



Revista Colombiana de Psicología

ISSN: 0121-5469

ISSN: 2344-8644

Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias  
Humanas, Departamento de Psicología

OSORIO, HERNÁN DARÍO LOTERO; GONZÁLEZ, ISABEL  
CRISTINA VILLA; TRUJILLO, LUZ ESTELLA TORRES

Afectividad y Apoyo Social Percibido en Mujeres Gestantes: un Análisis Comparativo

Revista Colombiana de Psicología, vol. 27, núm. 2, 2018, Julio-Diciembre, pp. 85-101

Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Psicología

DOI: <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80464422006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

doi: <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584>

# Afectividad y Apoyo Social Percibido en Mujeres Gestantes: un Análisis Comparativo

HERNÁN DARÍO LOTERO OSORIO

ISABEL CRISTINA VILLA GONZÁLEZ

LUZ ESTELLA TORRES TRUJILLO

Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia



Excepto que se establezca de otra forma, el contenido de esta revista cuenta con una licencia Creative Commons “reconocimiento, no comercial y sin obras derivadas” Colombia 2.5, que puede consultarse en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co>

**Cómo citar este artículo:** Lotero, H. D., Villa, I. C., & Torres, L. E. (2018). Afectividad y apoyo social percibido en mujeres gestantes: un análisis comparativo. *Revista Colombiana de Psicología*, 27, 85-101. <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584>

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse al Dr. Hernán Darío Lotero Osorio, e-mail: [hernandario.lotero@upb.edu.co](mailto:hernandario.lotero@upb.edu.co). Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

---

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

RECIBIDO: 11 DE JUNIO DE 2017 - ACEPTADO: 5 DE MARZO DE 2018

## Resumen

El propósito de esta investigación es comparar las manifestaciones afectivas en sus dimensiones positivas y negativas, a modo de rasgo y de estado, con variables ginecobstétricas y de funcionamiento familiar en mujeres gestantes. Se seleccionaron a conveniencia 229 mujeres que ingresaron a una institución prestadora de servicios de salud en Medellín. Se utilizaron los cuestionarios PANAS (Robles & Páez, 2003), APGAR-familiar (Smilkstein, 1978) y una encuesta de variables sociodemográficas. Se encontró que las gestantes con mayor rasgo afectivo positivo presentan menor riesgo obstétrico, mientras que las mujeres con mayor rasgo afectivo negativo demuestran menor planeación del embarazo y mayor percepción de disfunción familiar. Se concluye que la percepción de apoyo familiar y los rasgos emocionales positivos son componentes que favorecen la salud gestacional, mientras que el afecto negativo es un obstáculo para la adaptación a la maternidad y las relaciones familiares percibidas.

**Palabras clave:** embarazo, riesgo obstétrico, salud gestacional, emoción, apoyo familiar.

## *Affectivity and Perceived Social Support in Pregnant Women: A Comparative Analysis*

### Abstract

The purpose of this research was to compare positive and negative expressions of affectivity, both as a trait and as a state, with gynecologic-obstetric and family functioning variables in pregnant women. 229 women attending a health services provider in Medellín were selected through convenience sampling. The PANAS (Robles & Páez, 2003) and family-APGAR (Smilkstein, 1978) questionnaires were used, along with a survey of socio-demographic variables. According to the findings, women with higher positive affective traits show lower obstetric risk, while those with higher negative affective traits feature less planning of the pregnancy and a greater perception of family dysfunction. It was possible to conclude that the perception of family support and positive affective traits are elements that favor health during pregnancy, while negative affect constitute an obstacle for adaptation to motherhood and for the perceived family relations.

**Keywords:** pregnancy, obstetric risk, health during pregnancy, emotion, family support.

## *Afetividade e Apoio Social Percebido em Mulheres Gestantes: uma Análise Comparativa*

### Resumo

O propósito desta pesquisa é comparar as manifestações afetivas em suas dimensões positivas e negativas, a modo de traço e de estado, com variáveis ginecobstétricas e de funcionamento familiar em mulheres gestantes. Foram selecionadas convenientemente 229 mulheres que deram entrada em uma instituição prestadora de serviços de saúde em Medellín. Foram utilizados os questionários PANAS (Robles & Páez, 2003), APGAR-familiar (Smilkstein, 1978) e um inquérito de variáveis sociodemográficas. Descobriu-se que as gestantes com maior traço afetivo positivo apresentam menor risco obstétrico, enquanto as mulheres com maior traço afetivo negativo demonstram menor planejamento da gravidez e maior percepção de disfunção familiar. Conclui-se que a percepção de apoio familiar e os traços emocionais positivos são componentes que favorecem a saúde gestacional, enquanto o afeto negativo é um obstáculo para a adaptação à maternidade e para as relações familiares percebidas.

**Palavras-chave:** apoio familiar, emoção, gravidez, risco obstétrico, saúde gestacional.

EL FENÓMENO emocional durante el embarazo es un aspecto relevante por su influencia directa en el sano desarrollo gestacional y en la salud física y mental de las maternas; sin embargo, este aspecto ha sido poco investigado en el contexto local de la ciudad de Medellín. Por ende, se desconoce su contribución real al bienestar materno y los factores asociados de vulnerabilidad y riesgo en salud. En este orden de ideas, el propósito de esta investigación es identificar cuáles son las manifestaciones afectivas en las gestantes que asisten a una clínica materno infantil de Medellín, en sus dimensiones positivas y negativas, a modo de rasgo y de estado, para luego compararlas con algunas variables ginecobstétricas y de funcionamiento familiar. De este modo, se busca aportar a la comprensión de las variables psicoafectivas y su relación con la salud gestacional.

El embarazo como evento vital genera un impacto profundo en la afectividad de la población en general, ya sea de modo positivo o negativo. Maldonado, Saucedo y Lartigue (2008) refirieron que durante el embarazo la vida emocional de la mujer cambia, sus emociones se presentan de forma más intensa y por esto necesita un mayor apoyo emocional de sus redes sociales y familiares. Gaviria (2006), apoyándose en diversos hallazgos investigativos, refirió que “muchos de los trastornos neurológicos y del comportamiento, que se expresaban después del nacimiento, tienen sus orígenes durante la vida fetal” (p. 212).

Al igual que este autor, muchos otros se han preguntado por la influencia de las emociones y de los estados afectivos (positivos y negativos) durante la etapa de embarazo, y por sus posibles consecuencias para la madre y el neonato. La percepción de las emociones y la manifestación de estados afectivos son experiencias habituales en todos los seres humanos, y estas se presentan en diferentes formas e intensidades ante los eventos que cada persona experimenta diariamente (Pulido & Herrera, 2018). Para Chóliz (2005) la emoción es una experiencia afectiva agradable o desagradable, que supone una cualidad

fenomenológica característica y compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo. De igual manera, Reeve (1994) señala que las emociones son fenómenos individuales con múltiples dimensiones, los cuales generan experiencias biológicas, expresiones faciales y reacciones fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción adaptativa. En la misma línea, Plutchik (1980) propone la existencia de 8 emociones básicas que facilitan el proceso de adaptación al medio, estas son: alegría, confianza, miedo, sorpresa, tristeza, aversión, ira y anticipación. En este contexto, la adaptación se entiende como aquellos comportamientos que son adecuados a los requerimientos de las distintas circunstancias en que tienen que vivir los individuos (Hernández & Jiménez, 1983). De esta manera, cada una de las emociones básicas cumple una función adaptativa frente al medio; por ejemplo, la felicidad permite establecer nexos y favorece las relaciones interpersonales (Izard, 1991); la confianza facilita los sentimientos de afiliación ante otras personas (Plutchik, 1980); el miedo se relaciona con el cuidado propio, además de facilitar respuestas de escape o evitación de una situación peligrosa (Pierce & Epling, 1995). La sorpresa da dirección a los procesos cognitivos para la reacción emocional y conductual apropiada ante situaciones novedosas (Reeve, 1994). La tristeza, por su parte, permite la transmisión de estados de malestar interno para generar en los demás empatía o comportamientos altruistas, además de favorecer la solución de problemas ante los cambios situacionales, especialmente los que son el resultado de experiencias de pérdida significativas (Huebner & Izard, 1988). La aversión genera respuestas de escape o evitación ante situaciones desagradables o potencialmente dañinas para la salud (Chóliz, 2005). La ira se relaciona con la autodefensa y permite actuar de forma intensa e inmediata (física o verbalmente) para solucionar de forma activa la situación problemática (Chóliz, 2005) y la anticipación favorece conductas de exploración ante situaciones que son llamativas o que de alguna

manera captan nuestra atención (Plutchik, 1980). Por esto las emociones pueden ser definidas como manifestaciones psicofisiológicas, que se generan como una respuesta inmediata ante los estímulos externos y activan una serie de conductas ante la situación que se vivencia, esto lo realiza el sujeto para buscar la adaptación al ambiente.

Por otra parte, los aspectos afectivos se definen como diferencias individuales estables que configuran tendencias para experimentar ciertos estados de ánimo de forma recurrente o respondiente (Reidl, 2005). Frijda (1994) postula que los aspectos afectivos son situaciones globales, duraderas, difusas y no intencionales, cuya naturaleza pertenece al sujeto en su totalidad y orientación, sin estar fijada en un objeto específico. Es decir, la afectividad la constituyen percepciones del sentir más estables y duraderas en el tiempo (que las emociones) y tienen relación con los factores de personalidad y aspectos biológicos individuales (como el temperamento) de cada sujeto. Pauchard-Hafemann (1993), refiere que los estados afectivos contienen emociones positivas y negativas, las cuales cambian de acuerdo a los eventos que ocurren en la vida de las personas. En este sentido, Watson y Tellegen (1985) afirman que el ser humano está expuesto a dos tipos de experiencias: aquellas que vienen del afecto positivo y las que provienen del afecto negativo. Ahora bien, la afectividad positiva ha sido entendida como una dimensión que abarca la emocionalidad placentera, manifestada a través de motivación, energía, deseo de afiliación y sentimientos de dominio, logro o éxito. Mientras que la afectividad negativa representa la emocionalidad displacentera, manifestada por miedos, inhibiciones, inseguridades, frustración y fracaso (Moral, 2011). Según Robles y Páez (2003), las personas con manifestaciones de afecto positivo suelen experimentar sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza con mayor facilidad; mientras que los individuos con afectividad negativa presentan en mayor medida miedo o ansiedad, tristeza o

depresión, culpa, hostilidad e insatisfacción, actitudes negativas y pesimismo.

Las reacciones afectivas negativas y positivas pueden predominar más en unas personas que en otras, esta diferencia en la reactividad emocional se ha atribuido a aspectos hereditarios, a factores ambientales y a una interacción de ambos (Borba & Marín, 2017; Reidl, 2005). Kiernan, Laurent, Joiner, Catanzaro y MacLachlan (2001) definen los estados afectivos como respuestas individuales y naturales que se presentan ante ganancias o pérdidas durante la vida, las cuales están determinadas por la personalidad del individuo y la estructura genética del mismo. Según Lazarus (1994) la afectividad puede categorizarse en forma de estado y de rasgo. Este autor propone que la afectividad estado hace referencia a una reacción transitoria frente a tipos específicos de encuentros adaptativos, mientras que la afectividad rasgo es una disposición o tendencia a reaccionar en una forma emocional particular ante los eventos. Es decir, cuando se menciona la afectividad como rasgo, se hace referencia a la forma de las emociones de un sujeto de forma global y estable: a la predominancia, intensidad y frecuencia en que las experimenta. Mientras que la afectividad como estado, hace referencia a la expresión emocional en un periodo de tiempo específico. Dicho momento puede ser la misma expresión emocional que habitualmente siente una persona, y que se denomina rasgo, o puede ser diferente y debida a factores situacionales que está atravesando el individuo.

La perspectiva de la psicología de la salud, cuyo propósito es identificar los factores de riesgo, promover los estilos de vida saludables y la predicción de las conductas protectoras o de riesgo para la salud y la comprensión del papel de los factores psicosociales en la experiencia de la enfermedad y en el tratamiento y rehabilitación de la misma (León, Medina, Barriga, Ballesteros & Herrera, 2004), ha estudiado ampliamente la relación entre los estados afectivos y la salud física, encontrando que los denominados trastornos físicos también suelen implicar alteraciones

psicológicas, y viceversa (Oblitas & Becoña, 2000). Desde esta perspectiva, se ha investigado cómo los estados emocionales positivos y negativos pueden impactar la salud física de las personas; además, se han obtenido resultados que permiten afirmar que las emociones negativas tienen un efecto adverso sobre la salud (Kiecolt-Glaser, 2009; Sandín, 2002). Es decir, las emociones positivas potencian la salud (Guarino & Borrás, 2012; Morales, Luque, & Barroso, 2002; Schwartzmann, 2003), mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla (Fernández-Abascal & Palmero, 1999). La influencia de los estados o rasgos afectivos impactan la salud de manera directa e indirecta. En este sentido, Barra (2003) afirma que las experiencias emocionales pueden influir en la salud física, por medio de efectos directos causados en el funcionamiento fisiológico, en la vivencia individual de síntomas y en la búsqueda de atención médica, empleando el seguimiento de conductas saludables y no saludables como estrategias de regulación emocional, lo cual estructura en sí, una relación compleja entre afectividad, apoyo social y salud.

Por otro lado, la afectividad positiva y negativa ha sido ampliamente relacionada con los conceptos de salud mental y psicopatología. Por ejemplo, los estudios de Fredrickson (2000; 2001) evidencian que las emociones positivas pueden optimizar la salud, el bienestar subjetivo y la resiliencia psicológica. Por su parte, los manuales y guías clínicas de salud mental resaltan la importancia de las categorías afectivas en la mayoría de los trastornos mentales que aparecen descritos; es decir, señalan que las emociones negativas son rasgos o estados prolongados que pueden contribuir a formar patologías en algunos individuos, debido a un desajuste en la intensidad, frecuencia y adecuación al contexto (Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas 2009). Por ende, cuando se producen reacciones emocionales de alta ansiedad, estas pueden dar lugar al desarrollo de condiciones de ansiedad patológica o de un trastorno de ansiedad como tal, generándose profundas afectaciones en la calidad de vida del sujeto que lo presenta (Piqueras

et al, 2009). De igual manera, las reacciones emocionales hipotímicas también se han relacionado con la aparición de cuadros psicopatológicos que llevan a una afección del nivel de funcionalidad del sujeto en la cotidianidad (Vázquez, 1990). La ira es otra emoción negativa que presenta repercusiones para la salud a nivel general, la manifestación de esta emoción de forma sostenida corresponde a un problema clínico importante, debido a que puede conllevar reacciones conductuales violentas; además se convierte en un factor de riesgo para desarrollar diversos trastornos médicos (Piqueras et al., 2009). En lo relacionado con el asco, este se ha encontrado vinculado con la psicopatología en general, especialmente con los trastornos de ansiedad (Cisler, Olatunji, & Lohr, 2009). Como lo concluyeron Haidt, McCauley y Rozin (1994), el asco está positivamente correlacionado con la personalidad obsesivo compulsiva y con la personalidad de tipo dependiente.

En sentido opuesto, los estados emocionales positivos generan protección ante las psicopatologías, dado que proveen un sentimiento positivo de uno mismo, sentimientos de control personal y una visión optimista del futuro, permitiendo con esto que las personas afronten las dificultades diarias, las experiencias estresantes e incluso amenazantes de la propia existencia de una manera más adecuada (Taylor et al., 1992). Además, las emociones positivas generan el aumento de conductas saludables y un adecuado afrontamiento ante los problemas de salud, disminuyendo con esto los niveles de estrés que puedan aparecer ante la presencia de dichas condiciones (Vázquez, Hervás, Rahona, & Gómez, 2009).

### **Afectividad y Embarazo**

En cuanto a la afectividad negativa como estado, se encuentran evidencias relevantes asociadas a eventos adversos en madres y bebés en gestación, ya sea por la presencia de un embarazo no planeado (Bolzán, Kunzi, Cellerino, Franzini, & Mendieta, 2010; Caballero, Toro, Sánchez, & Carrera, 2009; Lara, Rodríguez, & Ávila, 2012),

o por el proceso de adaptación que exige esta etapa vital para las madres (Fernández & Ramos, 1999; Fernández, Ramos, & Orozco, 2000).

Pacora et al. (2005) encontraron que la depresión en el embarazo incrementa el riesgo de analgesia epidural durante el parto, los nacimientos por cesárea y el ingreso del recién nacido a la unidad de cuidados neonatales. Otra condición ampliamente reportada es la correlación entre la afectividad negativa y el bajo peso al nacer, descrita en los trabajos de Núñez, Monge, Gríos, Elizondo y Rojas (2003) y en el de Pacora et al. (2005) quienes obtuvieron estas conclusiones en muestras de mujeres con antecedentes de maltrato físico durante el embarazo. La depresión materna prenatal también se ha asociado con las alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisisadrenal (HHA), el mecanismo explicativo de esta variación es la metilación del gen NR3C1 (receptor de glucocorticoides) ya que este gen es sensible al estado anímico materno (Oberlander et al., 2008). De igual modo, en un estudio llevado a cabo por Hay et al. (2001) se encontró que los hijos de las mujeres con depresión postparto (DPP) presentan puntajes menores de coeficiente intelectual, problemas de atención y dificultades en el razonamiento matemático, así como mayor probabilidad de necesitar educación especial a la edad de once años. También se ha indicado que la ansiedad está relacionada con mayor número de complicaciones obstétricas, mayor número de anomalías y altas tasas de latidos cardíacos en los fetos, entre otras condiciones (Leonetti & Martins, 2007). Respecto a otras variables relacionadas con los estados afectivos, se ha encontrado que el estrés sostenido durante cada trimestre de gestación tiene implicaciones en el aumento de la dependencia, pasividad e introversión en el recién nacido (Aguilar et al., 2012). De igual manera, también se refieren alteraciones en la conducta del bebé tras el nacimiento, como lo afirman Lara et al. (2012).

De forma similar, el apoyo social y la funcionalidad familiar han demostrado ser otro aspecto que impacta directamente los estados de afectividad

en la madre. Se ha encontrado que la disfunción familiar se asocia a un mayor número de embarazos no deseados, especialmente en la adolescencia (Calderón, Río, Rodríguez, & Guisandes, 2014), lo que lleva a crear uniones forzadas entre padres (Rangel, Valerio, Patiño, & García, 2004) y mayor probabilidad de depresión postparto (Borda-Pérez et al., 2013) y maltrato intrafamiliar (Pilca & Maldonado, 2017). Además, Herrera et al. (2006), midieron el riesgo psicosocial —a modo de ansiedad severa y apoyo familiar— y encontraron relación entre este y las complicaciones obstétricas, parto prematuro y bajo peso al nacer; aspectos que llevan a configurar la funcionalidad familiar como una variable predisponente relevante para la salud gestacional.

Respecto a la afectividad positiva como estado emocional durante el embarazo, la aceptación de la condición de gestación y el optimismo tienen efectos benéficos para el bebé. Así lo sugieren Aguilar et al. (2012) quienes hallaron que la estimulación mediante emociones positivas favorece las situaciones que propician tranquilidad, alegría, entusiasmo y estimulación del ego, lo que influye favorablemente en el estado nutricional de la gestante, y propicia así la oxigenación y la nutrición fetal, ayudándole a lograr una adecuada ganancia de peso al feto. Como consecuencia del estado afectivo positivo, Terré (2005) describe que los procesos nutricionales potencian el desarrollo cerebral en el neonato, debido a que esto permite que exista un mejor desarrollo de las células cerebrales. Por su parte, Nereu, Neves y Casado (2013), resaltan la importancia de privilegiar periodos de relajación para evitar el estrés durante el embarazo y, con esto, reducir en el neonato los niveles de activación, irritabilidad, dificultades de sueño, problemas de alimentación, movimientos excesivos en los intestinos, bajo peso al nacer y llanto recurrente. Finalmente, Rodríguez y Vélez (2003) refieren que las emociones positivas durante el parto favorecen la producción de endorfinas en la madre, lo cual contribuye a la experimentación de sensaciones de placer y bienestar.



Desde la neuropsicología, hay evidencias que sugieren que los niños cuyas madres presentaron afecto negativo durante la gestación demuestran un mayor compromiso en las funciones cognitivas, de hecho se evidenció que presentan dificultades en la memoria de trabajo, la atención, en la velocidad de procesamiento y en las funciones ejecutivas (Pinto, Aguilar, & Gómez, 2010). Lo anterior concuerda con los hallazgos de Laplante et al. (2004), los cuales apuntan a que las disfunciones cerebrales mínimas —representadas en dificultades en la escritura, la lectura y problemas cognitivos—, a menudo se asocian con retardo en el crecimiento intrauterino. Además, los estados anímicos durante el embarazo y el puerperio afectan el cuidado materno.

En lo referente al tema de las enfermedades físicas y psiquiátricas, se ha encontrado que las condiciones de afectividad negativa en la relación entre madre e hijo que se presentan durante el periodo de vida uterina, están asociadas en la etapa de la adultez con condiciones como: obesidad visceral, hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa, depresión, trastornos ansiosos, adicciones y enfermedad coronaria (Oberlander et al., 2008). Otro artículo escrito por Seckl y Meaney (2006) sugiere que un ambiente fetal adverso incrementa el riesgo de desórdenes cardiovasculares, metabólicos, neuroendocrinos y psiquiátricos en la adultez. Además, como consecuencia del desarrollo de la afectividad negativa, se espera que en la edad adulta sea mucho más frecuente la presencia de enfermedades mentales como las depresiones prolongadas y las enfermedades psicosomáticas (Torres, 2004). También la presencia de trastorno de estrés postraumático en las madres es un factor de riesgo para que los hijos desarrollen posteriormente este tipo de estrés (Seckl & Meaney, 2006).

En cuanto a la afectividad rasgo relacionada con el embarazo, Lobel, Yali, Zhu, DeVincent y Meyer (2002), en un estudio con mujeres en gestación, encontraron que características de personalidad como el optimismo permiten emplear estrategias de afrontamiento centradas en los

problemas, favoreciendo con esto la percepción de control de su propio embarazo por la reducción del malestar emocional en esta etapa. De igual modo, estos investigadores sostienen que la interpretación de forma positiva como estrategia de afrontamiento en embarazadas correlaciona con menores manifestaciones de angustia, de ansiedad, de disfunción social, de depresión y una mejor salud en general (Guarino, 2010). De la misma forma, la afectividad negativa como rasgo ha sido estudiada en esta etapa vital de las mujeres. Lobel et al. (2002) encontraron que las embarazadas que emplean estrategias de afrontamiento del tipo evasivo suelen presentar mayores niveles de estrés y pesimismo. Guarino (2010) afirma que existe una correlación entre la sensibilidad egocéntrica negativa y un mayor reporte de síntomas físicos, así como con una mayor presencia de somatización, ansiedad, depresión y disfunción social. También se ha descrito una relación entre afecto negativo y mayor probabilidad de aparición de estados de ansiedad durante el embarazo (Canals, Esparó, & Fernández-Ballart, 2002). Facchinetti y Ottolini (2004) describieron además que a mayores niveles de depresión y estrés durante el embarazo, se presenta mayor riesgo de nacimientos pretérmino y de deterioros en el proceso madurativo del feto. En resumen, como afirma Guarino (2010):

Una mayor sensibilidad emocional negativa compromete la calidad de vida percibida de la mujer embarazada en múltiples dimensiones, como la salud, estado de ánimo, trabajo, estudio, tiempo libre, relaciones sociales y satisfacción general. Igualmente muestra un impacto negativo sobre la calidad de vida, el uso de la evitación como forma de afrontamiento durante el embarazo, mientras que la interpretación positiva de las experiencias asociadas a él parecen proteger a la mujer, dada la asociación positiva con una percepción de mayor salud, mejor estado de ánimo, mayor satisfacción con el trabajo y con las relaciones sociales (p. 184).

En conclusión, la afectividad materna como estado emocional experimentado durante el embarazo, y la afectividad rasgo como característica



de personalidad, tienen múltiples influencias en la manera en que las gestantes vivencian de manera subjetiva su gestación, las condiciones de salud, el desarrollo fetal y el bienestar de ellas mismas y sus bebés en desarrollo. Además, la afectividad influye en la calidad de los cuidados en salud materna y en la protección frente a los riesgos inherentes a dicho estado; también tiene un impacto en el cuidado fetal y del recién nacido, y en la relación que la madre establece con su hijo durante las semanas y meses posteriores al nacimiento (Bordoni, 2018).

## Método

### Participantes y Diseño

Se realizó un estudio descriptivo comparativo de tipo transversal, en el que se tomó como población de referencia a las mujeres que ingresaron a una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad de Medellín, en el servicio de atención postnatal durante las 24 horas posteriores al parto, en el periodo 2014-2015.

El tamaño muestral se calculó con el programa Epidat 3.0, después se seleccionaron por conveniencia 229 mujeres posparto, de acuerdo a los siguientes criterios: mujeres mayores de 18 años, residentes en la ciudad de Medellín (Colombia) y su área metropolitana.

### Procedimiento

Las madres fueron contactadas en los servicios de hospitalización entre las 24 a 48 horas posteriores al parto —es decir, cerca al proceso de alta hospitalaria— para garantizar la presencia de una condición física y mental adecuada para responder los instrumentos. Se explicaron los objetivos de la investigación y los instrumentos psicológicos seleccionados para la aplicación. La participación fue voluntaria, mediante consentimiento informado, garantizando la confidencialidad, autonomía e información sobre la investigación según la normatividad vigente. La aplicación se realizó mediante heteroevaluación y se aclararon

las dudas de las participantes ante los reactivos. De igual manera, se les planteó la posibilidad de suspensión de la evaluación si presentaban agotamiento durante el proceso.

La información se obtuvo mediante una encuesta semiestructurada dirigida, elaborada de acuerdo con los objetivos de la investigación. Para el análisis se incluyeron variables que permitieron caracterizar la población de estudio desde el punto de vista sociodemográfico, ginecológico y obstétrico (Tablas 1 y 2).

### Instrumentos

Se aplicó la escala de afecto positivo y negativo (PANAS, por sus siglas en inglés: *positive and negative affect schedule*), de Robles y Páez (2003), en su versión adaptada al español, la cual está basada en la versión original de Watson, Clark y Tellegen (1988). La versión adaptada consta de veinte reactivos, los cuales se presentan de forma repetida en dos evaluaciones. En la primera se evalúa el estado emocional sostenido durante la última semana (afecto estado). En la segunda se presentan los mismos ítems en referencia al estado emocional que, normal o generalmente, ha mantenido la persona a lo largo de su vida (afecto rasgo).

A su vez, los veinte reactivos se dividen en diez, los cuales miden afecto positivo: motivado, emocionado, firme, entusiasmado, estar orgulloso, alerta, inspirado, decidido, estar atento y activo; y en otros diez para el afecto negativo: molesto, de malas, culpable, temeroso, agresivo, irritable, avergonzado, nervioso, inquieto e inseguro. A cada uno de estos reactivos se le asigna un valor de 1 a 5, en el cual 1 representa “muy poco o nada”, 2 “algo”, 3 “medianamente”, 4 “bastante” y 5 “extremadamente” (Robles & Páez, 2003).

La correlación entre los dos afectos (positivo y negativo) es invariablemente baja, en rangos de  $-.12$  a  $-.23$ . Además, los coeficientes de confiabilidad *test-retest* de las puntuaciones de afecto negativo y positivo ( $.71$  y  $.68$  respectivamente)

son lo suficientemente altos como para sugerir que pueden emplearse para evaluar al afecto como rasgo de personalidad estable en el tiempo (Robles & Páez, 2003).

El segundo instrumento aplicado fue el cuestionario de función familiar (APGAR) de Smilkstein (1978) en su versión original, en el cual se miden cinco áreas relacionadas con la dinámica de interacción familiar propia e individual. Los componentes comprenden los aspectos de adaptación familiar, participación, crecimiento, afecto, y recursos familiares (Smilkstein, Ashworth, & Montano, 1982). Esta versión se compone de un cuestionario auto administrado de cinco preguntas, en donde el entrevistado registra su opinión respecto al funcionamiento de la familia en una escala compuesta por cinco diferentes opciones de respuesta, cada una de ellas presenta un valor que comprende desde cero a cuatro puntos. Cero corresponde a respuestas de “nunca”, uno a “casi nunca”, dos “algunas veces”, tres “casi siempre” y cuatro “siempre”. Posteriormente, los valores de respuesta se suman para sacar una puntuación total que arroja un grado de normalidad en el funcionamiento familiar (cuando las puntuaciones están entre los 17 y 20 puntos); una disfunción leve (con puntajes de entre 13 puntos), una disfunción moderada (de 12 a 10 puntos) y una disfunción severa (puntuación de nueve o menor). En lo respectivo al nivel de confiabilidad, en múltiples investigaciones se han encontrado índices de correlación que oscilaban entre .71 y .83, presentando variaciones en diversos contextos y realidades (Suárez & Alcalá, 2014).

### Análisis de los Datos

La información fue sistematizada en Excel y los datos se analizaron en SPSS 22. Los estadísticos descriptivos se obtuvieron de acuerdo a la naturaleza y nivel de medición de las variables. Se realizó análisis univariado, empleando distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, y bivariado de tipo exploratorio con algunas

variables recodificadas, tales como embarazo deseado (sí/no), haber presentado o no un diagnóstico de alto riesgo obstétrico antes del parto, y APGAR familiar (disfunción leve, moderada y severa). Luego, se realizó comparación de medias para muestras independientes entre los estados y rasgos afectivos y las variables de embarazo deseado, diagnóstico de alto riesgo y disfunción familiar, tomando como grupos diferenciales las categorías antes descritas. Se comprobó que las variables no presentaban distribución normal mediante la prueba de *Kolmogorov-Smirnov*, razón por la cual se utilizó como estadístico de prueba la *U de Mann-Whitney* para variables dicotómicas, y la prueba de *Kruskal Wallis* para variables ordinales.

### Resultados

La edad promedio de las mujeres evaluadas fue de 27 años  $\pm 6.4$ . La mayoría de las mujeres promediaron por lo menos dos embarazos, dos partos y dos hijos  $\pm 1.0$ . Las madres solteras representaron el 23.1% de la muestra, más de la mitad constituían una familia nuclear (51.1%) seguida de la familia extensa (19.7%); el 14.4 % de las participantes tenían estudios universitarios y la mayoría eran amas de casa; el 53.5% perciben a su familia disfuncional (Tabla 1).

En relación a las variables gineco obstétricas, se encontró que el 57.6% de las gestantes eran primíparas (primer embarazo) y el 42.4% presentaban más de un parto. Se encontró que la mayoría inició los controles prenatales durante el primer trimestre de gestación (71.6%), mientras que una minoría lo inició en el último trimestre (2.6%) o no presentaron control (2.2%) (Tabla 2).

En lo concerniente a la planeación del embarazo y al embarazo con riesgo obstétrico, se encontró que más de la mitad de los embarazos no fueron planeados (55.9%) y las condiciones médicas gestacionales que constituyen el riesgo obstétrico estuvieron presentes en el 53.3% de los casos (Tabla 3).

**Tabla 1**  
*Descripción de la población de estudio*

| Caracterización    | Clasificación             | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|---------------------------|------------|------------|
| Área de residencia | Rural                     | 40         | 17.5       |
|                    | Urbana                    | 189        | 82.5       |
| Estado civil       | Casada                    | 64         | 27.9       |
|                    | Separada                  | 5          | 2.2        |
|                    | Soltera                   | 53         | 23.1       |
|                    | Unión Libre               | 107        | 46.7       |
|                    | Universitario             | 33         | 14.4       |
| Escolaridad        | Tecnólogo                 | 20         | 8.7        |
|                    | Técnico                   | 51         | 22.3       |
|                    | Secundaria completa       | 76         | 33.2       |
|                    | Secundaria incompleta     | 39         | 17.0       |
|                    | Primaria completa         | 6          | 2.6        |
|                    | Primaria incompleta       | 2          | 0.9        |
|                    | Otro                      | 2          | 0.9        |
|                    | Cinco                     | 3          | 1.3        |
| Estrato            | Cuatro                    | 11         | 4.8        |
|                    | Tres                      | 80         | 34.9       |
|                    | Dos                       | 94         | 41.0       |
|                    | Uno                       | 40         | 17.5       |
|                    | No sabe / no responde     | 1          | 0.4        |
| Ocupación          | Empleada                  | 81         | 35.4       |
|                    | Trabajadora independiente | 30         | 13.1       |
|                    | Trabajadora informal      | 1          | 0.4        |
|                    | Ama de casa               | 93         | 40.6       |
|                    | Otro                      | 24         | 10.5       |

**Tabla 2**  
*Descripción de variables ginecobstétricas*

| Caracterización Ginecobstétrica | Clasificación | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|---------------|------------|------------|
| Número de partos                | Múltipara     | 97         | 42.4       |
|                                 | Primípara     | 132        | 57.6       |
| Inicio de control prenatal      | Sin Control   | 5          | 2.2        |
|                                 | Trimestre I   | 164        | 71.6       |
|                                 | Trimestre II  | 54         | 23.6       |
|                                 | Trimestre III | 6          | 2.6        |

**Tabla 3**  
*Descripción de variables planeación embarazo y aro*

| Caracterización planeación y ARO | Clasificación | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------|---------------|------------|------------|
| Embarazo planeado                | No            | 128        | 55.9       |
|                                  | Sí            | 101        | 44.1       |
| Embarazo con riesgo obstétrico   | Sí            | 122        | 53.3       |
|                                  | No            | 107        | 46.7       |

En los aspectos de convivencia de las madres, en un 41% se presentó una conformación típica familiar con esposo e hijos; sin embargo, también se presentaron conformaciones de convivencia con otro tipo de familiares en un porcentaje muy similar (41.5%). El tipo de familia que más se obtuvo fue el nuclear (51.1%), mientras que el más infrecuente fue el tipo de familia unipersonal (0.4%). En términos de funcionalidad familiar, se evidenciaron índices de percepción de disfuncionalidad en un 53.5% de las maternas (Tabla 4).

En el análisis bivariado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el rasgo afectivo positivo y alto riesgo obstétrico (ARO) —rango mayor en las que no tenían ARO—; rasgo afectivo negativo con la planeación del embarazo —rango mayor en las que no planearon—; y APGAR familiar —rango mayor en las mujeres que tenían algún tipo de disfunción— (Tabla 5).

Tabla 4

Descripción de variables de convivencia, tipo de familia y apoyo familiar

| Caracterización familiar         | Clasificación        | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------|----------------------|------------|------------|
| Convivientes                     | Esposo-hijos         | 94         | 41.0       |
|                                  | Esposo-hijos-madre   | 12         | 5.2        |
|                                  | Esposo-hijos-padres  | 7          | 3.1        |
|                                  | Mama-hijos/hijo      | 13         | 5.7        |
|                                  | Otros                | 95         | 41.5       |
|                                  | Padres-hijo(s)       | 8          | 3.5        |
| Tipo familia                     | Compuesta completa   | 5          | 2.2        |
|                                  | Compuesta incompleta | 11         | 4.8        |
|                                  | Extensa completa     | 34         | 14.8       |
|                                  | Extensa incompleta   | 45         | 19.7       |
|                                  | Nuclear completa     | 117        | 51.1       |
|                                  | Nuclear incompleta   | 11         | 4.8        |
|                                  | Unipersonal          | 1          | 0.4        |
| Funcionalidad familiar percibida | Otra                 | 5          | 2.2        |
|                                  | Normal               | 107        | 46.5       |
|                                  | Disfuncional         | 122        | 53.5       |

Tabla 5

Análisis bivariado. Comparación de medias obtenidas con variables de interés

| Variables                    |             |     |      |                       | EAP    |     | EAN                   |        | RAP |                       | RAN    |     |                       |         |     |
|------------------------------|-------------|-----|------|-----------------------|--------|-----|-----------------------|--------|-----|-----------------------|--------|-----|-----------------------|---------|-----|
| Nombre                       | Categoría   | F   | %    | <sup>R</sup><br>medio | Est.   | p   | <sup>R</sup><br>medio | Est.   | p   | <sup>R</sup><br>medio | Est.   | p   | <sup>R</sup><br>medio | Est.    | p   |
| Embarazo planeado            | No          | 128 | 44.1 | 109.7                 | *5784  | .17 | 120.1                 | *5813  | .19 | 108.3                 | *5602  | .08 | 122.8                 | *5470   | .04 |
|                              | Sí          | 101 | 55.9 | 121.7                 |        |     | 108.6                 |        |     | 123.5                 |        |     | 105.2                 |         |     |
| Alto riesgo obstétrico (ARO) | Sí          | 122 | 53.3 | 108.9                 | *5785  | .14 | 120.9                 | *5803  | .15 | 103.7                 | *5144  | .00 | 116.2                 | *6384   | .77 |
|                              | No          | 107 | 46.7 | 121.9                 |        |     | 108.2                 |        |     | 127.9                 |        |     | 113.7                 |         |     |
| APGAR familiar               | D. Leve     | 89  | 38.9 | 106.67                | **6.30 | .10 | 112.78                | **2.81 | .42 | 115.46                | **4.81 | .19 | 115.64                | **10.15 | .02 |
|                              | D. Moderada | 13  | 5.7  | 111.50                |        |     | 124.27                |        |     | 102.12                |        |     | 153.62                |         |     |
|                              | D. Severa   | 16  | 7.0  | 91.31                 |        |     | 139.78                |        |     | 84.00                 |        |     | 145.66                |         |     |
|                              | Normal      | 111 | 48.5 | 125.50                |        |     | 112.12                |        |     | 120.61                |        |     | 105.55                |         |     |

Nota: \*Prueba u de Mann-Whitney. \*\*Prueba de Kruskal Wallis.

Además, se realizó la comparación de los valores de referencia publicados y obtenidos para el PANAS —en la versión en español realizada por Robles y Páez (2003)— con los valores obtenidos en este estudio, utilizando la prueba *t* para muestras independientes, calculada en EPIDAT versión 3.1. Esto se realizó para establecer si existían diferencias en la puntuación media de los resultados del instrumento entre ambas poblaciones, buscando

establecer si la etapa de posparto es un aspecto que podría denotar diferencias en la experiencia emocional del grupo de maternas, llevándolas vivir percepciones emocionales diferentes que pudieran alterar los resultados del estudio. Tras la aplicación de la prueba de comparación de medias, se encontró que los resultados de este estudio no difieren de los obtenidos en el estudio original de referencia de dicha prueba (Tabla 6).

**Tabla 6**  
*Comparación de medias obtenidas con valores de referencia*

| Variables                    | Valores estudio (n=229) |     | Valores referencia* |     | Prueba t | Valor p |
|------------------------------|-------------------------|-----|---------------------|-----|----------|---------|
|                              | Media                   | DE  | Media               | DE  |          |         |
| Estado afectivo positivo EAP | 38.7                    | 8.6 | 33.5                | 7.4 | 0.64     | .63     |
| Estado afectivo negativo EAN | 21.5                    | 8.0 | 20.1                | 7.1 | 0.19     | .89     |
| Rasgo afectivo positivo RAP  | 38.3                    | 8.3 | 33.9                | 8.4 | 0.53     | .69     |
| Rasgo afectivo negativo RRAN | 20.3                    | 8.3 | 18.7                | 6.8 | 0.21     | .86     |

Nota: \*Validación del PANAS, versión en español, Robles y Páez (2003).

## Discusión

Respecto al alto riesgo obstétrico, no se encontró significancia en la relación entre esta variable y el afecto negativo —tanto en la dimensión rasgo como estado—, lo cual difiere de los resultados de Fernández y Edo (1994), Torres (2004), Pacora et al. (2005), Vinaccia, Sánchez, Bustamante, Cano y Tobón (2005), Gaviria (2006), Herrera et al. (2006) y Guarino (2010), quienes relacionaban la afectividad negativa, especialmente las reacciones depresivas y ansiosas en la gestante, con mayor probabilidad de riesgo obstétrico. Sin embargo, respecto a los rasgos afectivos positivos, se evidencia una relación positiva con las madres que no presentaron alto riesgo obstétrico; este hallazgo coincide con otros estudios de Morales, Luque y Barroso (2002), Schwartzmann (2003) y Guarino y Borrás (2012) en los cuales se refiere que la presencia de rasgos emocionales positivos en la madre son predictores de menores complicaciones de salud durante el periodo de gestación y del parto, y pueden operar como factor protector de la salud durante el embarazo. Con este resultado se evidencia que la afectividad positiva en las madres está asociada

con menores complicaciones obstétricas. Esto puede deberse a que aspectos emocionales como el optimismo permiten aumentar la percepción de control de las situaciones que exigen un proceso de adaptación, y también ayudan a la posterior implementación de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, lo cual lleva a aumentar la percepción de bienestar y a la reducción del malestar emocional en el embarazo. Por lo tanto, al mantener un estado emocional más positivo, es posible que se reduzcan las consecuencias negativas que el embarazo puede causar a nivel fisiológico en el feto y en la madre.

Con relación a la planeación del embarazo, los resultados presentan una correlación positiva con la afectividad negativa modo rasgo, es decir que la planeación del embarazo no es un factor protector que pueda modificar la presencia de estados afectivos negativos en la madre. En este sentido, los estudios de Bolzán et al. (2010), Caballero et al. (2009) y Lara et al. (2012) encontraron que la presencia de rasgos emocionales negativos —como el miedo, la anticipación y la depresión— puede activarse ante un evento de embarazo. Ahora bien, respecto a la afectividad positiva, los resultados no evidencian una asociación significativa con la planeación del embarazo en ninguna de las dos dimensiones afectivas; es decir, que aun cuando el embarazo ha sido planeado y no se presentan emociones negativas significativas, los cambios y adaptaciones que las mujeres experimentan frente a su condición, influyen en su afectividad de diversas formas. Esto es congruente con los estudios de Fernández y Ramos (1999) y Fernández et al. (2000), quienes mencionan que aun con una adecuada inteligencia emocional, el embarazo es un periodo vital que exige un ajuste psicológico adaptativo de la madre, lo cual conlleva altos niveles de estrés y reacciones de ansiedad, no sólo la satisfacción y bienestar que representa la gestación planeada y lograda. Aunque este proceso presente altos niveles de afectividad negativa, podría demostrar mayores dificultades de ajuste psicológico cuando

exista mayor presencia de pesimismo en las madres, debido a que esta característica predispone en mayor medida a la manifestación emocional negativa, dificultando la creación de estrategias adecuadas de adaptación al medio.

La disfunción familiar percibida, medida a través del APGAR familiar (Smilkstein, 1978) obtuvo una relación estadísticamente significativa con el rasgo de afecto negativo, demostrando así que aquellas gestantes que presentan mayor privilegio de emociones negativas suelen presentar mayores niveles de disfunción en sus relaciones familiares, a la vez que perciben menor apoyo familiar. Lo anterior tiene similitud con lo encontrado por Ángulo y Riveros (2013), Ardila, Lara y Perugache (2013), Barra (2003), Bouchard (2011) y Vera-Villaruel y Guerrero (2003), donde se referencia una alta relación entre dificultades relacionales de tipo social y familiar y la presencia de emociones negativas, especialmente en emociones que se relacionan con las estrategias de afrontamiento de pesimismo y resolución de conflictos sociales. Por otra parte, no se encontró relación entre las emociones positivas y una baja disfunción familiar, como se ha planteado en algunos estudios (Henao & García, 2009; Oros, 2009; Páez, Fernández, Campos, Zubieta, & Casullo, 2006) en los cuales se relaciona la expresión de emociones negativas con el concepto de inteligencia emocional y su posterior aplicación ante los procesos de socialización.

Esta investigación presenta un primer acercamiento al fenómeno emocional durante el periodo gestacional y el puerperio, aspecto que ha sido poco analizado en nuestro contexto local, y que además, según la literatura científica y los resultados de este estudio, tiene un rol importante en la construcción de las condiciones adecuadas de salud física y mental de las gestantes durante esta etapa.

Por último, la selección de la muestra se realizó por disponibilidad, de manera que no es posible generalizar los resultados, esta es la principal limitación del estudio.

## Conclusiones

Los rasgos emocionales positivos son componentes que favorecen la salud gestacional, disminuyendo la aparición de complicaciones obstétricas y la posibilidad de presentar riesgo obstétrico. El embarazo es una etapa vital que exige una alta demanda adaptativa en componentes comportamentales, cognitivos y afectivos para las madres, motivo que genera la aparición de estrés gestacional y emociones negativas durante este periodo. La planeación del embarazo no es un factor que modifique la manifestación emocional negativa durante este periodo, ya que incluso aparece en personas que deliberadamente deciden afrontar esta etapa vital y sus exigencias adaptativas. La disfunción familiar percibida se relaciona con los rasgos emocionales negativos y parece ser un componente importante en la construcción de esta interpretación social, lo cual repercute en la vivencia emocional del embarazo y en la precepción de apoyo familiar.

## Referencias

- Aguilar, M., Vieite, M., Padilla, C., Mur, N., Rizo, M., & Gómez C. (2012). La estimulación prenatal; resultados relevantes en el parto. *Nutrición Hospitalaria*, 27, 2102-2108. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6019>
- Ángulo, R. V., & Riveros, A. (2013). Psicología de la hipertensión en el embarazo: una evaluación comparativa. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31, 493-506. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n3/v31n3a04.pdf>
- Ardila, Y., Lara, C. P., & Perugache, A. (2013). Relación entre niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en mujeres con riesgo gestacional. *Universidad y Salud*, 15, 150-164. Recuperado de <http://biblioteca.udenar.edu.co:8085/atenea/biblioteca/85764.pdf>
- Barra, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21, 55-60. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2052286>
- Bolzán, C., Kunzi, I., Cellerino, R., Franzini, C., & Mendieta, D. (2010). *Maternidad adolescente y depresión posparto*. II Congreso de Psicología del Desarrollo y Ciclo Vital. Buenos Aires. Recuperado



- de [http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf/Junio\\_11/MaternidadAdolescente.pdf](http://apra.org.ar/revistadeapra/pdf/Junio_11/MaternidadAdolescente.pdf)
- Borba, B., & Marin, A. (2017). Contribuição dos indicadores de problemas emocionais e de comportamento para o rendimento escolar. *Revista Colombiana De Psicología*, 26, 283-294. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n2.59813>
- Borda-Pérez, M., Forero, C., Cabarcas, C. N., Hinestrosa, C., Polo, S., Garavito, M., & Valencia M. (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 29, 394-404. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4775>
- Bordoni, M. (2018). El entonamiento afectivo en las interacciones tempranas adulto-bebé: una revisión. *Revista Colombiana De Psicología*, 27, 13-25. <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n1.61019>
- Bouchard, G. (2011). The role of psychosocial variables in prenatal attachment: An examination of moderational effects. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29, 197-207. <https://doi.org/10.1080/02646838.2011.592975>
- Caballero, A., Toro, I., Sánchez, F., & Carrera, P. (2009). Las emociones y el género en la conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Revista de Psicología Social*, 24, 349-361. <https://doi.org/10.1174/021347409789050551>
- Calderón, I., Río, C., Rodríguez, O., & Guisandes, A. (2014). Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. *Medisan*, 18, 1544-1549. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014001100009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100009)
- Canals, J., Esparó, G., & Fernández-Ballart, J. (2002). How anxiety levels during pregnancy are linked to personality dimensions and sociodemographic factors. *Personality and Individual Differences*, 33, 253-259. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00149-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00149-0)
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Valencia, España: s. n. Recuperado de <https://www.uv.es/choliz/Proceso%2oemocional.pdf>
- Cisler, J., Olatunji, B., & Lohr, J. (2009). Disgust, fear, and the anxiety disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 29, 34-46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.007>
- Facchinetti, F., & Ottolini, F. (2004). Stress and preterm delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25, 1-2. <https://doi.org/10.1080/01674820410001737388>
- Fernández-Abascal, E. G., & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona, España: Ariel.
- Fernández, J., & Edo, S. (1994). Emociones y salud. *Anuario de Psicología*, 61, 25-32.
- Fernández, P., & Ramos, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 5, 247-260. Recuperado de [http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF16Investigaciones\\_empiricas.pdf](http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF16Investigaciones_empiricas.pdf)
- Fernández, P., Ramos, N., & Orozco, F. (2000). Inteligencia emocional y estado depresivo durante el embarazo. *Toko-Ginecología Práctica*, 59, 1-5. Recuperado de [http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf41estado\\_depresivo\\_durante\\_el\\_embarazo.pdf](http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf41estado_depresivo_durante_el_embarazo.pdf)
- Fredrickson, B. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, 3, 1-25. <https://doi.org/10.1037/1522-3736.3.1.31a>
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- Frijda, N. (1994). Emotions are functional, most of the time. En P. Ekman y R. Davidson (Eds.), *The nature of emotions: Fundamental questions* (197-202). Nueva York: Oxford University Press.
- Gaviria, S. (2006). Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 210-224. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80635206.pdf>
- Guarino, L. (2010). Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo. *Psicología y Salud*, 20, 179-188. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Leticia-Guarino.pdf>
- Guarino, L., & Borrás, S. (2012). Diferencias individuales como predictoras de la salud y calidad de vida percibida en embarazadas. *Pensamiento*



- Psicológico*, 10, 135-148. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-89612012000200012](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612012000200012)
- Haidt, J., McCauley, C., & Rozin, P. (1994). Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences*, 16, 701-713. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90212-7](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90212-7)
- Hay D. F., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A., & Kumar, R. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 871-89. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00784>
- Henao, G., & García M. C. (2009). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales. Niñez y Juventud*, 2, 785-802. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77315614009>
- Hernández, P., & Jiménez, J. E. (1983). *Intervención psicoeducativa y adaptación: una alternativa de salud mental desde la escuela*. Tenerife, España: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de La Laguna.
- Herrera, J., Ersheng, G., Shahabuddin, A., Lixia, D., Wei Y., Faisal, M., ... Akhtner H. (2006). Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2002-2003. *Colombia Médica*, 37, 6-14. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v37n2s1/v37n2s1a01.pdf>
- Huebner, R. R., & Izard, C. E. (1988). Mothers' responses to infants' facial expressions of sadness, anger and physical distress. *Motivation and Emotion*, 12, 185-196. <https://doi.org/10.1007/BF00992173>
- Izard, C. E. (1991). *The Psychology of Emotions*. New York, EUA: Plenum Press.
- Kiecolt-Glaser, K. (2009). Psychoneuroimmunology: Psychology's gateway to the biomedical future. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 367-369. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01139.x>
- Kiernan, G., Laurent, J., Joiner, T. E., Catanzaro, S. J., & MacLachlan, M. (2001). Cross-cultural examination of the tripartite model with children: Data from the Barretstown studies. *Journal of Personality Assessment*, 77, 359-379. [https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7702\\_15](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7702_15)
- Laplante, D. P., Barr, R. G., Brunet, A., Galbaud, du Fort G., Meaney, M. L., & Saucier, J. F. (2004). Stress during pregnancy affects general intellectual and language functioning in human toddlers. *Pediatric Research*, 56, 400-410. <https://doi.org/10.1203/01.PDR.0000136281.34035.44>
- Lara L. D., Rodríguez O., & Ávila J. H. (2012). Factores de riesgo pre, peri y postnatales asociados al género en niños y niñas con autismo. *International Journal of Production Research*, 5, 77-90. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5134691>
- Lazarus, R. (1994). *Emotion and adaptation*. (2da. Ed.). Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A., & Herrera, I. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona, España: UOC.
- Leonetti L., & Martins, M.B. (2007). Ansiedad maternal en el período prenatal y postnatal: revisión de la literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 15, 169-176. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es\\_v15n4a24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a24.pdf)
- Lobel, M., Yali, M. A., Zhu, W., DeVincent, C., & Meyer, B. (2002). Beneficial associations between optimistic disposition and emotional distress in high-risk pregnancy. *Psychology & Health*, 17, 77-95. <https://doi.org/10.1080/08870440290001548>
- Maldonado, M., Saucedo, J. M., & Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22, 5-14. Recuperado de <http://www.asmi.es/arc/doc/Cambios+Fisiologicos+y+Emocionales+durante+el+Embarazo.pdf>
- Moral, J. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas. *Ciencia Ergo Sum*, 18, 117-125. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10418753002>
- Morales, F., Luque, M., & Barroso, J. (2002). Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Perinatología y Reproducción Humana*, 16, 157-162. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2002/ip024b.pdf>

- Nereu, M., Neves, S., & Casado, M. (2013). Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud. *Clínica y Salud*, 24, 77-83. <https://doi.org/10.5093/cl2013a9>
- Núñez, H., Monge, R., Gríos, C., Elizondo, A. M., & Rojas, A. (2003). La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 14, 75-83. Doi: 10.1590/s1020-49892003000700001
- Oberlander, T., Weinberg, J., Papsdorf, M., Grunau, R., Misri, S., & Devlin, A. (2008). Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics*, 3, 97-106. <http://doi.org/10.4161/epi.3.2.6034>
- Oblitas, L. A., & Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas*. Ciudad de México, México: Plaza y Valdés.
- Oros, L. (2009). El valor adaptativo de las emociones positivas. Una mirada al funcionamiento psicológico de los niños pobres. *Interamerican Journal of Psychology*, 43, 288-296. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-96902009000200010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902009000200010)
- Pacora, P., Capcha E., Esquivel, L., Ayala, M., Ingar, W., & Huiza, L. (2005). La privación social y afectiva de la madre se asocia a alteraciones anatómicas y funcionales en el feto y recién nacido. *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 66, 282-289. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1323>
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E., & Casullo M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. Recuperado de [http://www.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/Itziar/IE\\_AEstreso6.pdf](http://www.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/Itziar/IE_AEstreso6.pdf)
- Pauchard-Hafemann, H. (1993). *Interacción personal y relaciones humanas: teoría y aplicación*. Temuco, Chile: s. n.
- Pierce, D., & Epling, F. (1995). *Behavior analysis and learning*. Virginia, EUA: Prentice Hall.
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A., & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16, 85-112. <https://doi.org/10.14349/sumapsi2009.136>
- Pilca, V., & Maldonado, F. (2017). *Depresión en el embarazo y su relación con la disfunción familiar en mujeres que acuden al Centro de Salud de Chimbacalle en el período de marzo a agosto de 2016* (tesis inédita de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria). Universidad Central de Ecuador, Quito, Ecuador.
- Pinto, D. M., Aguilar, M. O. & Gómez, R. J. (2010). Estrés psicológico materno como posible factor de riesgo prenatal para el desarrollo de dificultades cognitivas: caracterización neuropsicológica de una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 9, 749-759. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n3/v9n3a12.pdf>
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*. Nueva York, EUA: Harper y Row.
- Pulido Acosta, F., & Herrera Clavero, F. (2018). Predictores de la felicidad y la inteligencia emocional en la educación secundaria. *Revista Colombiana De Psicología*, 27(1), 71-84. <http://doi.org/10.15446/rcp.v27n1.62705>
- Rangel, J., Valerio, L., Patiño, J., & García, M. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 47, 24-27. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/uno41g.pdf>
- Reeve, M. (1994). *Motivación y Emoción* (2da. Ed.). Madrid, España: Mc. Graw Hill.
- Reidl, L. (2005). *Celos y envidia: emociones humanas*. Ciudad de México, México: s.n.
- Robles, R., & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26, 69-75. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58212608.pdf>
- Rodríguez, L., & Vélez, X. (2003). *Manual de estimulación en útero dirigido a gestantes*. Copiapó, Chile: s. n.

- Sandín, B. (2002). Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 1-18. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.1.2002.3918>
- Sandín, B., Chorot, R., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 2, 37-51. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.2.2003.3953>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 19, 9-21. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532003000200002>
- Seckl, J., & Meaney, M. (2006). Glucocorticoid “programming” and PTSD risk. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 351-378. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.027>
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6, 1231-1239. <https://doi.org/10.12691/ajphr-5-4-3>
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice*, 15, 303-311. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7097168>
- Suárez, M. & Alcalá, M. (2014). APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica de la Paz*, 20, 53-57. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582014000100010](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010)
- Taylor, S., Kemeny, M., Aspinwall L., Schneider, S., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for AIDS. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 460-473. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.460>
- Terré, O. (2005). *Técnicas para la estimulación sensorial de madres embarazadas y niños en edad temprana: qué sabemos de la vida intrauterina*. Madrid, España: Manual Práctico.
- Torres, M. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33, 285-297. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80633303.pdf>
- Vázquez, C. (1990). *Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos*. Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J., & Gómez, D. (2009). *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28. Recuperado de [http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS\\_5\\_esp\\_15-28.pdf](http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf)
- Vera-Villaruel, P., & Guerrero A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica Panamerican Journal of Psychology*, 2, 21-26. Recuperado de <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V2N103diferencias.pdf>
- Vinaccia, S., Sánchez, M. V., Bustamante, E. M., Cano, E., & Tobón, S. (2006). Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 41-51. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33760103.pdf>
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>