación positiva	<b>.27*</b>	<b>.36**</b>	<b>.24*</b>	.14	.13	.15	<b>.26*</b>	.18
Rezar	.05	<b>.21*</b>	.20	.11	<b>.44**</b>	-.12	-.12	.19

\*\*  $p < 0.001$ ; \*  $p < 0.05$ ;  $N=94$ 

Los resultados para los indicadores de calidad de vida son igualmente interesantes a los observados para los índices de salud física y psicológica. Así, las mujeres embarazadas que tienen mayor tendencia a la rumiación perciben peor calidad de vida con respecto a su salud, estado de ánimo, trabajo, tiempo libre, relaciones sociales, en general, menor satisfacción. Resultados similares se muestran para la inhibición emocional, de tal forma que las embarazadas que inhiben más sus emociones, reportan peor calidad de vida en relación con su estado de ánimo, trabajo, tiempo libre, relaciones sociales y satisfacción general.

Por otro lado, una mayor sensibilidad emocional negativa compromete la calidad de vida percibida de la mujer embarazada en múltiples dimensiones como la salud, el estado de ánimo, el trabajo, el estudio, el tiempo libre, las relaciones sociales y la 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 de las relaciones sociales. En forma similar a lo obtenido para los indicadores de salud, el uso de la oración como forma de afrontamiento parece impactar positivamente en el estado de ánimo de la embarazada, así como su satisfacción con las tareas asociadas al estudio.

Una vez analizadas las correlaciones y establecido el cumplimiento de los supuestos para el cálculo de las regresiones, se llevaron a cabo tres análisis de regresión usando el método stepwise, con el objeto de determinar cuáles de las diferencias individuales evaluadas predecían mejor los indicadores de salud y calidad de vida. Para cada ecuación se introdujeron todas las dimensiones de las diferencias individuales como VIs y como VDs; se usaron sólo los puntajes totales de los cuestionarios: el índice de síntomas físicos CHIPS (ecuación 1), el puntaje del nivel de satisfacción general del cuestionario de calidad de vida (ecuación 2), y el puntaje de salud global del GHQ (ecuación 3), respectivamente.



Tal como se observa en la Tabla 4, el modelo de predicción para los puntajes en el inventario de síntomas físicos resultó significativo únicamente para la dimensión de rumiación ( $F= 13.458$ ,  $p < 0.0001$ ), explicando un 16% de los cambios

en dicho indicador de salud. El valor y dirección de *Beta* sugieren que las embarazadas que más hacen uso de la rumiación como estilo emocional, reportan a la vez más síntomas físicos durante su primer trimestre de gestación.

Tabla 4  
Regresión lineal para puntaje CHIPS como VD

	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>
VARIABLES EN LA ECUACIÓN <b>Modelo 1</b>				.163	13.458**
<i>Rumiación</i>	.404	3.669	.0001		

\*\*  $p < 0.001$ ; \*  $p < 0.05$ ;  $N = 94$

La Tabla 5, resume los resultados de la ecuación de regresión, usando el puntaje de satisfacción

general del cuestionario de calidad de vida como VD.

Tabla 5  
Regresión lineal para el índice de satisfacción general con la calidad de vida como VD

	<i>Beta</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>
VARIABLES EN LA ECUACIÓN <b>Modelo 1</b>				.189	9.78*
<i>Inhibición emocional</i>	-.435	-3.127	.003		

\*\*  $p < 0.001$ ; \*  $p < 0.05$ ;  $N = 94$

De las diferencias individuales evaluadas, sólo la inhibición emocional logró explicar de forma significativa la varianza del puntaje global de satisfacción con la calidad de vida de las embarazadas ( $F= 9.78$ ,  $p < 0.05$ ), prediciendo un 19% de la misma. El valor del coeficiente *Beta* y su dirección indican que una menor inhibición emocional está asociada significativamente a una mayor satisfacción con la calidad de vida percibida por las mujeres, lo que a su vez expresa la importancia de la expresión emocional como factor protector de la salud.

Para finalizar, la Tabla 6, muestra los resultados de la ecuación de regresión para predecir el puntaje total de salud obtenido del cuestionario GHQ, el cual contabiliza los puntajes parciales de sus respectivas dimensiones (angustia y ansiedad, depresión, somatización y disfunción social, respectivamente).

Tabla 6  
 Regresión lineal para puntaje total del GHQ como VD

	Beta	T	p	R <sup>2</sup>	F
Variables en la ecuación					
<b>Modelo 1</b>				.195	17.01**
Evitación	-.442	-4.12	.0001		
<b>Modelo 2</b>				.263	13.66**
Interpretación positiva	.300	2.915	0.005		

\*\*  $p < 0.001$ ; \*  $p < 0.05$ ;  $N = 94$

Tal como se observa en la Tabla 6, el modelo de regresión resultó significativo para dos estilos de afrontamiento, la evitación y la interpretación positiva, respectivamente, a la hora de predecir el puntaje total del cuestionario GHQ, explicando un 26% de la varianza total. Los coeficientes de la ecuación indican que un menor uso de la evitación, así como un mayor uso de la interpretación positiva como formas de afrontamiento del estrés asociado al embarazo, predicen una mejor salud global (física y mental).

### Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el valor predictivo que ciertas diferencias individuales, como el estilo emocional (rumiación e inhibición emocional), la sensibilidad egocéntrica negativa y los estilos de afrontamiento, tenían sobre la salud y calidad de vida percibida por mujeres embarazadas durante su primer trimestre de gestación. Este trabajo se adscribe a la línea de investigación de la primera autora, referida a la relación entre diferencias individuales, estrés y salud en variadas poblaciones, la cual concibe a las características personales como variables moderadoras de la relación entre el estrés y la salud (Bethelmy y Guarino, 2008b; Goncalves, Feldman y Guarino, 2009; Guarino 2004, 2005, 2009).

Si bien se estudiaron las diferencias individuales conjuntamente con el afrontamiento al embarazo en su capacidad predictiva sobre la salud y calidad de vida, fue interesante observar, con los datos analizados, que la rumiación, la

inhibición y la sensibilidad egocéntrica negativa se asociaron significativamente con el uso de formas disfuncionales de afrontamiento como la evitación, así como con el uso poco frecuente de estilos más adaptativos como la preparación y la interpretación positiva, lo cual permitiría suponer que tales características personales condicionan o determinan el uso de formas de afrontamiento específicas frente a situaciones demandantes. Se requieren análisis más sofisticados para comprobar esta hipótesis, pero la misma se enmarca dentro del modelo de mediación moderada propuesto por Guarino recientemente (Guarino, 2009).

De acuerdo con lo esperado, la rumiación y la inhibición emocional, como formas particulares de manejar y manifestar las emociones frente a las circunstancias cambiantes del entorno, resultaron ser disfuncionales para las mujeres gestantes, en función de su asociación significativa con una mayor presencia de síntomas físicos y psicológicos, así como por su relación con un mayor deterioro de la calidad de vida percibida. Particularmente, la rumiación mostró tener un impacto mayor sobre la salud física y mental de las embarazadas que la inhibición emocional, tal como se había observado en estudios previos con otras muestras de participantes, usando el mismo cuestionario de estilo emocional en su versión anglosajona e indicadores de salud (Forbes y Roger, 1999; Greco y Roger, 2001; Guarino, 2004; Nieland y Roger, 1993; Roger, 1996; Roger y Najarian, 1998). La versión hispana del cuestionario CEE, usada en el presente estudio, con anterioridad había

demostrado su valor predictivo, fundamentalmente en el caso de la rumiación, al explicar de manera significativa el deterioro físico y mental de una muestra de estudiantes venezolanos en período de adaptación a la universidad (Guarino, 2011).

De acuerdo con Roger (citado por Roger y Najarian, 1998), la rumiación facilita la activación neurofisiológica asociada a la respuesta de estrés, por la vía de la activación sostenida del eje hipotalámico-hipofisario- adrenal, comprometiendo la salud de los individuos en función de la liberación aumentada de cortisol y catecolaminas, con la consecuente depresión del sistema inmune. Brosschot y Thayer (2004) conciben, igualmente, a la rumiación como un estado de permanente vigilancia psicofisiológica que activa al organismo, manteniéndolo siempre alerta ante las amenazas de los estresores, lo cual convierte a este estilo emocional en una condición de riesgo para el equilibrio biopsicosocial del individuo y sugiere la necesidad de su control o re-estructuración. No menos importante es el caso de la *inhibición emocional*, que representa el “embotellamiento” de las propias emociones y, en consecuencia, la dificultad en su expresión, cuyos efectos adversos sobre la salud también se han reportado en la literatura. Por ejemplo, Kaiser, Hinton, Krohne, Stewart y Burton (1995) mostraron que individuos con elevada inhibición emocional experimentan una recuperación lenta y demorada en su tensión muscular, luego de haber sido sometidos a estresores de laboratorio.

Por su parte, las embarazadas que presentan una mayor sensibilidad emocional negativa (egocéntrica), es decir, que tienen mayor tendencia a la irritabilidad y reaccionan más fuertemente con emociones de rabia, 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, 2008a, 2008b; Goncalves, Feldman y Guarino, 2009; Guarino, 2004, 2005; Herrera y Guarino, 2008). Igualmente, manifiestan las embarazadas menor calidad de vida percibida y menor satisfacción general, comprometiendo toda su experiencia de embarazo.

Estos resultados apoyan hallazgos previos en el área de embarazo sobre la relación entre

mayores niveles de neuroticismo (constructo teóricamente asociado a la sensibilidad egocéntrica negativa) y mayores niveles de ansiedad (Canals et. al, 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 post-traumático en casos de interrupción del embarazo (Engelhard et. al, 2003). A su vez, 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, James y Reiter, 2007; Wadhwa, 2005). En general, una mayor reactividad emocional está ligada a una menor experiencia placentera durante el embarazo y a mayores riesgos.

Igualmente interesantes fueron los resultados obtenidos con respecto a la relación entre el afrontamiento prenatal y la salud y calidad de vida durante este período. En este sentido, la forma de afrontamiento que mostró ser más disfuncional en el primer trimestre de embarazo fue la evitación, mostrando una correlación positiva con presencia de síntomas físicos, así como una asociación significativa con mayores niveles de somatización, depresión, angustia y ansiedad y disfunción social. Resultados similares se observaron con respecto a la calidad de vida y satisfacción, donde las mujeres que emplearon más la estrategia de evitación para lidiar con el estrés propio del embarazo reportaron menor calidad de vida percibida con respecto a su salud, estado de ánimo, trabajo, actividades de tiempo libre, relaciones sociales y satisfacción de vida general. En este sentido, el afrontamiento por evitación parece convertirse en un factor de riesgo para la salud física y psicológica de la mujer embarazada, ya que 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 éstos acarrearán. Este hallazgo registrado repetidamente con otras poblaciones (Epstein y Katz, 1992; Hagger y Orbell, 2003; Herrera y Guarino, 2008; Guarino, 2004; Lazarus, 2000; Roger, Jarvis y Najarian, 1993; Rout, 1999; Steptoe, 1991) ha sido también observado con mujeres embarazadas, obteniéndose relaciones consistentes con indicadores de deterioro de salud (Brisch et al., 2003; Facchinetti y Ottolini, 2004; Lobel, et al., 2002; Yali y Lobel, 2002).

Los análisis de regresión múltiple, usando los puntajes totales de los indicadores de salud y calidad de vida, refrendaron parcialmente los resultados descritos anteriormente, pues tanto la rumiación, como la inhibición emocional, así como la evitación y la interpretación positiva, estas últimas como formas de afrontamiento, predijeron significativamente la varianza de dichos indicadores. En tales análisis quedó excluida la dimensión SEN, la cual mostró no ser un predictor suficientemente poderoso para explicar los cambios en el estatus de salud y calidad de vida percibida como se esperaba. Esto último, podría deberse al alto grado de asociación entre la rumiación y SEN, produciéndose tal vez un solapamiento en la función explicativa de la segunda. Sin embargo, lo importante para los fines del estudio fue identificar que ciertas formas de afrontamiento al estrés del embarazo, así como el uso frecuente de la rumiación y la inhibición emocional, como estilo de manejar las propias emociones, tienen una incidencia directa sobre los reportes de síntomas físicos y psicológicos, así como sobre la percepción de la calidad de vida de las mujeres embarazadas en su primer trimestre de gestación, convirtiéndose algunos en factores de riesgo y otros en factores protectores de la salud y el bienestar.

Hallazgos preliminares como éstos deberían tener implicaciones sobre las políticas de salud preventiva de la mujer embarazada, tanto a nivel público como privado, así como orientar el desarrollo de programas de intervención dirigidos a esta población, que atiendan su esfera emocional y psicológica general, con el fin de prevenir consecuencias adversas sobre su salud y bienestar, fomentando una mejor calidad de vida en estas mujeres que recorren tan importante ciclo de su vida, como lo es el embarazo.

Asimismo y, a modo de recomendación, deberían realizarse estudios posteriores para validar los presentes hallazgos con muestras más numerosas de mujeres embarazadas, considerando el tamaño de la muestra actual como una posible limitación del estudio. Igualmente, podría replicarse la investigación controlando factores sociodemográficos de posible implicación, como la edad, el nivel educativo y el estatus socioeconómico, facilitando así una mayor generalización de los resultados y orientando al diseño de programas psicosociales de intervención dirigidos a estos subgrupos específicos.

## Referencias

- Bethelmy, L. y Guarino, L. (2008a). Estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 43-58.
- Bethelmy, L. y Guarino, L. (2008b). Afrontamiento y sensibilidad emocional como moderadores de la relación estrés-salud en médicos venezolanos. *Summa Psicológica UST*, 5(2), 3-16.
- Blanco, A. (1985). La calidad de vida, supuestos psicosociales. En J.F. Morales (Comp.), *Psicología social aplicada*. Bilbao: DDB.
- 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). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica. 3ra. Edición. Psiquiatría Editores, S.L. Barcelona.
- 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(2), 91-97.
- Brosschot, J. y Thayer, J. (2004). Worry, perseverative thinking and health. En I. Nyclicek, L. Temoshok, y A. Vingerhoets (Eds.), *Emotional expression and Health. Advances in theory, assessment and clinical applications* (pp 99-115). New York: Brunner-Routledge.
- 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(2), 253-259.
- Charlita, E. y Rodríguez, M. E. (2005). *Ansiedad y estrategias de afrontamiento en primigestas durante el primer y el tercer trimestre*. (Trabajo de grado no publicado). Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Código de Ética Profesional del Psicólogo Venezolano (1981). Recuperado de <http://fpv.org.ve/bases-legales>
- Denney, D. R. y Frisch, M. B. (1981). The role of neuroticism in relation to life stress and illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 2, 303-307.

- Drescher, K., Monga, M., Williams, P., Promecene-Cook, P. y Scneider, K. (2003). Perceived quality of life in pregnant adolescent girls. *American Journal of Obstetrics 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(2), 381-388.
- Epstein, S. y Katz, L. (1992). Coping ability, stress, productive load and symptoms. *Journal of Personality y Social Psychology*, 62(5), 813-825.
- Facchinetti, F. y Ottolini, F. (2004). Stress and preterm delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*, 25, 1-2.
- Forbes, A. y Roger, D. (1999). Stress, social support and fear of disclosure. *British Journal of Health Psychology*, 4(2), 165-179.
- Goncalves, L., Feldman, L. y Guarino, L. (2009). Estrés laboral, sensibilidad egocéntrica negativa y salud en profesionales venezolanos. *Summa Psicológica*, 6(1), 3-14.
- Greco, V. y Roger, D. (2001). Coping with uncertainty: the construction and validation of a new measure. *Personality and Individual Differences*, 31(4), 519-534.
- Guarino, L. (2004). *Emotional Sensitivity: a new measure of emotional lability and its moderating role in the stress-illness relationship*. (Tesis doctoral no publicada). Universidad de York, York, Inglaterra.
- Guarino, L. (2005). Sensibilidad emocional: su rol moderador en la relación estrés-enfermedad. *Psicología Conductual*, 13(2), 217-230.
- Guarino, L. (2009). *Validación del modelo de sensibilidad emocional. Propuesta de un modelo de mediación moderada*. Manuscrito sin publicar, Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento, Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
- Guarino, L. (2011). Adaptación y validación de la versión hispana del Cuestionario de Estilo Emocional. *Universitas Psychologica*, 10(1), 197-210.
- 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 Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology y Health*, 18(2), 141-184.
- Hernández, M., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación* (3ra.ed.). D.F., México: McGraw-Hill.
- 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.
- Kaiser, J., Hinton, J., Krohne, H., Stewart, R. y Burton, R. (1995). Coping dispositions and physiological recovery from a speech preparation stressor. *Personality and Individual Differences*, 19(1), 1-11.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw Hill/ Interamericana Editores.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción, manejo e implicaciones para la salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Levi, L. y Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México D.F.: 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 and health*, 17(1), 77-95.
- Lousinha, A. (2009). *Diferencias individuales como moderadoras de la relación estrés-salud en docentes universitarios*. (Tesis de maestría no publicada). Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
- Molina, J. y Andrade, C. (2002). La estructura factorial del GHQ-60 en una muestra de población general: una versión escalar para población española. *Avances en Salud Mental Relacional*, 1(2), 1-20. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/asmr/article/view/1013/965/>
- Nieland, M. y Roger, D. (1993). Emotion control and analgesia in labour. *Personality and Individual Differences*, 14(6), 841-843.
- Olason, D. (2001). *Optimism, Pessimism and "Fighting spirit": Their role in moderating the stress response* (Tesis doctoral no publicada). Universidad de York, Inglaterra.
- Organización Panamericana de la Salud (2004). *Lineamientos y directrices de enfermería para*

- la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y El Caribe*. Washington. Recuperado de <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/libros/PrenatalcareManualesp.pdf>
- 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. (1995, Abril). *The mechanics of stress: a model for the relationship between stress, health and personality*. Documento presentado en la 5ta. Conferencia Internacional en Manejo del Estrés, Noordwijkerhout, Holanda.
- Roger, D. (1996, Julio). *The role of cognitive rumination, coping styles and self-esteem in moderating adaptational responses to stress*. Documento presentado en la 8va Conferencia Europea de Personalidad, Universidad de Ghent, Ghent, Bélgica.
- Roger, D. (2007). Self-esteem, stress, and emotion. En G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of Stress* (pp 412-416). Oxford: Academic Press.
- 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*(6), 619-626.
- Roger, D., Guarino, L. y Olason, D. (2000, Agosto). *Emotional style and health: A new three-factor model*. Documento presentado en la 14va. Conferencia Europea de Psicología de la Salud, Leiden, Holanda.
- Roger, D. y Najarian, B. (1989). The construction and validation of a new scale for measuring emotional control. *Personality and Individual Differences, 10*(8), 845-853.
- Roger, D. y Najarian, B. (1998). The relationship between emotional rumination and cortisol secretion under stress. *Personality and Individual Differences, 24*(4), 531-538.
- Roger, D. y Neshoever, W. (1987). The construction and preliminary validation of a scale for measuring emotional control. *Personality and Individual Differences, 8*(4), 527-534.
- Rout, U. (1999). Gender Differences in Stress, Satisfaction and Mental Wellbeing among General Practitioners in England. *Psychology, Health y 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*(5), 359-382.
- Sojo, V. (2006). *Evaluación de factores psicosociales relacionados con la salud global de un grupo de desempleados venezolanos*. (Tesis de maestría no publicada). Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
- Steptoe, A. (1991). Psychological coping, individual differences and psychological stress responses. En C.L. Cooper y R. Payne. *Personality and Stress: Individual differences in the stress process* (pp 205-233). London: Jonh Wiley and Sons.
- Yali, A. M. y Lobel, M. (2002). Stress-resistance resources and coping in pregnancy. *Anxiety, Stress and Coping, 15*(3), 289-309.
- Wadhwa, P. (2005). Psychoneuroendocrine processes in human pregnancy influence fetal development and health. *Psychoneuroendocrinology, 30*(8), 724-743.