Inteligencia emocional y estado depresivo durante el embarazo

Emotional intelligence and depressive state during the pregnancy

Fernández Berrocal, P.*; Ramos Díaz, N.* y Orozco Sáenz, F.**

* Universidad de Málaga.** Hospital Materno Infantil. Málaga.

RESUMEN

Este estudio se realizó sobre una muestra de 217 mujeres embarazadas de la provincia de Málaga. Se analizó un concepto novedoso dentro de la psicología como es la Inteligencia Emocional y cómo se relaciona con la sintomatología depresiva mostrada por las embarazadas. Los resultados indicaron que las gestantes que manifestaron depresión leve o moderada fueron aquellas que mostraron niveles de inteligencia emocional más bajos. En concreto, presentaron menor claridad en sus sentimientos y menor capacidad para reparar sus estados emocionales que las gestantes sin sintomatología depresiva.

Palabras clave: Inteligencia emocional. Metaconocimiento emocional. Depresión. Embarazo.

SUMMARY

This study examines the impact of the Emotional Intelligence on the emotional adjustment of 217 women during pregnancy. Participants were interviewed in the first three months of their pregnancy. The emotional intelligence predicts the psychological adjustment of women during pregnancy independently of other factors.

In short, participants with higher levels of depression showed lower levels in the clarity in their feelings and in the capacity to repair their emotional states that participants without depression.

Key words: Emotional intelligence. Metamood. Depression. Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La psicología ha estado siempre muy interesada por los efectos del estrés sobre las personas y, en concreto, sobre nuestra capacidad para afrontarlo. En los años ochenta, dicha disciplina se centró en conocer y aislar las estrategias concretas que poseen los individuos para superar el estrés, sucumbiendo a la tentación de construir un recetario de técnicas de afrontamiento. Pero este propósito se ha mostrado un proyecto ineficaz, porque como han señalado algunos autores las estrategias o técnicas que pueden ser útiles en un momento determinado no lo son en otro, o lo que es provechoso para ciertos estresores o para una población pudiera no serlo en otro tiempo y otro lugar (1). En los años noventa el enfoque psicológico ha cambiado. Se concibe que el estrés no está ni en el individuo ni en su entorno, sino en la transacción entre ambos. Esta concepción transaccional del estrés ha llevado a los investigadores a explorar la capacidad de las personas para afrontarlo. Ciertas personas tienen una mayor disposición para generar nuevas estrategias de afrontamiento y mayor flexibilidad para adaptar las antiguas a las nuevas situaciones. Haciendo un paralelismo con las habilidades intelectuales, la Psicología no está preocupada en cómo un individuo resuelve cierto tipo de problemas de álgebra, sino en su capacidad general para resolver problemas abstractos, es decir, en su inteligencia abstracta.

En el campo de las emociones tenemos varios candidatos para ocupar ese puesto. Uno de los constructos que más éxito ha tenido recientemente para optar a esta candidatura ha sido la inteligencia emocional.

La Inteligencia Emocional (IE)

La IE es un concepto bastante amplio que incluye diferentes aspectos que van desde la empatía hasta la expresión de las emociones, pasando por el autocontrol y la resolución de problemas, entre otros. Estos aspectos son agrupables en dos grandes categorías: los relacionados con lo interpersonal y los relacionados con lo intrapersonal.

Las investigaciones más serias hasta el momento se han centrado en los aspectos intrapersonales. En concreto, el enfoque de J. D. Mayer y P. Salovey sobre la IE intrapersonal es uno de los acercamientos teóricos y metodológicos más rigurosos (2). Su noción de la IE hace énfasis en la capacidad que tienen

determinadas personas para regular sus emociones y las de otros, discriminar entre sus emociones y usar dicha información para guiar el pensamiento y la acción (3).

Estos autores distinguen cuatro niveles de la IE que abarcan de los procesos más básicos a otros de orden superior:

a) *Percepción, apreciación y expresión de la emoción.* La habilidad para identificar nuestras emociones y la de otras personas junto con la aptitud para expresar correctamente nuestros sentimientos y necesidades asociadas a los mismos.

b) *La emoción como una ayuda del pensamiento.* Las emociones nos permiten atender a la información relevante, facilita la formación de juicios con respecto de las mismas y su significado, así como el cambio de perspectiva y, en ocasiones, determina la forma en la que nos enfrentamos a ciertos problemas.

c) *El entendimiento y análisis de las emociones: empleo del conocimiento emocional.* La capacidad para designar las distintas emociones, entender las relaciones existentes entre las mismas y las diferentes situaciones a las que obedecen, así como la comprensión de emociones complejas y de la transición de unos estados emocionales a otros.

d) *Regulación de las emociones promoviendo el crecimiento emocional e intelectual.* La facilidad para estar abierto tanto a los estados emocionales positivos como negativos como única vía para el entendimiento de los mismos. Incluye la competencia para regular nuestras emociones y las de los demás sin minimizarlas o exagerarlas.

Existen diferencias individuales en cuanto a la IE de las personas con respecto a su capacidad para atender a sus sentimientos, comprenderlos de manera adecuada e, incluso, modificar sus estados de ánimo desagradables o bien mantener los positivos durante más tiempo.

El grupo de investigación de Salovey ha desarrollado un instrumento, el Trait Meta-Mood Scale (TMMS), que nos permite evaluar este aspecto de la IE (4). En concreto, esta escala evalúa las cualidades más estables de la propia conciencia de nuestras emociones y nuestra capacidad para dominarlas. Esta escala diferencia las creencias que sobre su capacidad de atención, claridad y reparación de estados emocionales tienen las personas. Esta prueba ha mostrado su capacidad predictiva con respecto al ajuste emocional y la disposición de las personas para adaptarse de forma exitosa a las experiencias estresantes.

Nuestro estudio

Existen pocos estudios en nuestro país sobre el ajuste psicológico de las mujeres embarazadas y sobre los factores que influyen en él (5-7). Por diferentes motivos, la investigación psicológica se ha centrado de forma mayoritaria en la depresión después de parto.

Esta carencia de investigaciones es poco comprensible porque las mujeres embarazadas, en especial en sus primeros meses, son una población perfecta para estudiar cómo las personas se adaptan de forma progresiva y adecuada a una experiencia estresante (8).

El embarazo es un acontecimiento natural que, no obstante, genera altos niveles de estrés en la mujer, requiriendo simultáneamente de ella un proceso de autorregulación emocional y de sus hábitos de salud, incluyendo el control de sustancias nocivas para el curso de la gestación (e.g., café, tabaco, drogas...). Esta situación provoca en la mujer desde el punto de vista psicológico un estrés sobreañadido a la tensión propia de la gestación (9-13).

Desde esta perspectiva, nuestro estudio analiza la incidencia que tienen el metaconocimiento de los estados emocionales (atención, claridad y reparación de los sentimientos) sobre el ajuste psicológico de las gestantes. Como indicador del ajuste psicológico se evaluó su sintomatología depresiva. Esta medida de ajuste psicológico nos permite tener un indicador indirecto del impacto psicológico del estrés percibido por la gestante en los primeros meses del embarazo, tal como se ha demostrado en otros estudios similares (14, 15).

Nuestra principal predicción residía en que las gestantes con mayor IE serán las que mejor se adapten emocionalmente durante los primeros meses del embarazo.

MÉTODO

Participantes

Doscientas diecisiete mujeres embarazadas de la provincia de Málaga fueron entrevistadas en sus respectivos centros de salud. El requisito previo para ser incluidas en el estudio era que se encontraran en los primeros meses de su embarazo. La participación en el estudio era voluntaria, aprovechando la primera toma de contacto con la matrona del centro, tras completar la historia clínica pertinente se le invi-

taba a tomar parte de la investigación, si aceptaba era conducida a otra habitación donde era entrevistada por una psicóloga debidamente cualificada.

Los centros de salud de los cuales se extrajeron las muestras eran: Jesús Cautivo, Puerto de la Torre, Delicias y Carranque respectivamente, todos ellos situados en Málaga capital.

La media de edad de estas mujeres era de 29 años (rango: 16 a 49 años); el 82% estaba casada, 9% tenía pareja estable 7% soltera y sólo 1% separada. Con respecto a su nivel de estudios el 18% se clasificó sin estudios o con enseñanza de primer grado; 33% estudió la EGB completa; 26% BUP o FP completa; 15% terminó sus estudios en diplomatura o licenciatura. Con respecto a sus datos laborales el 46% trabajaba frente a un 53% que no trabajaba fuera de su hogar.

Procedimiento de intervención

Los datos eran recogidos a través de una entrevista estructurada con una duración aproximada de 35 minutos. Las variables sociodemográficas y nábitos de salud fueron recogidos en un primer momento.

Medidas

Inventario IOPE (Inventario Orozco de Psicología y Embarazo) que recoge información sobre aspectos personales, sociodemográficos y médicos relacionados con la gestación.

TMSS *Trait Meta-Mood Scales*. Medida de inteligencia emocional con un total de 48 items, con tres subescalas. atención a los sentimientos de 21 items, claridad en los sentimientos 15 items y regulación emocional 12 items. Esta prueba ha mostrado tener adecuados índices de consistencia interna y validez convergente (4, 16). Las mujeres respondían sobre una escala de cinco puntos (1= Nada de acuerdo a 5= Totalmente de acuerdo) el grado de acuerdo con respecto a los items presentados

Los tipos de items para cada uno de los factores son similares a los que se presentan en estos ejemplos.

- Atención a las emociones: *No presto mucha atención a los sentimientos.*
- Claridad emocional: *Tengo bastante claros mis sentimientos o lo que siento.*
- Reparación de las emociones: *Cuando estoy triste pienso en todos los placeres de la vida.*

TABLA I

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS: MEDIA Y DESVIACIÓN TÍPICA

Variables	*Media*	*Desviación típica*
Atención	0,5481	0,4335
Claridad	0,5138	0,5422
Reparación	0,4583	0,7376
BDI	5,2500	5,6867

BDI *Beck Depression Inventory*. Medida que evalúa la intensidad del síndrome depresivo con un total de 21 ítems. En esta versión el sujeto toma como punto de referencia a la hora de contestar el cuestionario no sólo el momento actual, sino también la semana anterior (17).

RESULTADOS

Descriptivos

Las medias y desviaciones típicas para las variables estudiadas más importantes se presentan en la tabla I.

La puntuación media en el BDI fue de 5,25, lo cual puede considerarse dentro de los márgenes de normalidad. Acorde a los puntos de corte propuestos por Beck para graduar el síndrome depresivo, el 85,1% de las mujeres puntuó en estado normal (de 0 a 9 puntos), el 12,3% en depresión leve (de 10 a 18 puntos), el 1,7% puntuó en depresión moderada (de 19 a 29 puntos) y el 0,9% en depresión grave (de 30 a 63 puntos).

No existieron diferencias estadísticamente significativas entre las gestantes en función de su nivel de estudios y de su ocupación laboral en las variables BDI, Atención, Claridad y Reparación, lo cual nos indica, entre otras cosas, que el nivel de comprensión cognitiva de las pruebas no se ha visto afectado por el nivel sociocultural de las participantes en el estudio.

Como se muestra en la tabla II, las variables Reparación y Claridad correlacionaron negativamente y de forma significativa con el BDI.

Por otra parte, Atención y Claridad correlacionaron positivamente entre sí y de forma significativa. A su vez, Reparación y Claridad correlacionaron entre sí positivamente y de forma significativa.

TABLA III

CORRELACIONES ENTRE LAS PRINCIPALES VARIABLES DEL ESTUDIO

	1	*2*	*3*	*4*
1. Atención	1,000			
2. Claridad	0,175*	1,000		
3. Reparación	0,014	0,438*	1,000	
4. BDI	−0,113	−0,219*	−0,237*	1,000

* $p < 0,01$.

De este modo, las mujeres con puntuaciones altas en los indicadores de inteligencia emocional (Reparación y Claridad) tendían a informar de bajos niveles de depresión.

Impacto de acontecimientos estresantes previos

Se analizó el impacto que el número de abortos previos que habían sufrido entendido como un acontecimiento estresante precedente tenía sobre las variables depresión. Las mujeres que habían tenido un aborto previo (un 21,2% de nuestra muestra) informaron de mayores niveles de depresión en el BDI que las que no habían tenido ningún aborto (F= 7,74; p= 0,006).

Efectos de la inteligencia emocional sobre la depresión

En primer lugar, examinamos los efectos de los indicadores de inteligencia emocional (Atención, Reparación y Claridad) en la depresión. Para ello, se dicotomizó a la muestra en mujeres con alta inteligencia emocional y baja inteligencia emocional para cada uno de los indicadores.

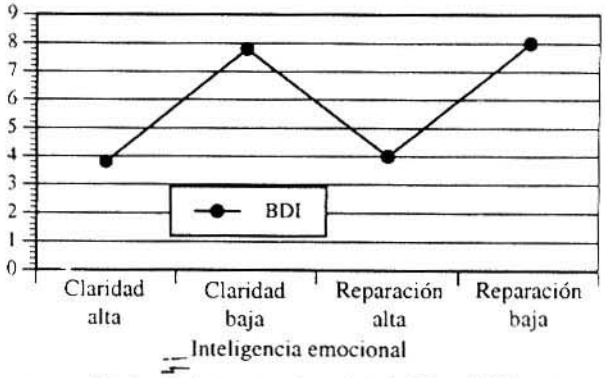

Fig. 1.—Relaciones entre nivel de IE y el BDI.

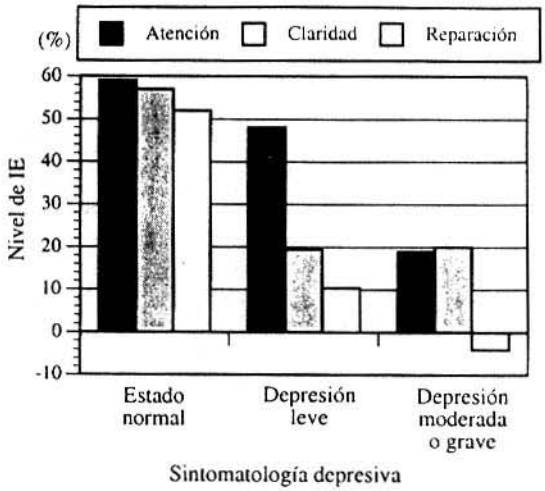

Fig. 2.—Diferencias entre mujeres embarazadas en estado normal, con depresión leve y con depresión moderada o grave en IE.

Las diferencias entre mujeres con alta y baja inteligencia emocional se encontraron para Claridad (F= 16,43; p< 0,0001) y Reparación (F= 9,65; p< 0,002) con respecto al BDI. Las diferencias para Atención no fueron significativas (Fig. 1).

Por último, analizamos el perfil en IE de las mujeres embarazadas que puntuaban según los criterios del BDI como estado normal y depresión leve, moderada o grave. Se agruparon en una categoría las mujeres con depresión leve, moderada o grave porque su limitado número (N= 32) no permitía crear más subcategorías para el análisis estadístico. Los resultados muestran que las gestantes con un estado normal se diferenciaban de las clasificadas como depresivas en que sus puntuaciones en Atención, Claridad y Reparación eran significativamente mayores (Fig. 2), aunque estas diferencias se acentuaban especialmente para Claridad y Reparación (para Atención, F= 4,26 p= 0,04; para Claridad, F= 12,76 p= 0,0001; y para Reparación, F= 10,24 p= 0,002).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados coinciden globalmente con las predicciones de nuestro estudio. Las mujeres embarazadas que mejor afrontan su embarazo, esto es, que muestran una menor sintomatología depresiva, son aquellas que poseen una mayor IE, en concreto,

un mejor metaconocimiento de sus estados emocionales.

De los factores medidos por el TMMS, la capacidad para reparar nuestros estados emocionales es la que influye de forma más decisiva en el ajuste al estrés provocado por el embarazo.

Este estudio muestra cómo una variable disposicional, una capacidad intrínseca al sujeto, en definitiva, un estilo de pensamiento sobre las emociones, puede moderar los efectos estresantes de la gestación. Esta investigación asume que el sentido causal de los efectos encontrados va de la inteligencia emocional a los estados emocionales depresivos, porque desde el punto de vista teórico es la dirección esperada. No obstante, es necesario realizar más investigaciones para determinar los mecanismos que subyacen en la relación entre la IE, los estados emocionales y la depresión.

Estos resultados obtenidos con una población que se encuentra ante un acontecimiento vital estresante confirman los resultados procedentes de otros estudios de laboratorio con poblaciones normales (18), lo que nos permite ser optimistas con respecto a la validez de la propuesta de Mayer y Salovey sobre las relaciones de nuestra inteligencia emocional y la salud en situaciones de la vida cotidiana.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración prestada por los Centros de Salud: Jesús Cautivo, Puerto de la Torre, Delicias y Carranque de Málaga y en concreto, a las matronas Ángela Torres, Cati Millán y Dolores Acién.

Agradecemos también los pertinentes comentarios realizados por los revisores de la revista a este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meichenbaum D. Manual de Inoculación al Estrés. Barcelona: Martínez Roca; 1995.
2. Salovey P, Sluyter DJ. Emotional Development And Emotional Intelligence. New York: Basic Books; 1997. p. 3-31.
3. Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. Imagination, Cognition, and Personality 1990;9:185-211.
4. Pennebaker JW. Emotion, Disclosure, and Health. Washington: American Psychological Association 1995:125-51.
5. Franco B, Bayón C, Rodríguez B, Cañas F, Santo-Domingo J. Sintomatología ansiosa y depresiva en el embarazo. Archivos de Neurobiología 1994;58(2):74-8.
6. Gallo M, Rosales MA, Cuenca C, Salvatierra V. El índice psicosomático Cornell-FN2 durante el embarazo. Acta Obstet Gin Hisp-Lus 1979;27:475-85.
7. Cuenca C, Florido J, Salvatierra V, Fernández de Bobadilla L. Estado emocional y neuroticismo en embarazadas y resultados de la Educación Maternal. Toko-Ginecología Práctica 1987;46:291-5.
8. Park C, Moore P, Turner R, Adler N. The roles of constructive thinking and optimism in psychological and behavioral adjustment during pregnancy. Journal of Personality and Social Psychology 1997;73:584-92.
9. Kumar R, Robson KM. Previous induced abortion and antenatal depression in primiparae: Preliminary report of a survey of mental health in pregnancy. Psychological Medicine 1978;8:711-5.
10. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. British Journal of Psychiatry 1984;144:35-47.
11. Ballinger C, Barbara K, David S, Naylor, GJ, Smith, AH. Some biochemical findings during pregnancy and after delivery in relation to mood change. Psychological Medicine 1982;12:549-56.
12. Buesching DP, Glasser, ML, Frate DA. Progression of depression in the prenatal and postpartum periods. Women and Health 1986;11:61-78.
13. Steptoe A, Wardle J. Psychosocial Processes and Health: A Reader. Cambridge, England: Cambridge University Press 1994:82-97.
14. Berthiaume M, David H, Saucier JF, Borgeat F. Correlates of pre-partum depressive symptomatology: A multivariate analysis. Journal of Reproductive and Infant Psychology 1998;16:45-56.
15. Santos A, Bernal G, Bonilla J. Eventos estresantes de vida y su relación con la sintomatología depresiva. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana 1998;16:121-32.
16. Fernández-Berrocal P, Alcaide R, Dominguez E, Fernández-McNally C, Ramos NS, Ravira M. Adaptación al castellano de la escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales de Salovey et al: datos preliminares. Libro de Actas del V Congreso de Evaluación Psicológica. Málaga, 1998.
17. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford; 1979.
18. Davies M, Stankov L, Roberts RD. Emotional intelligence: in search of an elusive construct. Journal of Personality and Social Psychology 1998;75:989-1015.

Correspondencia:
Pablo Fernández-Berrocal
Facultad de Psicología
Campus de Teatinos, s/n
29071 Málaga
E-mail: berrocal@uma.es