

## HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL EN LA MUJER GESTANTE: FACTORES PSICOSOCIALES

**Luz María Fernández Mateos**

Profesora Encargada de Cátedra, Universidad Pontificia de Salamanca  
lmfernandezma@upsa.es

**Antonio Sánchez Cabaco**

Catedrático, Universidad Pontificia de Salamanca  
asanchezca@upsa.es

**Sarai Mata Gil**

Profesora Universidad de Extremadura  
saraimata@gmail.com

**M<sup>a</sup> Cruz Pérez Lancho**

Profesora Encargada de Cátedra, Universidad Pontificia de Salamanca  
mcperezla@upsa.es

**Sonia González Díez**

Profesora Encargada de Cátedra, Universidad Pontificia de Salamanca  
sgonzalezdi@upsa.es

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v1.408>

*Fecha de Recepción: 11 Febrero 2014*

*Fecha de Admisión: 30 Marzo 2014*

### ABSTRACT

The attentional bias is one of the most relevant components in psychopathology and others emotional situations of vulnerability (pregnancy). One of the experimental methodologies used to evaluate the emotional hyperalertness is the emotional stroop task. This rigorous process of control of the stimuli used (neutral, emotional and activators) is a model who has followed successfully in other disorders (anxiety, eating disorders, alexithymia, etc.). We now present the obtained results with a sample of pregnant women from the city of Salamanca, in different terms of gestation and with different sociodemographic variables in the dimension of state of mood: activation, arousal and stress. It is also analyzed and discussed the relationship among these variables with other emotional and support dimensions.

The practical implications for prenatal and postnatal psychology are significant for the establishment of educational prevention programs, both maternal (coping strategies) and child (bonding).

**Keywords:** selective attention, emotional stroop, pregnancy

### RESUMEN

El sesgo atencional es uno de los componentes más relevantes en la psicopatología y otras situaciones de vulnerabilidad (gestación). Una de las metodologías experimentales utilizadas para

## HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL EN LA MUJER GESTANTE: FACTORES PSICOSOCIALES

evaluar la hipervigilancia emocional es la tarea stroop emocional. Este riguroso proceso de control de los estímulos utilizados (neutro, emocionales y activadores) es un modelo que se ha seguido con éxito en otros trastornos (ansiedad, trastornos alimenticios, alexitimia, etc.). Se exponen los resultados obtenidos con una muestra de embarazadas salmantinas, en diferentes trimestre de gestación y con variables sociodemográficas distintas, 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 y postnatal son importantes de cara al establecimiento de programas de prevención educativa tanto maternos (estrategias de afrontamiento) como para el niño (vinculación afectiva).

**Palabras clave:** atención selectiva, stroop emocional, embarazo.

### INTRODUCCIÓN

Uno de los acontecimientos vitales que ocurren en la mujer es el embarazo. El mismo, va acompañado de diferentes cambios a nivel biológico, social y psicológico. Desde el ámbito psicológico, la mujer gestante, en el proceso de adaptación al embarazo, percibe los distintos ambientes que conforman su organismo psicofísico como son el microambiente (cambios que ocurren en el propio organismo de la mujer), matroambiente (percepción de los movimientos fetales) y macroambiente (ambiente físico, cultural, social, etc.). Estos ambientes requieren para su procesamiento de la utilización de subprocesos cognitivos (atención, memoria...) y emocionales (miedo, felicidad, hostilidad, sorpresa, etc.), dependiendo de la utilización de los mismos el proceso de adaptación. En dicho proceso, cuando la gestante no consigue evaluar adecuadamente la información, establece una valoración cognitiva errónea, con una atención selectiva hacia la fuente de estrés, que le conduce a desarrollar miedos y tensiones ante situaciones que son normales en el proceso del embarazo. Este tipo de procesamiento genera en ella inestabilidad emocional (ansiedad, depresión, etc.) (Fernández y Cabaco, 2005) que puede ser aún mayor si concurren otras circunstancias negativas como la no aceptación del embarazo, escaso apoyo marital, sucesos vitales desfavorables (complicaciones obstétricas, embarazos de alto riesgo, etc.) (Fernández, 2003; Fernández y Cabaco, 2004; Fernández, 2005; Benavente, Justo & Veríssimo, 2009; Benavente & Justo, 2009; Fajardo, Casanueva y Bermejo, 2013).

El estrés prolongado genera, en la mujer gestante, ansiedad y esta a su vez actúa sobre los procesos cognitivos provocando sesgos de procesamiento. A medida que el estrés, y por tanto la ansiedad, aumentan, aparecen pensamientos confusos que inciden en realizar autoevaluaciones negativas del proceso de gestación, limitándose el foco de atención hacia la fuente de estrés. De hecho, las teorías cognitivas más recientes sobre los trastornos emocionales se dirigen al contenido de las cogniciones y a las estrategias y estructuras de procesamiento de información que intervienen en la explicación y mantenimiento de estos trastornos (Morgan y Lacey, 2000; Murray y Waller, 2002; Fernández y Cabaco, 2009; Mata, 2013).

La psicopatología de los trastornos emocionales, desde el punto de vista cognitivo-experimental, mantiene que existen diferencias en cómo se procesa la información emocional, en función de la existencia o no de patología (fobias, trastornos alimenticios, estrés postraumático, etc). La duda y la controversia entre los investigadores se centra en determinar si estos sesgos cognitivos constituyen un factor de vulnerabilidad al trastorno o si es consustancial al mismo. La activación de redes semánticas específicas junto con las imágenes mentales que las acompañan son modelos explicativos de estos sesgos, en la línea de los trabajos sobre la relación entre cognición y emoción de Beck y Bower. Como señalan Cabaco, González, Capataz y Tifner (2002) estos sesgos son congruentes con el estado de ánimo, motivaciones, intereses y, cuando existen, también con los trastornos emo-

cionales, motivo por el que todas las fases del procesamiento (perceptiva, atencional y mnésica) se ven afectadas. No es por tanto un mero efecto de dispersión atencional o dificultad de fijar el foco atencional sino más bien un “secuestro emocional” desde el punto de vista del enganche de los recursos atencionales (Goleman, 1996; Lancho y Cabaco, 2009; González, Cabaco, y Lancho, 2010; Mata 2013).

Esta situación lleva al sujeto a mantenerse hipervigilante ante cualquier estímulo del ambiente que pueda ser amenazante o generador de ansiedad, provocando una mayor latencia en la respuesta ante aquellos estímulos relacionados con el trastorno que le afecta, en este caso los síntomas y estímulos del medio relacionados con el embarazo para la mujer gestante (Monk, Fifer, Sloan, Myers, Bragiella, Ellman y Hurtado, 2001; Fernández y Cabaco, 2005, 2009; Lancho y Cabaco, 2009; González, Cabaco, y Lancho, 2010; Forte e Rosado, 2010). Como rasgo común a los distintos trastornos emocionales, se ha señalado desde las teorías cognitivas, la sensibilidad y la preocupación hacia los estímulos ambientales que atraen su interés. Por otra parte, se asume que estos mecanismos emocionales, a la vez de ser el producto del trastorno emocional, tienen un papel fundamental en su causa y mantenimiento (Williams, Mathews y McLeod, 1996). Así pues, los procesos atencionales (atención selectiva focalizada) pueden verse interferidos por estímulos de carácter emocional. Y para entender la asociación entre mecanismos atencionales y emocionales tenemos que partir de dos estrategias. La primera hace referencia a cómo la tendencia de atender selectivamente y emocionalmente a los estímulos relevantes puede facilitar la ejecución de ciertas pruebas, facilitando el procesamiento de tal información y la segunda se centra en cómo la ejecución puede ser el resultado de la atención selectiva a los estímulos emocionales relevantes en aquellas pruebas donde la información puede ser confusa (Foa y McNally, 1986).

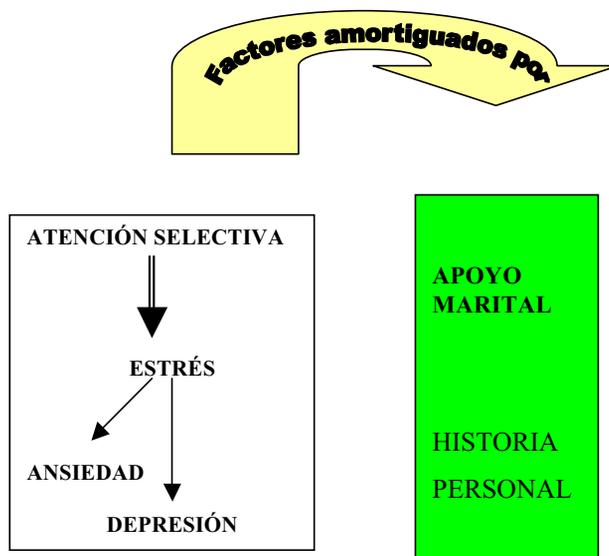
De todos los paradigmas experimentales, para el estudio de los sesgos atencionales en relación con dimensiones emocionales de la conducta, el más utilizado ha sido el del stroop emocional. Éste consiste en la presentación de palabras de contenido emocional (que variarán dependiendo del trastorno emocional) impresas en color. Las palabras pueden tener valencia positiva, negativa o neutra, y la tarea del sujeto consiste en nombrar el color de la tinta en el cual están impresas las palabras, ignorando el contenido semántico de las mismas. La variable dependiente es la latencia de respuesta en nombrar los colores de las palabras con contenido emocional en presentaciones computerizadas (Martínez y Marín, 1997) o la tasa conductual (número de ítems respondidos) en un intervalo temporal para las presentaciones en papel (Golden, 1994; Fernández y Cabaco, 2009; Lancho y Cabaco, 2009; González, Cabaco, y Lancho, 2010, Mata, 2013). Es precisamente el significado semántico del estímulo el que provoca un efecto perturbador en el funcionamiento cognitivo del sujeto, al estar relacionado con el tema de su preocupación principal (Cabaco, González, Capataz y Tifner, 2002). El sujeto no puede ignorar la tarea irrelevante (significado de la palabra) y es precisamente ese procesamiento automático y preconsciente de las palabras impresas lo que provoca el sesgo atencional. Los numerosos estudios que han utilizado el stroop (Arana, Cabaco y Sanfeliu, 1997) demuestran que la latencia en nombrar el color en el que una palabra de contenido emocional está impresa es mayor en las personas que presentan un trastorno emocional. Además, la tarea stroop emocional ha sido aplicado a diferentes tipos de trastornos (ansiedad, depresión, estrés post-traumáticos, etc.) observándose que en todos ellos se producía un retraso en el nombramiento del color ante las palabras emocionales relacionadas con la perturbación emocional que presentaba el sujeto. Esta tarea es por tanto útil para valorar, desde un punto de vista clínico, la implicación de los mecanismos atencionales y emocionales, así como un indicador de la evolución del trastorno (Kearney-Cooke y Ackard, 2000; Kent y Waller, 2000; Waller, Meyer y Hanswijck de Jonge, 2001; Smolak y Murmen, 2002; Fernández y Cabaco, 2009; Lancho y Cabaco, 2009; González, Cabaco, y Lancho, 2010; Mata 2013).

## HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL EN LA MUJER GESTANTE: FACTORES PSICOSOCIALES

### PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS

Partiendo de diversos estudios que consideran que el proceso de adaptación al embarazo está mediatizado por factores de personalidad (estilo de afrontamiento, patrones conductuales, etc.), por el apoyo social percibido, por las situaciones emocionales de la mujer, y teniendo también en cuenta otras líneas de investigación que enfatizan la importancia que para la mujer gestante tiene el apoyo marital -ya que si es positivo actúa como amortiguador de las situaciones estresantes y por tanto mitiga la inestabilidad emocional (hipervigilancia emocional, estrés, ansiedad ó depresión)-, y al desarrollo de experiencias previas (Cabaco y Fernández, 1996; 2001; Fernández, 2003; Fernández, Cabaco y Crespo, 2004) se plantea como objetivo general establecer la relación entre las variables de apoyo social en la vulnerabilidad a respuestas desadaptativas de la mujer gestante. Este planteamiento puede apreciarse en el gráfico siguiente (1).

Gráfico 1. Modelo teórico de investigación



En el modelo expuesto, que parte de la propuesta socioecológica de la salud realizada por Moos (1979) y argumentada por Caplan (1993), se especifican dos conjuntos de variables (personales y de apoyo) y su relación con los resultados en la salud de la gestante. Además estas relaciones tienen una clara interrelación entre sí ya que la presencia de estrategias de afrontamiento o apoyo de la pareja favorece la salud de la gestante, la cual a su vez está mediatizada por los mecanismos de hipervigilancia emocional o estrés percibido por parte de la misma. De la misma forma que la presencia de respuestas ansiosas o depresivas puede amortiguarse por unos lazos sociales o una historia personal caracterizada por un afrontamiento activo y eficaz de situaciones vitales nuevas. Las predicciones del modelo permitirían determinar los efectos negativos en la salud de la gestante (respuestas ansiosas o depresivas) cuando se producen carencias de apoyo por parte de la pareja o existe un estilo de personalidad ansiógeno o depresógeno, además de carencia de estrategias de afrontamiento eficaces.

A partir del planteamiento expuesto y del modelo teórico de investigación desarrollada, se exponen a continuación el objetivo general y los objetivos específicos

En este contexto el objetivo del presente trabajo se centra en determinar las principales características psicosociales 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 .

1. Determinar la influencia de las variables sociodemográficas en el proceso de adaptación al embarazo:

- 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.

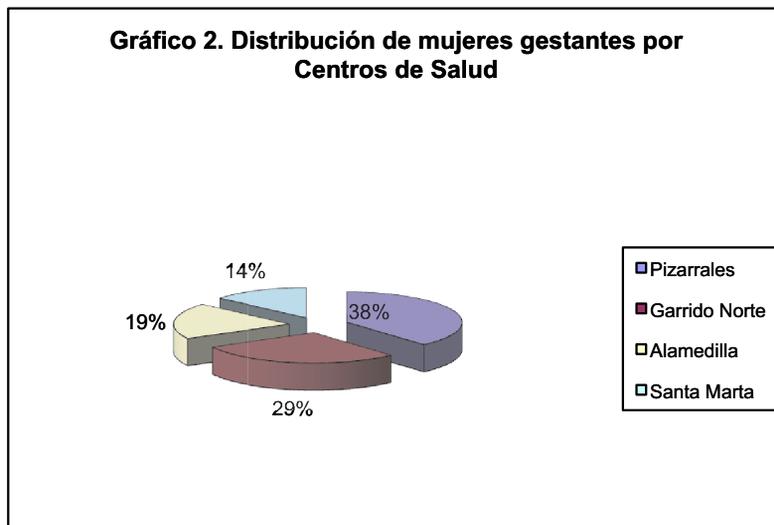
2. Especificar la influencia, en la adaptación al embarazo de variables personales:

- Edad de la gestante y pareja
- Trimestre de gestación
- Número de hijos
- Periodo de aplicación

## MATERIAL Y METODO

### 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. En el gráfico 2 se representa la distribución de la muestra por centros de salud.



## **HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL EN LA MUJER GESTANTE: FACTORES PSICOSOCIALES**

### **Instrumentos**

En el estudio de la variable hipervigilancia emocional en la mujer gestante hemos utilizado la prueba Stroop Emocional (adaptado de Cabaco, 2000; Fernández y Cabaco, 2009). Dicha prueba consta de tres láminas, las dos primeras han sido tomadas del grupo de investigación sobre cognición e interferencia (Cabaco, 1998; Cabaco, Capataz, Bonantini y Hage, 2002; Maia, Loureiro y Cabaco, 2002). En la primera lámina se presentan palabras en color de contenido neutro, mientras que en la segunda las palabras evocan respuestas de contenido emocional. En la tercera lámina, denominada activadora, se ha seguido un procedimiento para la selección del material estimular con significado para utilizar en el stroop emocional en mujeres embarazadas. Para realizar dicho proceso de selección se han llevado a cabo dos tipos de estudios (Fernández y Cabaco, 2009).

### **Procedimiento**

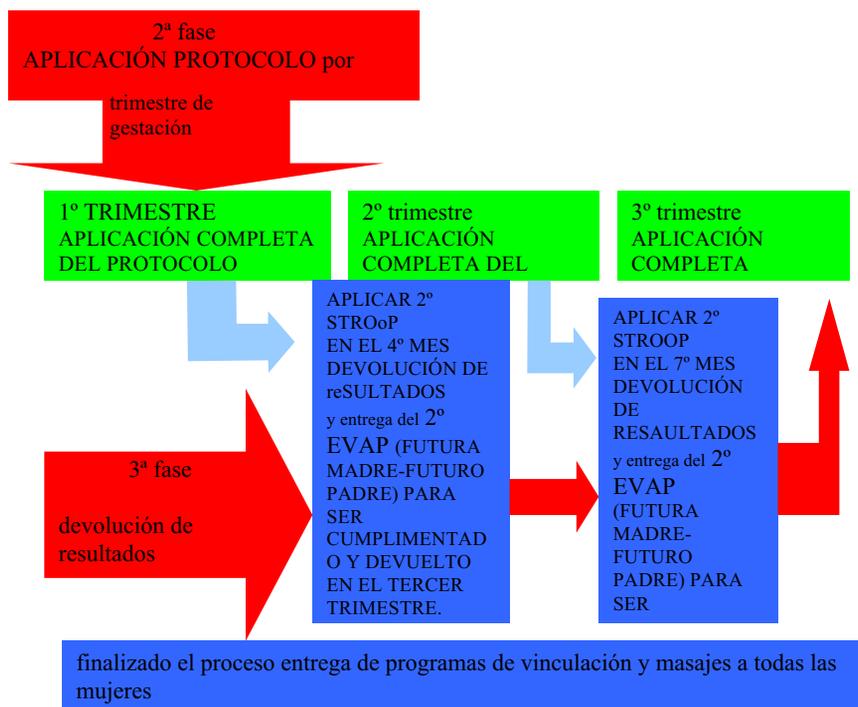
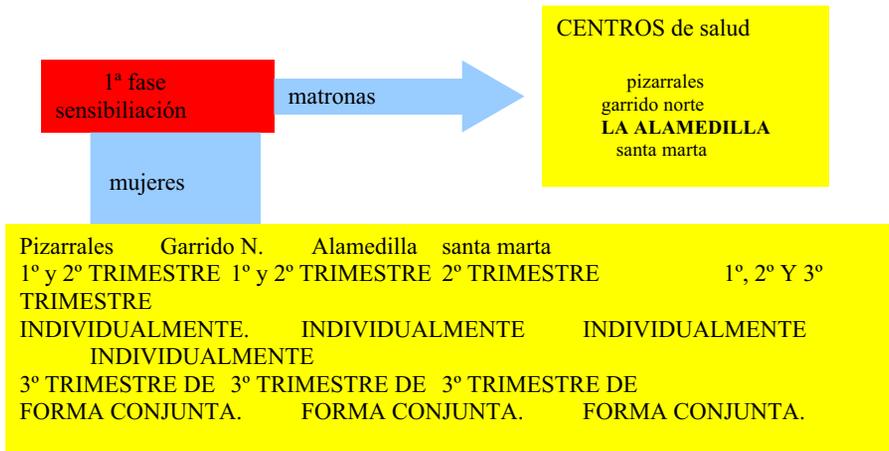
Para la selección de la muestra comenzamos por realizar un estudio de campo de la distribución de los Centros de Salud de la capital salmantina. Estudiamos la ubicación de los Centros de Salud existentes en Salamanca capital, así como el tipo de población que acogían teniendo en cuenta variables como nivel sociocultural, económico, etc. con el fin de conseguir una muestra heterogénea. Una vez realizado el estudio nos decantamos por los Centros de Salud de Pizarrales, Garrido Norte y La Alamedilla.

Los dos primeros centros se encuentran ubicados en la zona más periférica de la ciudad. El Centro de Pizarrales presenta una población joven pero muy heterogénea desde el punto de vista del nivel cultural, socioeconómico, etc., encontrándose que conviven poblaciones medias de dichos niveles, con niveles socioeconómicos y culturales muy bajos, además de manifestarse mayor índice de desestructuración familiar, embarazos en adolescentes, y población procedente de otras culturas (asiáticos, iberoamericanos, etc.). En el centro de Garrido Norte la población es más homogénea en todos los niveles anteriormente mencionados.

El Centro de Salud de La Alamedilla, ubicado en la zona centro de la capital salmantina acoge, una población más envejecida y con niveles socioculturales y económicos más elevada que en los centros anteriores. Este centro fue elegido con el fin de ampliar la representatividad de la muestra. Con este mismo fin fue seleccionado finalmente el Centro de Salud de Santa Marta de Tormes. Este centro se encuentra ubicado en el municipio del mismo nombre, presentando características de población muy similares a las encontradas en el centro de Garrido Norte.

Para el reclutamiento definitivo de la muestra y aplicación del protocolo, se establecieron las fases que se especifican en el siguiente gráfico (3).

**Gráfico 3. Procedimiento para la selección de la muestra.**



### RESULTADOS

El estudio comparativo analizando en cada dimensión del conjunto de variables independientes asignadas arroja los siguientes resultados.

En la V.D. lámina neutra del stroop emocional, se encuentra que el centro es una V.I. significativa ( $p=,0474$ ), presentando las mujeres pertenecientes al centro de salud de Pizarrales ( $M=54,3$ ) diferencias respecto al grupo de mujeres del centro La Alamedilla ( $M=61,1$ ). Hay una mayor automatización de la respuesta de denominación del color por parte de las segundas.

La segunda V.I. **trimestre de gestación**, también es significativa ( $p=,0181$ ) encontrando que las mujeres del primer trimestre ( $M=52,3$ ) obtienen menor puntaje que las del tercer trimestre ( $M=58,5$ ).

El **nivel de estudios de la mujer** es otra V.I. significativa ( $p=,0118$ ) obteniendo las mujeres con estudio primarios ( $M=51,1$ ) diferencias con las mujeres de estudios secundarios ( $M=57,4$ ) y con el nivel de estudios universitarios ( $M=58$ ).

La V.I. **situación laboral de la mujer** es estadísticamente significativa ( $p=,0387$ ), mostrando la categoría de situación laboral activa mayor puntaje ( $M=57,9$ ) que las mujeres de situación laboral en paro ( $M=53,8$ ).

La V.I. **mes de aplicación** es significativa ( $p=,0293$ ) presentando el grupo 1 (otoño-invierno) mayor puntaje ( $M=57,4$ ) que el grupo 2 ( $M=52,9$ ).

En el resto de las V.I. no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la lámina neutra: edad ( $p=,1935$ ), estado civil ( $p=,9954$ ), número de hijos ( $p=,0973$ ), edad de la pareja ( $p=,2389$ ), estudios de la pareja ( $p=,0852$ ), profesión de la pareja ( $p=,1252$ ), situación laboral de la pareja ( $p=,4578$ ) y profesión de la mujer ( $p=,4912$ ).

En la **segunda lámina** del stroop emocional (contenido emocional), se obtienen diferencias estadísticamente significativas en función del trimestre, edad de la pareja y mes de aplicación.

La V.I. **trimestre** es significativa ( $p=,0037$ ) apareciendo diferencias entre el primer trimestre ( $M=51,3$ ) con respecto al tercero ( $M=57,9$ ) y de éste con respecto al segundo ( $M=52,2$ ).

La **edad de la pareja** también muestra significación ( $p=,0191$ ), mostrando diferencias el grupo de edad inferior a 25 años ( $M=45,6$ ) con el grupo de edad de 26-30 años ( $M=57,9$ ) con el grupo de 31-35 años ( $M=54,6$ ) y con el grupo de 36-40 años ( $M=53,9$ ).

El **periodo estacional** de aplicación del protocolo presenta diferencia significativa ( $p=,0339$ ) reflejando una mayor puntuación ( $M=56,2$ ) el grupo de otoño-invierno que el grupo de primavera-verano ( $M=51,9$ ).

En el resto de no aparecen diferencias significativa: centro ( $p=,1533$ ), edad ( $p=,1217$ ), estado civil ( $p=,8366$ ), número de hijos ( $p=,5125$ ), nivel de estudios de la mujer ( $p=,1076$ ), situación laboral de la mujer ( $p=,0827$ ), nivel de estudios de la pareja ( $p=,3891$ ), profesión de la mujer ( $p=,8967$ ), profesión de la pareja ( $p=,1959$ ) y situación laboral de la pareja ( $p=,5339$ ).

En la **tercera lámina** del stroop emocional (palabras activadoras), aparecen diferencias estadísticamente significativas en función del **trimestre** ( $p=,0314$ ), mostrando el primer trimestre de gestación un puntaje menor ( $M=50,9$ ) que el tercer trimestre ( $M=56,1$ ).

La V.I. **estudios de la mujer** también es significativa ( $p=,0481$ ) mostrando las mujeres con estudios primarios una media inferior ( $M=50$ ) que el grupo de estudios secundarios ( $M=55,2$ ).

La V.I. **situación laboral de la mujer** también influye sobre el proceso atencional ( $p=,035$ ), obteniendo el grupo de mujeres en situación laboral activa mayor puntaje ( $M=55,6$ ), que el grupo de mujeres en situación laboral en paro ( $M=51,8$ ).

La **edad de la pareja** presenta una significación al 1% ( $p=,0081$ ) siendo el grupo de edad inferior a 25 años el que obtiene menor puntaje ( $M=44,1$ ) con respecto al grupo de 26-30 años ( $M=56,8$ ), al grupo de 31-35 años ( $M=53,9$ ) y el grupo de 36-40 años ( $M=52,9$ ).

El **periodo estacional** también presenta diferencia significativa ( $p=,0141$ ), siendo el grupo de otoño-invierno el que obtiene mayor puntuación ( $M=55,3$ ) con respecto al grupo de primavera-verano ( $M=50,6$ ).

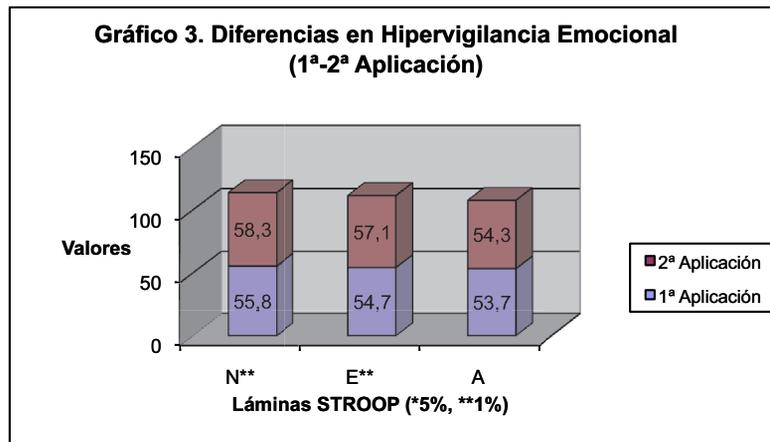
En el resto no aparecen diferencias estadísticamente significativas: centro ( $p=,3499$ ), edad ( $p=,079$ ), estado civil ( $p=,8866$ ), número de hijos ( $p=,2157$ ), estudios de la pareja ( $p=,4339$ ), profesión de la pareja ( $p=,2155$ ), situación laboral de pareja ( $p=,3543$ ) y profesión de la mujer ( $p=,7434$ ).

Por último, en cuanto a las diferencias en hipervigilancia emocional en los dos momentos evaluados aparecen resultados distintos en las dos primeras láminas (neutra y emocional) con una significación del 1% (véase tabla 1)

Tabla 1. Diferencia de medias entre la 1ª y la 2ª aplicación del STROPP

LÁMINAS STROOP	DF	Mean x-y	T.Value	Probabilidad
NEUTRA	38	-4,2	-3,5	.0012
EMOCIONAL	38	-4,3	-3,2	.0028
ACTIVADORA	38	-.2	-1,2	.2531

Se produce un aumento significativo en el segundo momento de la evaluación tanto en la lámina neutra como en la emocional como refleja el gráfico 3.1:



Los resultados indican una disminución en la selectividad atencional hacia estímulos neutros o con carga emocional general. Sin embargo en la lámina activadora no se produce una disminución del sesgo sino que éste se mantiene constante en los dos momentos. Además la tasa de respuesta conductual es la menor de las tres, lo que de alguna forma valida la eficacia del constructo hipervigilancia emocional hacia este tipo de estímulos activadores del mismo.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A partir de los datos obtenidos podemos comprobar que determinadas variables sociodemográficas como el centro de salud, nivel de estudios de la mujer y situación laboral de la misma son

## HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL EN LA MUJER GESTANTE: FACTORES PSICOSOCIALES

significativas respecto al procesamiento atencional automático libre de significación emocional. Es necesario tener en cuenta que en esta lámina, en la cual el contenido es neutro, la mayor producción en el número de palabras está relacionado con una mayor velocidad lectora y con un adecuado procesamiento cognitivo de las palabras. Por tanto, podemos observar cómo precisamente esa producción la obtenemos en el centro de salud con mayor nivel sociocultural (Alamedilla), en mujeres con estudios universitarios y en el grupo de mujeres con situación laboral en activo. Un patrón similar se produce con la lámina activadora con respecto al nivel de estudios de la mujer, donde las mujeres de estudios secundarios obtienen mayor producción que las de estudios primarios, y con respecto a la situación laboral en activo donde igualmente obtienen mayor producción. El peso de las variables sociodemográficas ha sido puesto de relieve en otras dimensiones del proceso de gestación y de su influencia en el feto (DiPrieto y cols., 1996; Forte e Rosado, 2010; Fajardo, Casanueva y Bermejo, 2013) en la modulación cognitiva por parte de la gestante (Parsons y Redman, 1991) y en el desarrollo neuropsicológico del niño no nacido (Preessman, DiPrieto, Costigan, Supe y Jonson, 1998).

Por lo que respecta al periodo gestacional, encontramos en las tres láminas (neutra, emocional y activadora) que las mujeres del primer trimestre presentan mayor hipervigilancia emocional, siendo las del tercer trimestre las que menos. Esto puede ser debido a que las palabras contenidas en la lámina emocional (miedo, amenaza, etc.) y las contenidas en la lámina activadora (vómito, sexualidad, gordura, aborto, etc.) expresan situaciones y sentimientos relacionados directamente con los cambios físicos y emocionales que experimenta la mujer gestante, provocando interferencia como resultado de la activación emocional que como tal altera el proceso atencional y por tanto los esquemas cognitivos relacionados con el estímulo (Cabaco y cols., 2002). En el tercer trimestre, sin embargo, la mujer gestante se ha ido acomodando a esos cambios y los ha ido procesando, perdiendo capacidad de provocar sesgos atencionales. Estos resultados serían coherentes con los encontrados en otros trabajos sobre las diferencias en la respuesta de modulación del estrés por parte de la gestante y su repercusión en las variables fetales como peso, temperamento o irritabilidad (Lobel, 1994; Lobel, DeVincent, Kaminer y Meyer, 2000; Monk y cols., 2003; Teixeira, Fisk y Glover, 1999; Zuckerman, Bauchner, Parker y Cabral, 1990).

El periodo estacional de aplicación de la prueba es otra variable que se manifiesta significativa con respecto a las tres láminas, siendo el periodo de primavera-verano el que presenta mayor hipervigilancia emocional (láminas dos y tres). Dada la rapidez de la prueba lo convierte en un instrumento de screening rápido para obtener un indicador emocional de la gestante.

La edad de la pareja también se manifiesta como significativa, siendo concretamente en el grupo de edad inferior a 25 años donde se da mayor interferencia emocional (láminas dos y tres). Esto puede explicarse porque a menor edad menor es la experiencia y la capacidad para procesar cognitivamente situaciones y conflictos emocionales (Ashmead y Reed, 1997).

Por lo que respecta a la diferencia observada en cuanto al momento de aplicación (primer Stroop-segundo Stroop) los resultados ponen de manifiesto que a mayor edad gestacional disminuye la atención selectiva hacia estímulos neutros y emocionales, manteniéndose constantes la atención selectiva hacia estímulos activadores. Aunque no hemos encontrado resultados específicos con gestantes es un patrón que se observa en otras como la alexitimia (Fernández-Rivas y Cabaco, 2002).

En función del objetivo influencia de las variables sociodemográficas, las conclusiones serían las siguientes:

1. Zona de ubicación geográfica del centro de salud influyen en el procesamiento emocional de la mujer gestante, observándose que las mujeres del centro de salud de Pizarrales manifiestan menor procesamiento cognitivo que las de la Alamedilla. El menor nivel sociocultural dificulta el automatismo en las respuestas.

2. Nivel de estudios de la mujer embarazada y de su pareja. El nivel de estudios de la mujer influye en el estado emocional con mayor referencia en la lámina activadora y mayor inestabilidad emocional. En cambio las mujeres de estudios universitarios son las que menos interferencia manifiestan en la lámina activadora.

3. Situación laboral de la gestante y de su pareja. La situación laboral de la mujer gestante influye en su estado emocional, observándose que aquellas mujeres que se encuentran en activo presentan menor interferencia emocional y activadora.

En función del segundo objetivo operativo (variables personales de la gestante y su pareja) establecemos las siguientes conclusiones:

Edad de la mujer y de la pareja. La variable edad tanto de la mujer como de su pareja influye en el estado emocional de la mujer gestante. La edad de la pareja inferior a 25 años influye en que la mujer presente mayor interferencia emocional y activadora.

Trimestre de gestación. El periodo gestacional influye en el estado emocional de la madre encontrándose mayor interferencia emocional y activadora en el primer trimestre y menos en el tercero.

3. Periodo estacional influye en el estado emocional de la mujer gestante ocasionando el periodo otoño-invierno menor interferencia emocional y activadora.

Para el tercer objetivo operativo (diferencias entre las gestantes **y sus parejas en vinculación afectiva e hipervigilancia emocional de la gestante**) definimos las siguientes conclusiones:

Las mujeres gestante en el segundo momento de la evaluación de la hipervigilancia emocional manifiestan una disminución de la selectividad atencional hacia estímulos neutros o con carga emocional general, siendo constante la selectividad atencional hacia los estímulos activadores en los dos momentos de la evaluación.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arana, J. M., Cabaco, A. S. y Sanfeliu, M<sup>a</sup>. C. (1997). La tarea interferencia Stroop: 110 años después del informe de Cattell de identificación de colores y palabras. *Revista de Historia de la Psicología*, 18(1-2), 27-38.
- Benavente, R. & Justo, J. (2009). Maus-tratos e negligencia na infancia: relações com a insegurança e desorganização da vinculação. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 27, 35-51.
- Benavente, R.; Justo, J. & Veríssimo; M. (2009). Os efeitos dos maus-tratos e da negligencia sobre as representações da vinculação em crianças de idade pré-escolar. *Análise Psicológica*, 1 (XXVII), 21-31.
- Cabaco, A. S., Capataz, I., Bonantini, C. y Hage, S. (2002). Hipervigilancia emocional y vulnerabilidad a trastornos alimenticios: estudio transcultural (España-Argentina-Brasil). *Revista Iberoamericana en Educación, Salud y Trabajo*, 2-3, 211-228.
- Cabaco, A. S. y Fernández, L. M. (1996). Procesos psicológicos en el periodo prenatal. Resultados de dos décadas de investigación (1975-1995). Comunicación presentada al I Congreso Internacional de Aprendizaje y Comunicación Pre y Postnatal celebrado en Valencia del 27 al 29 de Junio.
- Cabaco, A. S. y Fernández, L. M. (2001). Memoria prenatal: desarrollo y estimulación. En A.S. Cabaco, M.S. Beato (Coords.), *Psicología de la Memoria: Ámbitos Aplicados* (pp.87-101). Madrid: Alianza.
- Cabaco, A.S., González, S., Capataz, I. y Tifner, S. (2002). La tarea stroop: una estrategia para la evaluación de trastornos del lenguaje y otras alteraciones emocionales relacionadas con la activación de redes semánticas. Comunicación presentada al Congreso Internacional de Foniatría, Audiología, Logopedia y Psicología del Lenguaje. Salamanca del 26 al 29 de Junio.
- Caplan, G. (1993). Psicología orientada a la población: teoría y práctica. En J. Navarro, A. Fuertes y

## HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL EN LA MUJER GESTANTE: FACTORES PSICOSOCIALES

- F.J. Bustamante (Coords.), *Ensayos y conferencias sobre prevención e intervención en salud mental*. Salamanca: Junta de Castilla y León.
- DiPrieto, J.A., Hodgson, D.M., Costigan, K.A. y Hilton, S.C. (1996). Fetal neurobehavioral development. *Child Development*, 67, 2553-2567.
- Fajardo, M.I., Casanueva, N. Bermejo, M.L. (2013). Embarazo adolescente y desarrollo psicosocial: un cuestionario de evaluación prenatal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicología, N°1-Vol.1*, 535-548.
- Fernández, L. M. (2003). Influencia de las 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 Universidad Pontificia de Salamanca.
- Fernández, L.M. y Cabaco, A.S. (2004). Procesamiento del estrés en las gestantes: implicaciones para la salud de la mujer y del niño intrauterino. *Familia*, 28, 9-24.
- Fernández, L.M. y Cabaco, A.S. (2009). Cognición y comunicación en la gestación. La mediación en la hipervigilancia emocional. *Revista Familia*, 38,117-131.
- Fernández, L.M., Cabaco, A.S. y Crespo, A. (2004). Factores ambientales y embarazo. Influencias físicas, psicosociales y socioculturales. *Psicología e Educaçao*, 2 (2), 5-14.
- Fernández-Rivas S. y Cabaco, A. S. (2002). Hipervigilancia emocional en la alexitimia: una revisión. *Temas de Psicología*, 8, 127-148.
- Foa, E. B. y McNally, R.J. (1986). Sensitivity to feared stimuli in obsessive-compulsives: A dichotic listening analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 477-486.
- Forte, A. & Rosado, J.M. (2010). Padroes de vinculaçao pré-natal. Contributos para adaptaçao da maternal and paternal antenatal attachment scale em casais durante o 2º trimestre de gravidez, na regio centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-21.
- Golden, C.J. (1994). *Stroop. Test de colores y palabras*. Madrid: TEA.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- González, S., Cabaco, A.S. y Lancho, C.P. (2010). Evaluación de sesgos mnésicos en la vulnerabilidad a la aracnofobia. *INFAD Revista de Psicología*, 1(3),121-128.
- Kearney-Cooke, A. y Ackard, D. M. (2000). The effect of sexual abuse on body image, self-image and sexual activity of women. *Journal of Gender Especific Medicine*, 3 (6), 54-60.
- Kent, A. y Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20 (7), 887-903.
- Lancho, C.P. y Cabaco, A.S. (2009). Análisis del procesamiento atencional de la información relacionada con el tabaco y la salud mediante una tarea de stroop modificada. *Estudios de Psicología*, 30(1), 21-30.
- Lobel, M., DeVincent, C. J., Kaminer, A. y Meyer, B. A. (2000). The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychology*, 19, 544-553.
- Maia, L.A., Loureiro, M.J. y Cabaco, A.S. (2002). Semantic charged stimulus to be utilised on the Emotional Stroop in eating disorders early detection. *Psicología e Educaçao*, 1(1-2), 107-114.
- Martínez, F. y Marín J. (1997). El efecto stroop emocional. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuadernos de Prácticas de Motivación y Emoción* (pp. 173-186). Madrid: Pirámide.
- Mata, S. (2013). Protocolo de screening de hipervigilancia emocional en el trastorno de estrés posttraumático en víctimas de violencia de género. Factores cognitivos, emocionales y biológicos. Tesis Doctoral no publicada, Universidad Pontificia de Salamanca.

- Monk, C., Fifer, W., Sloan, R., Myers, M., Bagiella, E., Ellman, L. y Hurtado, A. (2001). Physiologic responses to cognitive challenge during pregnancy: effects of task and repeat testing. *International Journal of Psychophysiology*, 40(2), 149-159.
- Monk, C., Myers, M.M., Sloan, R.P., Ellman, L.M. y Fifer, W.P. (2003). Effects of women's stress-elicited physiological activity and chronic anxiety on fetal heart rate. *Journal of Developmental Behaviour Pediatric*, 24(1), 32-38.
- Moos, R.H. (1979). Social ecological perspectives on health. En C.G. Stone; F. Cohen y F. Adler (Eds.): *Health Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Morgan, J. y Lacey, J. (2000). Season of birth and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 452-458.
- Murray, C. y Waller, G. (2002). Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among non-clinical women: the mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders*, 32 (2), 186-191.
- Parsons, C. y Redman, S. (1991). Self-reported cognitive change during pregnancy. *Australian Journal of Advances in Nursing*, 9(1), 20-29.
- Pressman, E., DiPietro, J., Costigan, K., Shupe, A. y Johnson, T. (1998). Fetal neurobehavioral development: associations with socioeconomic class and fetal sex. *Developmental Psychobiology*, 33, 79-91.
- Smolak, L. y Murmen, S.K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 136-150.
- Teixeira, J., Fisk, N., y Glover, V. (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: Cohort based study. *British Medical Journal*, 318, 153-157.
- Waller, G., Meyer, C. y Hanswijck de Jonge, L. (2001). Early environmental influences on restrictive eating pathology among nonclinical females: the role of temperature at birth. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 204-208.
- Williams, J.M., Mathews, A. Y McLeod, C. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120, 3-24.
- Zuckerman, B., Bauchner, H., Parker, S., y Cabral, H. (1990). Maternal depressive symptoms during pregnancy, and newborn irritability. *Journal of Developmental Behaviour Pediatric*, 11, 190-194.

